

# Wieder Licht in die Zellen lassen – Herausforderungen für die Konzentrative Bewegungs- therapie in der Behandlung onkologischer PatientInnen

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Konzentrative Bewegungstherapie

von Sigrid Kügerl

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Krems, März 2017

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Sigrid Kügerl, geboren am 1.9.1969 in Baden, erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Sigrid Kügerl

Krems, 14. März 2017

## Danksagungen

An dieser Stelle bedanke ich mich besonders für die kompetente sowie einfühlsame Unterstützung bei

Frau Dr. Elisabeth Oedl-Kletter, Lehrtherapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie beim Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie und

Frau Mag. Christa Paluselli-Mortier, Lehrtherapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie beim Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie, von der European Association for Psychotherapy anerkannte Psychotherapeutin.

Ganz besonders bedanke ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen, deren Name ich nicht nenne um ihre Anonymität zu wahren. Sie haben durch ihre kompetenten Antworten und ihre engagierte Beteiligung an diesem Thema die Grundlage für die Arbeit geschaffen.

Mein Dank gilt auch Frau Mag. Dr. Katharina Gerlich, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit Forschungsleistungen an der Donau-Universität Krems für die wissenschaftlich Begleitung.

## **Abstract**

Wieder Licht in die Zellen lassen – Herausforderungen für die Konzentrative Bewegungstherapie in der Behandlung onkologischer PatientInnen

Die Masterthese beschäftigt sich mit der Frage, welche Herausforderungen die Arbeit mit onkologischen PatientInnen für die Konzentrative Bewegungstherapie bedeutet. Mittels problemzentrierten Interviews mit Therapeutinnen, die in diesem Feld arbeiten und Literaturstudien soll die Hypothese überprüft werden, dass sich die Konzentrative Bewegungstherapie sehr gut für die Arbeit mit KrebspatientInnen eignet.

Die qualitative Studie zeigt, dass die Berücksichtigung der Phasen der Erkrankung von großer Bedeutung ist. Die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Therapeutinnen in der freien Praxis, in einer Rehabilitationsklinik und im Palliativbereich bringen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Arbeitsstilen ein. In diesen Bereichen und mit PatientInnen in allen Phasen der Erkrankung kommt die Konzentrative Bewegungstherapie erfolgreich zum Einsatz.

**Schlagwörter:** Konzentrative Bewegungstherapie (KBT), Psychotherapie, Krebs, Tod

*Bring back light into the cells - challenges for concentrative movement therapy in the treatment of oncologic patients.*

*The master thesis deals with the question of what the challenges in working with oncologic patients means for concentrative movement therapy. By means of problem-centered interviews with therapists working in this field and literature studies, the hypothesis that concentrative movement therapy is very suitable for working with cancer patients is to be examined.*

*The qualitative study shows that consideration of the phases of the disease is of great importance. The different workplaces of the therapists in free practice, in a rehabilitation clinic and in the palliative field bring a wide spectrum of different work styles. In these areas and with patients in all phases of the disease, the concentrative movement therapy is successfully used.*

**keywords:** Concentrative Movement Therapy (CMT), psychotherapy, cancer, death

# 1. Inhaltsverzeichnis

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 1.      | Inhaltsverzeichnis .....  | 5  |
| 2.      | Einleitung .....  | 7  |
| 3.      | Konzentrierte Bewegungstherapie .....   | 9  |
| 4.      | Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie .....                                     | 9  |
| 5.      | Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs .....                     | 12 |
| 5.1.    | Psychosozialbedingte Genese .....   | 12 |
| 5.2.    | Psychosoziale Faktoren und Krankheitsverlauf bei Krebserkrankung .....                    | 13 |
| 5.3.    | Psychosoziale Interventionen und Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen .....            | 14 |
| 6.      | Fünf Phasen der Krebserkrankung .....   | 15 |
| 7.      | Überlegungen zu psychotherapeutischen Interventionen bei onkologischen Erkrankungen ..... | 16 |
| 7.1.    | Indikation von Psychotherapie .....   | 16 |
| 7.2.    | Ziele therapeutischer Interventionen .....  | 18 |
| 7.3.    | Interventionen bei onkologischen Erkrankungen - psychodynamische Betrachtungen .....      | 18 |
| 8.      | Unterschiedliche Interventionen im Blick: Psychoedukation, Beratung und Therapie .....    | 19 |
| 8.1.    | Phasen der Erkrankung als Grundlage der Interventionen .....                              | 20 |
| 8.2.    | Psychodynamische Überlegungen im Fokus der Interventionen .....                           | 21 |
| 8.3.    | Supportiv-expressive Gruppentherapie nach Yalom .....                                     | 22 |
| 9.      | Copingstrategien onkologischer PatientInnen .....   | 23 |
| 10.     | Umgang mit Tod und Sterben .....  | 25 |
| 10.1.   | Sterbebegleitung ohne Belastung .....   | 25 |
| 10.2.   | Betrachtungen im Wandel der Zeit .....  | 26 |
| 10.3.   | Phasen während des Sterbeprozesses nach Kübler-Ross .....                                 | 27 |
| 10.4.   | Sterbephasen und deren Bedeutung .....  | 30 |
| 11.     | Psychoedukation für die Einzelberatung – Kurzprogramm nach Angenendt .....                | 31 |
| 12.     | Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie .....   | 33 |
| 12.1.   | Psychoneuroimmunologie und Achtsamkeit .....  | 35 |
| 13.     | Empirie .....   | 36 |
| 13.1.   | Fragestellung .....   | 36 |
| 13.2.   | Methodik .....  | 36 |
| 13.1.1. | Interviewleitfaden .....  | 37 |

|   |    |
|---|----|
| 13.3. Stichprobe.....   | 38 |
| 13.4. Transkription und Auswertung.....   | 38 |
| 14. Problemzentrierte Interviews .....  | 41 |
| 14.1. Phasen der Erkrankung .....   | 41 |
| 14.1.1. Be-deutungen der Erkrankung.....  | 41 |
| 14.1.2. Mitteilung der Diagnose .....   | 42 |
| 14.1.3. Weiterer Verlauf und Prognose .....                                       | 44 |
| 14.1.4. Nachsorge.....  | 44 |
| 14.1.5. Palliative Care .....   | 46 |
| 14.2. Tiefenpsychologische Betrachtungen der zentralen Themen .....               | 46 |
| 14.2.1. Geschichtliche Entwicklung.....   | 46 |
| 14.2.2. Biografische Aspekte und Verhaltensmuster .....                           | 48 |
| 14.2.3. Grenzen erkennen und Stellung nehmen .....                                | 50 |
| 14.2.4. Von der Selbstfürsorge zum Annehmen der Veränderung .....                 | 52 |
| 14.2.5. Das Familiensystem .....  | 55 |
| 14.3. Methodenspezifische Möglichkeiten der Konzentrativen Bewegungstherapie .... | 57 |
| 14.3.1. Zusatzqualifikation der TherapeutInnen.....                               | 57 |
| 14.3.2. Rahmenbedingungen variieren .....   | 60 |
| 14.3.3. Licht in die Zellen lassen .....  | 62 |
| 14.3.4. Wahrnehmen im Körper oder mittels Gegenständen.....                       | 65 |
| 14.3.5. Palliative Care – KBT in der Sterbebegleitung.....                        | 70 |
| 15. Diskussion.....   | 71 |
| 15.1. Liebevolles Annehmen von PatientInnen im Hier und Jetzt.....                | 71 |
| 15.2. Licht in die Zellen lassen – methodenspezifische Möglichkeiten .....        | 74 |
| 15.3. Körperorientierte Psychotherapie.....                                       | 75 |
| 15.4. Palliative Care – Ummanteln in der Konzentrativen Bewegungstherapie .....   | 77 |
| 16. Zusammenfassung .....   | 81 |
| 17. Literaturverzeichnis .....  | 82 |

## 2. Einleitung

Am Beginn der Arbeit möchte ich Lucie Lentz nach Hedwig Illichmann zitieren: „Es bedarf immer wieder eines liebevollen Annehmens seiner selbst, mit allem, was einem auch schwer fällt. Mit Leib und Seele leben und sich selbst auch in kritischen Situationen nicht verlassen. Erst durch dieses Annehmen entsteht die Möglichkeit zu sagen: Das bin ich!“ (Illichmann, 1997, S. 117). Dabei kann die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) PatientInnen und besonders auch jene, die an onkologischen Erkrankungen leiden, unterstützen. Deshalb wähle ich dieses Zitat als Einleitung meiner Masterthese. Im Rahmen dieser Arbeit beschäftige ich mich mit Konzentrativer Bewegungstherapie bei PatientInnen, die an onkologischen Erkrankungen leiden.

Das Annehmen des eigenen Selbst ist in unserer schnelllebigen und wirtschaftlich geprägten Gesellschaft bei vielen Menschen aus dem Alltag verschwunden. Und vor allem das liebevolle Annehmen des eigenen Körpers, Wesens und des gesamten Seins, wie es jetzt ist, fällt oft schwer. Wenn dann noch eine lebensbedrohliche Erkrankung hinzukommt, wird es umso herausfordernder sich selbst liebevoll zu erkennen und trotz der Defizite die Ressourcen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Krebserkrankungen sind mit Ängsten verbunden. Diese können sich im Laufe der Zeit verändern und haben bei der Mitteilung der Diagnose eine andere Dimension, als während des Heilungsprozesses oder bei einem Rezidiv. Die Konnotation der Gesellschaft verstärkt die Unsicherheiten. Die Betroffenheit des sozialen Netzwerks hat für PatientInnen einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung. In der kurativen Medizin ist es das Ziel Krankheiten zu bekämpfen und zu heilen, sodass auch PatientInnen oft dazu angehalten werden zu kämpfen. Nicht alle Menschen bringen diese „Kämpfernatur“ mit, sodass auch in dem oben genannten Zitat von Lucie Lentz eine entlastende Botschaft für onkologische PatientInnen enthalten ist. Aber gerade diesen Menschen fällt es oft schwer, sich so anzunehmen, wie sie gerade sind und sich mit den Defiziten im Körper auseinander zu setzen oder sich diesen anzunähern.

Die Literatur widmet sich vornehmlich der Krankheitsentstehung und psychosozialen Interventionen während des Krankheitsverlaufs. Da ich bislang wenig aktuelle KBT-spezifische Literatur finden konnte, lege ich ein Augenmerk auf den psychodynami-

schen Zugang zum Thema sowie auf die bekannte Literatur rund um die klassischen Phasen der Erkrankung, den Palliativbereich und die Trauer.

Die Expertinneninterviews mit drei Psychotherapeutinnen (Fachrichtung Konzentrierte Bewegungstherapie), die mit onkologischen PatientInnen arbeiten, bringen einen spannenden Einblick in die praktische Arbeit. In den unterschiedlichen Settings (private Praxis, Rehaklinik, Beratungsstelle der Krebshilfe und Palliativ Care) kommen verschiedene Schwerpunkte und Herangehensweisen zum Tragen. Die vielfältigen Möglichkeiten, die die Konzentrierte Bewegungstherapie bietet, erweisen sich in diesem Arbeitsfeld als hilfreich. Die individuellen Konzepte und die persönlichen Haltungen und Überlegungen der Konzentrierten BewegungstherapeutInnen analysiert diese Arbeit.

Während der Recherche näherte ich mich der Frage, ob und in welcher Form onkologische PatientInnen durch Psychotherapie Unterstützung annehmen können. Andererseits interessiert mich, wie sehr die Konzentrierte Bewegungstherapie für die psychotherapeutische Behandlung onkologischer PatientInnen geeignet ist. Die Masterthese ist eine qualitative Studie. Die problemzentrierten Interviews wurden mit qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und der Fachliteratur gegenüber gestellt.

### **3. Konzentriative Bewegungstherapie**

Die Konzentriative Bewegungstherapie (KBT) ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, basierend auf entwicklungspsychologischen Denkmodellen und tiefenpsychologischen Theorien. Ausgehend von der konstruktivistischen Sicht, wonach sich Wahrnehmung zusammensetzt aus Sinnesempfindung und Erfahrung, geht es in der KBT um die Wahrnehmung im Hier und Jetzt und das Einordnen und Bewerten vor dem Hintergrund der individuellen Geschichte (vgl. Pokorny, Hochgerner et al. 2001, S. 22).

Mit „konzentrativ“ ist ein bewusstes Wahrnehmen im Verständnis von Elsa Gindler gemeint. Unter „Bewegung“ versteht die KBT das Sich-Bewegen (sensomotorisch), das Bewegt-Sein (innerlich bewegt) und das Auf-dem-Weg-Sein als Entwicklungsprozess. (vgl. Pokorny, Hochgerner et al. 2001, S. 30).

Durch diese ganzheitliche Betrachtung werden Fähigkeiten und Defizite für PatientInnen erlebbar, deren Bedeutung begreifbar und dadurch in der psychotherapeutischen Behandlung erschließbar.

### **4. Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie**

Die Psychoonkologie ist eine eher junge Wissenschaft, die in Deutschland ihre Anfänge in den 1960er Jahren hat. „Unter dem Fachbegriff Psychoonkologie wird eine Teildisziplin der Onkologie definiert, deren Aufgabe es ist, die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen in der Entstehung und im gesamten Verlauf einer Krebserkrankung zu bearbeiten und die Kenntnis in psychosoziale Diagnostik und Behandlungsansätze umzusetzen“ (Weiss, 2010, S. 113).

Wesentliche Merkmale der Psychoonkologie, die auch psychosoziale Onkologie genannt wird, ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Soziologie, Pädagogik und Psychotherapie sowie die Betreuung der PatientInnen und der Angehörigen. Eine Besonderheit der psychotherapeutischen Arbeit mit onkologischen PatientInnen ist, dass sich die Behandlungsbedürfnisse im Laufe der Erkrankung verändern (Diagnosemitteilung, Behandlung, Nachsorgephase, Rezidiv, Palliativphase). Der Aufbau einer tragfähigen

Beziehung ist in der Therapie wichtiger als die spezifischen psychotherapeutischen Schulen, hält Weiss (2010) fest. „Für die psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapieschulen ist dabei von besonderer Bedeutung, dass die mittlerweile durch Forschungsarbeiten widerlegte Psychoätiologie der Krebserkrankung rezipiert wird, um unnötige Schuldzuweisungen an den Patienten zu vermeiden, überhöhte Heilserwartungen des Patienten an die Psychotherapie sowie eigene Größenfantasien des Psychotherapeuten zu korrigieren“ (Weiss, 2010, S. 114).

„In der psychoonkologischen Arbeit unterscheidet man:

- den Akutbereich, in dem die Verarbeitung der medizinischen Behandlung und ihrer Folgen möglicherweise samt Sterbebegleitung, im Fokus steht;
- die onkologische Rehabilitation mit Schwerpunkten wie Diagnostik, Früherkennung und Behandlung der krankheits- und behandlungsbedingten Folgeprobleme;
- ambulante Psychotherapie, wo in der Arbeit Kenntnisse über medizinische Behandlungsmöglichkeiten und Nebenwirkungen ebenso wichtige Voraussetzungen sind wie die Bereitschaft sich vorrangig mit Angst-, depressiven Störungen sowie Anpassungsstörungen (häufigste ICD-Diagnosen bei TumorpatientInnen) und der eigenen Sterblichkeit im Palliativbereich auseinander zu setzen und
- die psychosoziale Krebsberatung im Bereich der niederschweligen ambulanten Versorgung“ (Weiss, 2010, S. 115).

PatientInnen und ÄrztInnen haben sich seit je her die Frage nach einem Zusammenhang zwischen einer schweren Erkrankung und psychischen Faktoren gestellt. In der hippokratischen Schule findet sich bereits die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen Krebs und Melancholie. Auch erheblich belastende Ereignisse, wie der Tod naher Angehöriger, wurde in Frankreich und England des 18. und 19. Jahrhunderts diskutiert. Später kamen Stress- und Verlusthypothesen sowie Hemmung des Ausdrucks von Emotionen als mögliche Ursache hinzu. Söllner fasst zu dieser Frage zusammen:

„Krebserkrankungen sind multifaktoriell einerseits durch genetische Faktoren und andererseits durch Umweltfaktoren bedingt. .... Als ein protektiver Faktor

wird eine funktionierende Immunabwehr gegen Krebszellen diskutiert. .... Eine Reihe der bisher identifizierten karzinogenen Faktoren ist vom individuellen Lebensstil abhängig, welcher wiederum durch sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren (soziale Schicht, Exposition mit Karzinogenen am Arbeitsplatz, gesellschaftliche Werte, Werbung etc.) und individuelle psychische Faktoren bedingt wird. Für letztere ist der Einfluss von chronischem Stress, Depression und Lernmechanismen (Erziehungsfaktoren) auf das Rauchen, übermäßigen Alkoholenuss, Übergewicht und mangelnde Bewegung belegt. Hinweise gibt es für den Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren (narzisstische Persönlichkeit) auf die übermäßige Exposition gegenüber UV-Strahlung in der Freizeit und die Einnahme hormonaktiver Substanzen (z.B. durch Bodybuilder)“ (Söllner, 2010, S 146).

Bis Ende des 20. Jahrhunderts richtete die Forschung einen Fokus auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Krankheitsentstehung. So entstand Ende der 1990er Jahre die Existenz einer Krebspersönlichkeit oder Typ-C-Persönlichkeit. Wegen methodischer Schwächen werden diese meist retrospektiven Studien kritisiert.

„Die moderne psychosomatische Forschung legt hingegen eher ein Augenmerk auf den Einfluss von Stress auf die Entstehung von Krankheiten. Dabei wird chronischer Stress im Alltag ebenso berücksichtigt, wie belastende Lebensereignisse. Hier werden die immunsupprimierende Wirkung von Stresshormonen und eine dadurch verminderte zellgebundene Immunabwehr von Krebsantigenen sowie die direkte Schädigung von DNA durch Stresshormone diskutiert“, zitiert Söllner nach Glaser und Kiecolt-Glaser (Söllner, 2010, S. 146).

Weiters findet sich hier der Hinweis, dass eine Verstärkung des zu Krebs führenden Risikoverhaltens (Rauchen, Alkoholenuss, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung) durch Stress bedingt wird.

## **5. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs**

### **5.1. Psychosozialbedingte Genese**

Zur psychosozial bedingten Genese bei Krebserkrankungen verweisen Tschuschke et al. (2006) auf wenig Forschungsergebnisse im psychologischen Bereich, die auf die Entstehung der Krankheit schließen lassen. Heute zählen Faktoren des Lebensstils, wie z.B. Rauchen mit möglichen nachfolgenden späteren Krebserkrankungen, als wichtige Aspekte. Dennoch hat sich die zu einer Krebserkrankung neigende Persönlichkeit zu einem Mythos in der Bevölkerung entwickelt. Insgesamt gibt es unterschiedliche Ergebnisse über intrapsychische Variablen und Krebsentstehung.

Krebs ist eine Sammelbezeichnung für bösartige Erkrankungen, die sich über unkontrolliertes Zellwachstum Raum verschaffen im Organismus und so lebensbedrohlich für Organe und Lebensfunktionen werden können (Tschuschke, 2006). Viele Belastungsfaktoren wirken bei der Entstehung von Krebs zusammen. Soziale und seelische Belastungen können indirekt zu Fehlverhaltensweisen und Stressentstehung beitragen, die dann ihrerseits die Entstehung einer Krebserkrankung begünstigen können. Wissenschaftlich ist nicht nachgewiesen, ob Belastungen direkt Krebs auslösen können.

„Der Nachweis ist nicht möglich, weil zu viele Faktoren über lange Zeit erhoben und in Beziehung zur Krebsentstehung gebracht werden müssten. Immer wieder stellt sich die Frage, nach möglichen Merkmalen, die einer ‚Krebspersönlichkeit‘ oder ‚Typ C‘ (für carcinomatosus) zugeschrieben werden können. Hier findet sich der Hinweis, dass es Forscher gibt, die mangelnde emotionale Ausdrucksfähigkeit, gering ausgeprägter Charakter sowie grundlegende depressive Verstimmung mitauslösende Persönlichkeitsmerkmale für Krebserkrankungen sein können“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007, S. 39).

In der Kommunikation mit PatientInnen ist es daher wichtig darauf hinzuweisen, dass an einer Krebserkrankung viele Faktoren beteiligt sind (z.B. Genetik, Fehlverhalten, Hormoneinflüsse, Umweltgifte usw.). Im Umgang mit der Krankheit können PatientInnen den Krankheitsverlauf und die Überlebenszeit vor allem in ihrer Qualität beeinflussen. Dabei können Betreuungspersonen und TherapeutInnen unterstützen.

„Allerdings scheint es zumindest eine Konvergenz hinsichtlich eines Persönlichkeitstypus zu geben, der durch emotionale Unterdrückung charakterisiert ist, speziell Ärgerunterdrückung und -zurückhaltung sowie einen konformistischen Persönlichkeitsstil. Es ist jedoch schwierig die kausale Richtung zwischen Persönlichkeitstypus und Krebs zu klären, da die meisten Untersuchungen dazu neigen, retrospektiv angelegt zu sein. Eine wie auch immer geartete Beziehung zwischen dem Persönlichkeitsstil und Krebs stellt jedoch keine kausale Erklärung dar“ (Tschuschke, 2006, S. 30).

„Die soziale Schichtzugehörigkeit ist direkt und umgekehrt proportional mit dem Auftreten einer Krebserkrankung verknüpft. Das heißt je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto höher die Inzidenzrate und umgekehrt. Auch die Krebsmortalität hat die gleiche inverse Beziehung: je höher die Sozialschicht, desto günstiger die Überlebenschancen und umgekehrt, je niedriger die Sozialschichtzugehörigkeit, desto höher die Mortalitätsrate“ (Tschuschke, 2006, S. 31).

„Es gibt wenig Unterstützung für die These einer direkten Beziehung zwischen Depression und Krebsinzidenz. .... Insofern kann zum relativen Beitrag von Persönlichkeitseigenschaften bei der Krebsgenese noch keine verlässliche Aussage gemacht werden“ (Tschuschke, 2006, S. 33). Weiters gibt es keine Studien, die Zusammenhänge zwischen Trauer und der draus resultierenden Krebsentstehung bzw. aus Stress und daraus entstehender onkologischer Erkrankung belegen. Am ehesten scheint es eine Konvergenz hinsichtlich des Persönlichkeitstypus zu geben, der durch emotionale Unterdrückung charakterisiert ist. Auch hier gibt es allerdings uneinheitliche Forschungsergebnisse. Der sozioökonomische Status ist eher in Betracht zu ziehen, hält Tschuschke fest (2006).

## **5.2. Psychosoziale Faktoren und Krankheitsverlauf bei Krebserkrankung**

Wesentlich mehr Forschungsergebnisse liegen für den Einfluss psychologischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf vor, wenn die Krebserkrankung eingetreten ist. Andere Forschungsmethoden sind möglich, da Hypothesen über Beziehung zwischen psychosozialen Faktoren und dem Verlauf der Krankheit erstellt und dann überprüft werden können.

Die Mitteilung der Diagnose ist meist ein Schock. Verarbeitung der Diagnose: Krebskranke leben in einer existenziellen Krise. Angst, Trauer, Wut, Unsicherheit und Verzweiflung sind häufige Reaktionen bei der Krankheitsverarbeitung. Behandelbare Aspekte sind Stress, soziale Unterstützung, Persönlichkeit, Coping. Zusätzlich betrachtet werden die berufsbezogene Reintegration und sexuelle Funktionsfähigkeit.

„Einige Studien legen nahe, dass emotionaler Disstress ein Prädiktor für eine verkürzte Überlebenszeit bei Krebs sei. Obwohl Untersuchungen keine klare Beziehung zwischen intrapsychischen Variablen und Krebsprogression demonstrierten, sprächen die Daten doch dafür, dass ein hohes Ausmaß an Disstress, besonders aufgrund somatischer Symptome, in gewisser Weise die Sterblichkeit voraussagen können“ (Tschuschke, 2006, S. 66).

„Zahlreiche Forscher haben die Effekte von zwei Konstrukten, Fighting Spirit (kämpferische Einstellung) und Typ-C-Persönlichkeit („Krebspersönlichkeit“) auf die Krebsprogression untersucht. Personen mit Typ-C-Persönlichkeit sind charakterisiert durch angepasstes, fügsames Verhalten (Konformität) und emotionale Unterdrückung. Sie neigen dazu, bei Stress mit Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit zu reagieren. Auf der anderen Seite seien Personen mit ausgeprägtem fighting spirit durch Optimismus, Selbstsicherheit und Entschiedenheit bei der Bekämpfung ihrer Krebserkrankung gekennzeichnet“ (Tschuschke, 2006, S. 69). Studien zeigen sehr unterschiedliche Ergebnisse, jedoch meist einen günstigen Zusammenhang zwischen aktiver, kämpferischer Haltung und besserem rezidivfreien oder generellem Überleben. Verschiedene Studien sehen einen Zusammenhang zwischen pathologischer Trauer und ungünstigem Genesungsverlauf.

Immer wieder diskutiert werden depressive Störungen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Angst und Depression beeinflussen die Lebensqualität der Patienten. Soziale und emotionale Unterstützung stehen in positiver Beziehung zu einem besseren Krankheitsverlauf bzw. rezidivfreiem oder Langzeitüberleben (Tschuschke, 2006).

### **5.3. Psychosoziale Interventionen und Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen**

Psychologische Interventionen bei Krebserkrankungen sind ein relativ neues Thema. Diagnose und Behandlungen stellen einen belastenden und oft sogar traumatisie-

renden Vorgang dar, sodass PatientInnen häufig nach seelischem Beistand verlangen oder von den behandelnden Teams angeboten bekommen. Unterschieden wird zwischen unspezifischen Maßnahmen durch Pflegepersonen, ÄrztInnen, SeelsorgeInnen oder HospizmitarbeiterInnen und spezifischen Maßnahmen durch PsychotherapeutInnen mit einer Zusatzqualifikation im Bereich Psychoonkologie. Hier können individuelle Interventionen der KBT eingesetzt werden.

„Psychoonkologische Interventionen bewirkten in den meisten Studien signifikante Verbesserungen in den Bereichen Stressreduktion, Angstreduktion, Reduktion von Depression und Verbesserung von Coping. Die Verbesserung von Lebensqualität und von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen wird nur teilweise erreicht. Das gilt auch für die Erhöhung der Compliance“ (Tschuschke, 2006, S. 115).

## **6. Fünf Phasen der Krebserkrankung**

Die Mitteilung der Diagnose wird oft als Krisensituation erlebt, eine Situation in der die eigenen Bewältigungsmechanismen nicht ausreichen um die situativen Anforderungen zu meistern. Die Diagnose ist immer ein Schock. Verschiedene psychosoziale Aspekte scheinen für Patienten und Angehörige ähnlich zu sein, das Gefühl der Bedrohung während der Behandlung und des weiteren Krankheitsverlaufs, die Konfrontation mit Sterblichkeit, der Verlust von Zielen und Träumen für sich selbst und die Familie. Unsicherheit über die Diagnose und die Behandlung zu Beginn können gegenseitige Beschuldigungen auslösen, was zu Konflikten und eingeschränkter Kommunikation führen kann (Tschuschke, 2006).

„Während der Behandlungsphase konzentrieren sich die Krisen auf die schmerzvollen und belastenden Behandlungsprozeduren, noxische Nebenwirkungen und das wachsende Bewusstsein langanhaltender negativer physischer und psychischer Wirkungen über Monate hinweg. Übelkeit und Übereben, körperliche Anstrengungen, Müdigkeit und Antriebslosigkeit sind übliche Beschwerden und münden in akuten Disstress und Behandlungsverweigerungen“ (Tschuschke, 2006, S. 125).

„Für diejenigen Patienten, die eine Remission (Nachlassen der Symptome) als eine Krise erleben, herrschen übermächtige Gefühle des Ausgeliefertseins, einer Vulnerabilität im Hinblick auf ein Rezidiv und Angst davor. Das Gefühl des Damoklesschwertes über sich ist omnipräsent. Während der Remission sind hypochondrische Befürchtungen üblich, speziell vor Nachuntersuchungen“ (Tschuschke, 2006, S. 135).

Das erste Rezidiv stellt ein stressvolles Ereignis dar, da PatientInnen und deren Familie mit der Möglichkeit konfrontiert sind, dass der Krebs nicht kontrollierbar und der Tod unvermeidbar sein könnte. In dieser Phase richtet sich der Ausdruck der Belastung oft gegen das Behandlungsteam und stellt gleichzeitig einen Hilferuf dar.

Ist ein Fortschreiten der Erkrankung merkbar, werden fortgesetzte Krisen beobachtet, die sich in Panik und Angst ausdrücken. Die Abwehrmechanismen brechen unter der Belastung zeitweise zusammen.

Im Endstadium steht die Kontrolle belastender Symptome im Vordergrund, die Aufmerksamkeit in der Therapie liegt auf der Entlastung. Wenn der Tod bereits im Mittelpunkt steht, sind oft tiefe Traurigkeit, Schuld, Scham, Konfusion und Wut im Vordergrund.

## **7. Überlegungen zu psychotherapeutischen Interventionen bei onkologischen Erkrankungen**

### **7.1. Indikation von Psychotherapie**

Fritzsche und Götz (2010) gehen in ihrem Artikel „Was kann Psychotherapie bei Krebspatienten bewirken?“ der Frage nach, wann überhaupt eine Indikation für Psychotherapie vorliegt und wie die Ziele und Behandlungsmaßnahmen sein können. Die Autoren sind sich einig, dass nicht jede PatientIn mit einer Krebserkrankung psychotherapiebedürftig ist. Sie erachten Therapie jedoch als sinnvoll, wenn die Belastung durch die Erkrankung die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt.

„Die spezifischen Belastungen von Patienten mit einer Krebserkrankung sind: Bedrohung und Verunsicherung durch eine potenziell lebensbedrohliche Krankheit, Beeinträchtigung durch eingreifende Behandlungsmaßnahmen (Radio- und Chemotherapie, Chirurgie), Schmerzen, veränderte Körperwahrnehmung, Verlust sozialer Rollen, anhaltende Ungewissheit auch bei

günstigem, aber kaum vorhersehbarem Krankheitsverlauf“ (Fritzsche, Gözl, 2010, S. 120).

Eine Indikation liege im Besonderen nach der Diagnosemitteilung bei depressiven Reaktionen vor, weiters bei Konflikten in der Partnerschaft z.B. nach Brustamputationen oder Hodenkarzinom, bei Rückzug nach optischen Veränderungen im Gesicht, Rollenveränderungen in der Familie, durch die Krankheit verursachte Anpassungsstörungen bei bereits vorhandenen seelischen Erkrankungen, Schmerzen ohne medizinischem Befund oder PTSD nach komplikationsreichen medizinischen Maßnahmen. Die Ziele der psychotherapeutischen Behandlung orientieren sich an den genannten Indikationen im Hinblick auf Symptomlinderung, meist handelt es sich um die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit durch Reduktion von Angst und Depression und Steigerung der Lebensqualität (Fritzsche, Gözl, 2010).

Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen können in drei Gruppen unterteilt werden:

- Psychoedukation,
- spezifische Maßnahmen gegen Schmerzen, Erschöpfung, Übelkeit und Erbrechen (hierzu zählen Entspannungstechniken und Fantasiereisen zur Entwicklung positiver Vorstellungen und angenehmer Körperempfindungen) und
- fachpsychotherapeutische Behandlung bei ca. 10 – 20 % der PatientInnen. Hier werfen die AutorInnen einen Blick auf psychodynamische Behandlungsansätze und

„besonders wenn frühere psychische Konflikte oder traumatische Erlebnisse durch die Tumorerkrankung reaktiviert werden, ist eine längerfristige psychodynamische Therapie erforderlich und wirksam. Diese Patienten möchten sich in Anbetracht der lebensbedrohlichen Erkrankung mit Fragen zu ihrem bisherigen Leben und auch mit dem Thema des bevorstehenden Todes auseinandersetzen“ (Fritzsche, Gözl, 2010, S. 122).

Bei diesen Fragen werden PatientInnen ebenso wie TherapeutInnen oft mit ihrer Ohnmacht und Hilflosigkeit konfrontiert, dem sog. Syndrom der leeren Hände. Es handelt sich um eine Behandlung an der Grenze zwischen Leben und Tod.

„Zum einen wurde ich noch mehr sensibilisiert für den Wert von Begrenzungen auf dem Weg der Aneignung des eigenen Lebens und für die Wichtigkeit der Frage: Was braucht jemand, der oder die an einer Grenze angekommen ist – und: wozu? Zum anderen zeigt die Entwicklung von Frau S. im Rahmen unserer gemeinsamen Arbeit beispielhaft, wie heilsam Prozesse möglich sind – wenn wir unseren PatientInnen und uns selbst die Zeit lassen, die dafür notwendig ist. Die geschilderte Erfahrung ist mir in die Sinn eine Ermutigung“, schreibt Sabine Eulerich-Gyamerah nach einer langen Behandlung einer Patientin, die während des Therapieprozesses die Diagnose einer Krebserkrankung bekam (Eulerich-Gyamerah, 2015, S. 74).

## **7.2. Ziele therapeutischer Interventionen**

Unterschiedliche Studien belegen, dass die Ziele therapeutischer Interventionen in folgenden Bereichen zu sehen sind:

- „Verringerung von Vereinsamungsgefühlen durch Gespräche mit anderen in vergleichbarer Situation
- Reduzierung von behandlungsbezogener Angst
- Reduzierung von Verzweiflung und Depression
- Hilfestellungen zur Klärung von Missverständnissen und Fehlinformationen
- Verringerung der Gefühle von Isolierung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und der Vernachlässigung durch andere
- Ermutigung von mehr Selbstverantwortung, gesunden zu wollen
- Verbesserte Compliance mit der medizinischen Behandlung
- Ganz allgemein Verbesserung der Lebensqualität
- Aufbau von Bewältigungsmöglichkeiten (Coping)“ (Tschuschke, 2006, S. 140).

## **7.3. Interventionen bei onkologischen Erkrankungen - psychodynamische Betrachtungen**

Eine wichtige Rolle spielen die Rahmenbedingungen, nämlich Zeit, Raum, Identität des Patienten, der therapeutische Gehalt der Intervention und ihr Prozessverlauf sowie die therapeutische Beziehung. Die Zeit sollte möglichst flexibel an den Krankheitsverlauf angepasst werden, die Kontakte können variieren. Die Dauer der Therapie hängt vom physischen Befinden ab.

„Speziell psychodynamische Therapien basieren auf dem unstrukturierten Fluss von spontan eingebrachten Inhalten. .... Die bisherigen Verlusterfahrungen des Patienten fließen ein. Wird in der psychoanalytisch-psychodynamischen Therapie Abwehr als Hindernis gesehen und eine Lockerung versucht, so muss bei onkologischen Patienten eine Labilisierung unbedingt vermieden werden. Psychotherapeuten müssen bei Onkologiepatienten als Anwalt der defensiven Struktur der Patienten behilflich sein, um ein optimales Coping ermöglichen zu können“ (Sourkes et al. zitiert nach Tschuschke, 2006, S. 144).

„In der therapeutischen Beziehung zu onkologischen Patienten muss der Therapeut ständig eine Rückübersetzung auf das normale Leben des Patienten vornehmen, um eine enge Korrespondenz zwischen dem Übertragungsmaterial und seinen Implikationen für die wichtigen Beziehungen des Patienten aufrecht zu erhalten. Zuweilen kann der Therapeut eine wichtigere Person für die Patienten werden, als es die eigenen Angehörigen sind“ (Tschuschke, 2006, S 144).

Die Gegenübertragung nimmt in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen einen wichtigen Stellenwert ein. Die Arbeit mit vom Tode bedrohten Menschen führt die TherapeutIn auf ihre/seine eigene Verlust-Geschichte hin. Die TherapeutIn muss verstehen, warum die Erkrankung einer bestimmten PatientIn und der bevorstehende Tod für sie/ihn schmerzhafter sein können als bei anderen PatientInnen. Supervision ist hierfür hilfreich und notwendig.

## **8. Unterschiedliche Interventionen im Blick: Psychoedukation, Beratung und Therapie**

Vermittelt werden in dem Buch von Agenendt, Schütze-Kreilkamp und Tschuschke (2007) Grundlagen psychoonkologischer Behandlung. Ein Blick gilt dem Umgang mit Tod und Sterben sowie den Themen Helfer- und Burnout-Syndrom. Es ist ein sehr praxisorientiertes Werk mit fachlichen Informationen zu psychoonkologischer Betreuung unter anderem bei Brustkrebs sowie bei Krebs an den Geschlechtsorganen, verbunden mit möglichen Problemen in der Sexualität.

## **8.1. Phasen der Erkrankung als Grundlage der Interventionen**

Inwieweit die psychische Haltung die Überlebenschance erhöht, wird kontrovers diskutiert. Hilfreich ist in jedem Fall die Unterstützung durch wichtige Menschen und die Aktivierung vorhandener Copingstrategien. Entspannungsverfahren können zusätzlich zu einer Therapie eingesetzt werden, um die psychische Belastung und Anspannung zu reduzieren. Andere Therapieverfahren, wie Musik-, Aroma- oder Kunsttherapie zeigen bei PatientInnen möglicherweise positiven Einfluss, wobei die Wirksamkeit bei Krebserkrankungen derzeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist (Tschuschke, 2007).

„Die psychoonkologische Literatur unterscheidet auf Vorschlag von Fawzy fünf Phasen des Krankheitserlebens, die unterschiedliche Interventionen erfordern

1. Phase: das Erfahren der Diagnose
2. Phase: die Behandlung
3. Phase die Erholungsphase
4. Phase: evt. Auftreten eines Rezidivs
5. Phase: terminal-palliative Maßnahmen“ (Fawzy zitiert nach Angenendt et al., 2007, S. 26).

Angenendt et al. erweitern die Phasen um jene des Verdachts und die Phase des Fortschreitens der Erkrankung und fassen wie folgt zusammen:

- „ 1. Phase: der Verdacht
2. Phase: die Diagnose/Befund
3. Phase: die medizinische Therapie (Operation, Chemotherapie, Strahlenbehandlung)
4. Phase: die Remissionsphase
5. Phase: evt. Auftreten eines Rezidivs
6. Phase: das Fortschreiten der Erkrankung
7. Phase: das Finalstadium, in dem vor allem palliative Maßnahmen zum Zuge kommen“ (Angenendt et al., 2007, S. 28).

## 8.2. Psychodynamische Überlegungen im Fokus der Interventionen

Angenendt et al. unterscheiden

„unreife (früh entstandene) Abwehr, wie Ausagieren, passiv-aggressives Verhalten, Spaltung, projektive Identifikation, Wendung gegen die eigene Person, Dissoziation; weiters Verleugnungsabwehr wie Projektion, Verleugnung, Rationalisierung, Bagatellisierung; narzisstische Abwehr wie Entwertung, Idealisierung, Omnipotenz oder zwanghafte Abwehr in Form von Reaktionsbildung, Affektisolierung und Intellektualisierung und letztlich hysterisch/histrionische Abwehr als Hypochondrie, autistische Phantasien, Verdrängung oder Verschiebung. Menschen reagieren in Krisensituationen mit Abwehrverhalten, die sich im Laufe der Genesung lockern um Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Wenn dieser Prozess blockiert ist, können therapeutische Interventionen hilfreich sein“ (Angenendt et al., 2007, S. 49).

Psychodynamische Überlegungen, fasst M. Beutel (2010) folgendermaßen zusammen:

„Oft spielt Abwehr (Verleugnung der Erkrankung oder der Lebensbedrohung) eine wichtige Rolle, die das innere Gleichgewicht angesichts der Bedrohung durch die Erkrankung möglichst lange erhalten soll. Durch Übertragung und Gegenübertragung wird angenommen, dass sich das Erleben der PatientIn abbildet. Die TherapeutIn kann durch Benennung und Deutung Zugang zu den inneren Konflikten im Hier und Jetzt verhelfen. Beutel sieht den Fokus in der Psychoonkologie darin, die körperlichen Belastungen und Veränderungen, die den psychotherapeutischen Spielraum begrenzen können (Schmerzen, Fatigue, Atemnot), nicht außer Acht zu lassen und mit den PatientInnen zu reflektieren. Die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit dem beschädigten Körperbild ist eine wesentliche Voraussetzung für die Chance der narzisstischen Restitution“ (Beutel, 2010, S. 118).

In der Phase der Krankheit sind die Bewältigungsmechanismen auf die Erkrankung fokussiert, sodass primär die Konflikte im Hier und Jetzt zu behandeln sind und weniger die biografische Rekonstruktion, erklärt Beutel (2010). Er beschreibt die therapeutische Arbeit vorrangig als containing oder holding function, da es darum geht die von der PatientIn bedrohlich erlebten Affekte (Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit,

Wut) gemeinsam auszuhalten. Unbewusst kann dadurch ein intensiver auch vor-sprachlicher Kontakt und die frühe Erfahrung des Gehaltenwerdens aktiviert werden. Ressourcenarbeit und Orientierung an den Stärken fördern Zuversicht und Hoffnung.

Die Anforderungen an die TherapeutIn sieht Beutel (2010) in der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, Kenntnisse der körperlichen Erkrankungen und der Wechselwirkungen zwischen Leib und Seele, ein hohes Maß an Flexibilität in Abstimmung auf den Krankheitsverlauf und Bereitschaft zur Einbeziehung des sozialen und medizinischen Umfelds.

### **8.3.Supportiv-expressive Gruppentherapie nach Yalom**

Hier möchte ich einen Verweis auf Yaloms Werk „Die Reise mit Paula“ einfügen, die sagt: „Warum begreifen die Ärzte nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart? Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“ (Yalom, 2000, S 31). Yalom (2000) erzählte von seiner Patientin Paula, die auf die goldene Zeit hinwies und damit jene Abschnitte meinte, in der der Patient die Freiheit hat, ohne Angabe von Gründen, Nein zu sagen und sich ausschließlich dem zu widmen, was ihm wichtig war. Paula nützte diese Zeit für persönliche Gedanken, beschäftigte sich mit Träumen, der Zeit mit ihrem Mann und der Vorbereitung auf den Tod. Sie kritisierte Elisabeth Kübler-Ross dafür, dass diese jene Zeit nicht erkenne. Paula und auch Yalom kritisierten die Kategorisierung Kübler-Ross aufgrund der „Entmenschlichung von Patient und Arzt“.

Irvin Yalom entwickelte in den 1970er Jahren die supportiv-expressive Gruppentherapie (SET) speziell für die Psychotherapie mit KrebspatientInnen. Es handelt sich dabei um keine eigene Psychotherapieschule, sondern um eine Behandlung, die auf die Philosophen Kierkegaard, Heidegger, Sartre und Jaspers zurückgeht. Der Gruppenkontext zielt darauf ab, eine unterstützende Beziehung unter den TeilnehmerInnen aufzubauen, dadurch deren soziale Netzwerke zu erweitern und voneinander zu lernen. Dadurch werden Zuversicht, Hoffnung und Selbstwirksamkeit der onkologischen PatientInnen gestärkt. Eine besondere Herausforderung stellt das Ausscheiden von TeilnehmerInnen, z.B. durch Versterben, für die Gruppe dar (Reuter, 2010).

Die therapeutischen Strategien in der SET fasst Reuter (nach Spiegel und Classen, 2000) folgendermaßen zusammen:

- „Unterstützende Interaktionen zwischen den Patienten ermöglichen,
- Gemeinsamkeit- und Zugehörigkeitsgefühl stärken
- Nicht wertende, wohlwollende Atmosphäre schaffen
- Eine ‚natürliche‘ Entwicklung und Entfaltung des Gruppenprozesses ermöglichen
- Sich aus dem Gruppenprozess ergebende Themen aufgreifen und vertiefen
- Fokus auf der Krebserkrankung und ihre Konsequenzen halten
- Das ‚Hier und Jetzt‘ in der Gruppe fokussieren
- Den Patienten helfen, sich mit ihren existenziellen Fragen auseinanderzusetzen
- Fokus auf persönlichem, konkretem Erleben halten
- Die Wahrnehmung, Exploration und den Ausdruck von Gefühlen ermöglichen (auf Emotionsaktivierung eine Phase der Integration folgen lassen)
- Auf aktive Copingstrategien hinarbeiten (Selbstwirksamkeit und Problemlösefähigkeiten stärken)“ (Reuter, 2010, S. 129).

Hier findet sich die KBT in vielen Bereichen wieder, sodass es nahe liegt die Methode für die Arbeit mit onkologischen PatientInnen stützend einzusetzen, wenn auf die Erfahrungen und Methodik Yaloms Bezug genommen werden möchte.

## **9. Copingstrategien onkologischer PatientInnen**

Aus der onkologischen Klinik fassen Angenendt et al. folgende Coping zusammen:

„Resignation/passive Hinnahme, durch Abwarten, aktives Vermeiden, Hadern und Grübeln, Resignation und Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, Stoizismus und Fatalismus; weiters kognitive Strukturierung/Einstellung in Form von Antizipation, Attribution, Humor, positives Umdenken, Relativieren und Sinngeben oder Ablenkung von der Krankheit durch ablenkende Aktivität, kognitive Ablenkung, positive Fantasien, Reizkontrolle, Wunschdenken, Wunscherfüllung oder Kompensation; oder soziale Kontakte in Form von Altruismus, emotionaler Unterstützung, Modelllernen, soziale Ablenkung; Compliance wie

aktive Compliance, Akzeptieren, Informationssuche oder passive Compliance und letztlich kämpferische Einstellung wie Auflehnung gegen das Schicksal, Eigeninitiative, Optimismus oder Hoffnung, Selbstaufwertung oder Selbstkontrolle“ (Angenendt et al., 2007, S. 51).

Die Arbeit mit onkologischen PatientInnen zeigt, dass jeder Patient einen eigenen Weg der Krankheitsbewältigung geht. Die weiter oben genannten Phasen zeigen sich hilfreich in der therapeutischen Arbeit, wobei sie nicht immer linear verlaufen und von PatientInnen in unterschiedlicher Intensität erlebt werden.

Angenendt et al. (2007) diskutieren die Anforderung an die Krankheitsbewältigung anhand der oben genannten Phasen folgendermaßen. Schon in der Phase des Verdachts entscheiden sich manche Menschen für ein aktives Coping und gehen unmittelbar zu Ärzten, während andere abwarten und sich in der Angst zurückziehen (passives Coping). Die Mitteilung der Diagnose stellt besondere Anforderungen, da sie bei vielen Erkrankten einer Traumatisierung gleicht. Das Vertrauen in den eigenen Körper und in sich selbst wird erschüttert. Die therapeutische Intervention basiert auf aktivem Zuhören, die Ängste und Tränen auszuhalten und auf Informationsweitergabe, die PatientInnen brauchen. In der nächsten Phase der medizinischen Therapie benötigen die Patienten Zeit, um sich auf die Erkrankung und notwendige medizinische Maßnahmen einzustellen und damit den Kontrollverlust nicht völlig zu verlieren. So kann diese Phase leichter überstanden werden.

Erst in der Phase der Remission, wenn medizinische Maßnahmen erfolgt sind, kommen Erkrankte dazu die Krankheit zu verarbeiten und darüber nachzudenken. Nun gilt es einen angepassten Weg an das veränderte Leben zu finden, neue Rollen und Ziele zu definieren und wieder langsam Vertrauen in sich und das Leben aufzubauen. Bei vielen Menschen kommt es nach der Remission zu einer metastasen- oder rezidivfreien Zeit bzw. Heilung. Ängste treten eher in den Hintergrund, die Hoffnung auf Heilung kann Platz greifen. Kommt es jedoch zu einem Rezidiv, bedeutet es tiefe Hoffnungslosigkeit und häufig schwere Depression. Die Auseinandersetzung mit dem Sterben ist in dieser Phase wieder nahe. In der Phase eines Rezidivs und jener des fortschreitenden Krankheitsstadiums, geht es darum die Würde des Menschen zu achten und seine Wünsche und Ziele ernst zu nehmen. Letztlich ist es in der Terminalphase die Frage nach dem was nach dem Tod kommen mag, welche die Patienten beschäftigt und oft ängstigt. Die Erhaltung einer bestmöglichen

Lebensqualität und der Würde des Menschen stehen in dieser Zeit im Vordergrund in der Betreuung (Angenendt, 2007).

„Die psychische Traumatisierung sollte bei onkologischen Patienten nicht außer Acht gelassen werden“ (Angenendt et al., 2007, S. 61). Die therapeutische Intervention richtet sich dahin, dem Patienten dabei zu unterstützen wieder handlungsfähig zu werden. Wenn dieser Prozess der Integration des Traumas bzw. der Erkrankung blockiert ist, kann es zu einer Manifestation der Symptomatik und Ausbildung von Störungsbildern wie Depression, Angst- oder Somatisierungsstörungen oder einer Posttraumatischen Belastungsreaktion (PTSD) kommen. In der therapeutischen Arbeit mit onkologischen Patienten ist diese Abfolge nicht immer zyklisch, sollte aber nicht aus dem Fokus verloren werden, immer mit dem Blick auf zuverlässige Stabilisierung, um weitere Traumatisierungen zu vermeiden (Angenendt, 2007).

## **10. Umgang mit Tod und Sterben**

### **10.1. Sterbebegleitung ohne Belastung**

„Welches ist das wertvollste Instrument des Therapeuten? Antwort (und um die kommt keiner herum). Sein eigenes Selbst“ (Yalom, 2002, S. 55). Selbstreflexion ist eine wichtige Voraussetzung um Menschen in der letzten Lebensphase begleiten zu können. Die eigenen Werte und Ziele zu kennen, ist eine wichtige Grundlage hierfür.

„Sterbebegleitung, die nicht zur Belastung werden soll, erfordert, dass sich der Therapeut seiner eigenen Möglichkeiten an Zeit und Kraft ebenso bewusst ist wie der Begrenztheit seiner Belastbarkeit. In der Begegnung mit Schwerstkranken und Sterbenden ist man wiederholt Situationen ausgesetzt, für die man keine Lösungen machen, die man einfach nur aushalten kann... Literatur zur Sterbebegleitung kann dem Therapeuten eine gewisse Orientierung für den Umgang mit Erfahrungen dieser Art geben“ (Frede, 2012, S. 204).

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben ist von großer Bedeutung. Für den Austausch im Team oder zur Selbstreflexion, könnten folgende Fragen hilfreich sein. Entscheidend dabei sind nicht die fertigen Antworten, die sich im Laufe der Zeit verändern, sondern die Bereitschaft sich damit auseinander zu setzen.

- „Wie gehe ich mit Situationen um, die ich nur begrenzt oder gar nicht beeinflussen kann?“

- Welche Gedanken und Gefühle löst die Vorstellung eigener schwerer Erkrankung bei mir aus?
- Wie würde ich reagieren, wenn ich mich nicht mehr selbständig versorgen könnte, auf die Hilfe anderer angewiesen wäre?
- Wie sehen meine eigenen Ängste und Unsicherheiten im Zusammenhang mit Kranksein und Sterben aus? Was konkret macht mir Angst?
- Welches Verhalten wünschte ich mir von meinen Angehörigen und Freunden, Ärzten und Pflegenden?
- Welchen Sinn könnte das Leben für mich bei schwerer Krankheit haben?
- Was möchte ich noch klären, erledigen, aussprechen, wenn ich um mein baldiges Sterben wüsste?
- Wie gehe ich mit dem Leid in meinem eigenen Leben um?
- Was hilft mir bei der Auseinandersetzung mit Belastungen, die durch die Begegnung mit bestimmten Patienten bei mir ausgelöst werden?
- Gibt es etwas, das ich von schwerkranken und sterbenden Patienten gelernt habe?“ (Frede, 2012, S. 205)

## **10.2. Betrachtungen im Wandel der Zeit**

Schon Seneca riet im „Trostbrief an Marcia“ dazu, Trauer und Schmerz in „Sanfte Gefühle“ zu verwandeln (Seneca, de tranquillitate animi) und nicht zu tief und zu lange zu trauern, da sonst eine Trauersucht entstehen kann. Der antike Seelenführer lag hier, neurobiologisch gesehen, völlig richtig erklärten O’Corner et al. 2008.

Die Psychoanalyse versteht – anders als die Gestalttherapie – unter „Trauerarbeit“, die Arbeit, die das psychische System leistet, um Verluste zu überwinden durch kognitive Auseinandersetzung als „Durcharbeiten“ und innere emotionale Ablösung... Andere gute Therapiestrategien, die den „informierten Leib“ neu einstimmen, müssen dann eingesetzt werden wie Trostarbeit, aktive Tröstung, Linderung, Aussöhnungsarbeit oder auch Vergleichgültigung, Vergestrigung, Habituation, Abgrenzungshilfen gegen überflutende „Trauerintrusionen“, Behandlung pathologischer Trauerverläufe (Verzweiflung, Verdüsterung, depressive Erkrankung, Somatisierung, Embitterment Syndrome, Broken Heart Syndrome) (Pezold, 2010).

Trauer und Schmerz sind, evolutionspsychologisch und neurowissenschaftlich betrachtet, in ihren Ausdrucksformen darauf gerichtet, Hilfe und Beistand zu mobilisieren. Das geschieht durch Triggern entsprechender Programme bei anderen

Hominiden: ein Beispringen, Beruhigen, Sichern, Halten – also Trösten – zur Down-regulation/Quenching der HPA-Achse. Das ist der erste Zweck von Trost, da eine länger andauernde Hypercortisolsteuerung neurotoxisch wirken kann. (Pezold, 2010).

Pezold sieht Bearbeitung von Trauer ohne Tröstung (so Freud, anders Ferenczi) als höchst problematisch. Freud rückte Trauer in die Nähe der Pathologie (Leid, Schmerz, Belastung, Traumatisierung, Hilflosigkeit waren zentriert). Bonanno erforschte die Widerstandskraft Trauernden, die trotz belastender Situation das „Lächeln nicht verlieren“. Selbstwirksamkeit wiedergewinnen, wieder auf die Beine kommen, in flexibler Weise die Herausforderungen des Lebens annehmen.

Bonanno zeigt, dass der Begründer der Psychoanalyse mit seinem so einflussreichen Konzept der „Trauerarbeit“ falsch lag. Trauer erhält neue differenzierte Erklärungen, vor allem die, dass Trauer ein Wachstumsprozess sein kann und Ausdruck einer „natürlichen Resilienz“, fasst Pezold im Vorwort zusammen. Die innovativen Ergebnisse Bonannos widerlegen traditionelle Ideen Freuds und Modelle von Elisabeth Kübler-Ross, Jorgos Canacakis und Verena Kast. Phasenabläufe beim Trauern lassen sich wissenschaftlich nicht belegen, da die Verläufe unter anderem von Kultur, Kontext, Lebenslage und –alter bestimmt sind. Sich dem Alltagsgeschehen wieder zuzuwenden, das Lachen wiederzufinden und nicht in tiefen Trauerreaktionen zu verharren, ist – so die Forschungen Bonannos – als ein Zeichen von Gesundheit, nicht aber von pathologischer bzw. potenziell pathogener Verdrängung zu sehen. Bonanno akzentuiert eine auf „Salutogenese“ gerichtete, auf „Ressourcen“ und „Potentiale“ zentrierte, lösungsorientierte Sicht, die allerdings die im Trauer- und Traumakontext unverzichtbare Problemorientierung nicht vernachlässigt. (Bonanno, 2012 – Vorwort Pezold)

### **10.3. Phasen während des Sterbeprozesses nach Kübler-Ross**

Eine Pionierin in der Sterbeforschung ist Elisabeth Kübler-Ross. Die Ärztin interviewte in der Schweiz über zweihundert sterbende Menschen und leitete daraus fünf Phasen ab.

- Die erste Phase: Nicht wahrhaben wollen und Isolierung

Mit solchem gequälten Nichtwahrhabenwollen reagieren PatientInnen besonders dann, wenn sie unvermittelt und zu früh durch jemanden informiert werden, der

die Person und ihre Aufnahmebereitschaft nicht wirklich kennt oder „es schnell hinter sich haben“ will. Das Nichtwahrhabenwollen schiebt sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über die Diagnose. Es ist meist nur eine vorübergehende Phase, die bald durch wenigstens teilweise Akzeptierung abgelöst wird (Kübler-Ross, S. 41).

- Die zweite Phase: Zorn

Auf das Nichtwahrhabenwollen folgen meistens Zorn, Groll, Wut, Neid. Dahinter steht die Frage: „Warum gerade ich?“... In dieser Phase haben es die Familie und das Krankenhauspersonal sehr schwer mit dem Kranken, denn sein Zorn ergießt sich ohne sichtbaren Anlass in alle Richtungen... Die Situation wäre weniger bedrückend, wenn wir uns mehr in die Lage des Kranken versetzen und uns fragen würden, woher sein Zorn kommt (Kübler-Ross, S. 50).

- Die dritte Phase: Verhandeln

Die dritte, meist nur flüchtige Phase ist weniger bekannt, für PatientInnen aber oft sehr hilfreich. Wenn Betroffene in der ersten Phase nicht imstande sind, die Tatsachen anzuerkennen, und in der zweiten mit Gott und der Welt hadern, versuchen sie in der dritten vielleicht, das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben: „Wenn Gott beschlossen hat, uns Menschen von der Erde zu nehmen, und all mein zorniges Flehen ihn nicht umstimmen kann – vielleicht gewährt er mir eine freundliche Bitte“ (Kübler-Ross, S. 77).

In dieser Phase verhandeln die PatientInnen um längere Lebenszeit und darum noch etwas tun zu können. Sie versuchen wie Kinder zu versprechen, etwas zu tun, was sie bisher unterlassen haben und dass sie ihr Leben ändern würden. Therapeutisch gesehen können sich verborgene Schuldgefühle dahinter verbergen, die aufgegriffen werden können. Dadurch erfahren PatientInnen Erleichterung und einen bewussteren Umgang mit diesen Ängsten.

- Die vierte Phase: Depression

Wenn Todkranke ihre Krankheit nicht länger verleugnen können, wenn neue Eingriffe und Krankenhausaufenthalte notwendig werden, wenn neue Symptome auftreten und die PatientInnen schwächer werden, können sie ihren Zustand nicht

immer mit einem Lächeln annehmen. Erstarrung, Stoizismus, Zorn und Wut weichen bald dem Gefühl des schrecklichen Verlustes. (Kübler-Ross, S. 80).

Die Autorin unterscheidet in dieser Phase zwei Arten der Depression, eine auf den Krankheitsverlauf reaktive und eine „vorbereitende“ im Hinblick auf den Tod. Ersterer begegnete sie einfühlsam, um die Ursachen der Verzweiflung, die mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden sein können, zu mildern. Den depressiven Symptomen im Hinblick auf das nahe Ende soll Raum gegeben werden, sie finden in der Trauer ihren Ausdruck. „Der vorbereitende Schmerz braucht kaum Worte; hier kommt es viel eher darauf an, stillschweigend dazusein und mit einer Geste zu versichern, daß man den Schmerz kennt und teilt.“

- Die fünfte Phase: Zustimmung

Wenn PatientInnen Zeit genug haben und nicht plötzlich sterben, wenn sie Hilfe zur Überwindung der ersten Phasen fanden, erreichen sie ein Stadium, in dem sie ihr „Schicksal“ nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnehmen. Sie konnten ihre Emotionen aussprechen und ihren Neid auf die Lebenden und Gesunden sowie Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen, jemandem anvertrauen. Sie haben den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sehen sie ihrem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Sie sind müde, meistens sehr schwach und haben das Bedürfnis, oft und in kurzen Intervallen zu dösen oder zu schlafen. Es ist ein anderer Schlaf als in der Zeit der Depression, er dient jetzt nicht zum Atemholen zwischen den Schmerzanfällen, ist kein Ausweichen und keine Erholungsphase mehr; sondern nun wächst allmählich das Bedürfnis, die Stunden des Schlafes auszudehnen wie bei Neugeborenen, nur mit umgekehrtem Sinn... Der Besuch darf kurz sein, denn der Trost für die PatientInnen liegt vor allem in dem Gefühl, dass sie nicht vergessen wurden, obwohl man medizinisch kaum noch etwas für sie tun kann (Kübler-Ross, S. 99).

Immer wieder weist Kübler-Ross darauf hin, dass nur TherapeutInnen im Stande sind mit Sterbenden gut zu arbeiten, die sich „ihrer eigenen Angst vor dem Tod bewusst sind, ihre eigenen destruktiven Wünsche kennen und wissen, welche Abwehrhaltungen mit der Sorge für die PatientIn in Widerspruch geraten. „Vor allem müssen wir den Kranken wissen lassen, daß wir bereit sind, seine Ängste und Sorgen

aufzunehmen. Beschäftigung mit sterbenden Patienten erfordert freilich eine gewisse Reife, die sich nur mit der Erfahrung einstellt. Wir haben unsere eigene Auffassung von Sterben und Tod gründlich zu prüfen, bevor wir uns gelassen und ohne eigene Angst zum Patienten setzen können (Kübler-Ross, S. 223).

#### **10.4. Sterbephasen und deren Bedeutung**

Im Rahmen ihrer Forschungsarbeit beschäftigte sich Elisabeth Kübler-Ross unter anderem damit, wie man PatientInnen über schlechte Prognosen des Krankheitsverlaufs aufklärt. Sie hielt die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit für unumgänglich. Kranke spürten es, wenn der Arzt ihnen nicht die Wahrheit sagte und würden das Vertrauen verlieren. Ist jedoch eine gute Vertrauensbasis aufgebaut, so kann der kranke Mensch die verschiedenen Phasen der Erkrankung durchlaufen und sich mit der neuen Lebenslage abfinden. (1971, S. 39)

„Sterbephasen nach Kübler-Ross und adäquate Begleitung

1. Nicht wahrhaben Wollen: Zur Unterstützung des Betroffenen in dieser Phase empfiehlt es sich, Trost zu geben. In dieser Starre sind die Patienten so angstvoll festgefroren an rudimentärste Überlebensanforderungen wie Atmen, Schlucken, Augenlidschlag usw., dass alle über dieses Maß hinausgehende Beanspruchung zu viel ist
2. Zorn: Wut und Zorn folgen in der zweiten Phase, meist verbunden mit der Frage *Warum gerade ich?*
3. Verhandeln: In dieser Phase sieht sich der Patient mit seiner eigenen Ohnmacht konfrontiert.
4. Depression: Die körperliche Erschöpfung wird in dieser Zeit immer größer, die Angst alleine gelassen zu werden oder unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden, breitet sich meist aus.
5. Phase der Zustimmung: spirituelle oder religiöse Themen stehen im Vordergrund. Es ist die Zeit des Abschiednehmens, sich Loslösens“ (Schütze-Kreilkamp, 2007, S. 118).

Die Phasen laufen meist nicht linear und in unterschiedlicher Intensität. Für die Betreuungspersonen ist die Psychohygiene von besonderer Bedeutung. Für PatientInnen ist die Änderung in der Behandlung von kurativ zu palliativ eine große, oft überraschend Veränderung. „Diese tiefen Sorgen kennen ihren Grund und ihre

Stimmung und sind von der Depression zu unterscheiden. Sie haben einigen ‚Verwandte‘: Schlafstörungen, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Entmutigung)... ‚Wir brauchen diese Chemo jetzt nicht mehr‘ kann als ein Fallengelassen verstanden werden. Wie aber ist Lebendigkeit in dieser Phase zu gewinnen? Vielleicht genau so, dass Vitalität in der Niedergeschlagenheit erfahren wird. Dass Tiefe ausgelotet wird und das Brüchige seine spannungsvolle Kraft zeigt“ (Schultz-Kindermann, 2015, S. 25).

## **11. Psychoedukation für die Einzelberatung – Kurzprogramm nach Angenendt**

Wie ein Programm könnten Ziele in der therapeutischen Arbeit mit onkologischen PatientInnen zusammengefasst sein. „Folgende Ziele sollen erreicht werden: die Fähigkeit, sich seiner Leistungsgrenzen (körperlich und psychisch) bewusst zu werden, das Erkennen der eigenen Bedürfnisse, das Wissen um schädigende und heilende Verhaltensweisen, den Umgang mit begleitender Symptomatik (z.B. Fatigue) zu vermitteln, die Fähigkeit, offen mit dem sozialen Umfeld kommunizieren zu können, die Fähigkeit, mit Sexualität verändert umgehen zu können“ (Angenendt, 2007, S. 128). Die Autorin empfiehlt dafür zehn Stunden in einem wöchentlichen Intervall, wobei für den Beginn und vor allem für den Abschied bewusst mehr Zeit genommen werden sollte. Gerade onkologische PatientInnen reagieren angesichts ihrer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung sensibel beim Thema Abschied.

Ausgang dieses Programms ist die Definition für Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Gesundheit ist ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Damit soll auf den bio-psycho-sozialen Zusammenhang hingewiesen werden, der für den Ansatz in der Behandlung hilfreich sein kann (Angenendt, 2007).

Für die erste Sitzung sollten zwei Einheiten geplant werden, wo die zehn Themen vorgestellt und therapeutische Ziele erarbeitet werden, wie zu Selbstverantwortung und Zulassen von Gefühlen ermutigen, reduzieren von Angst und Hilflosigkeit, Stärkung des Selbstwertgefühls, Ressourcenarbeit, Umgang mit dem sozialen Umfeld und Sexualität. Ausgegangen könnte von der Definition von Gesundheit werden,

um mit PatientInnen gemeinsam zu erarbeiten, was sie sich vorstellen und wie ihr Verhalten im Zusammenhang mit Gesundheit ist.

Für die zweite Sitzung ist das Thema Stress und die persönlichen Stressoren im Mittelpunkt, Entspannungstechniken (Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Atemübungen, Autogenes Training) können vorgestellt oder diskutiert werden.

Für die dritte Sitzung stellt Angenendt das Thema Coping in den Mittelpunkt. Die Genussfähigkeit des Patienten soll wieder aktiviert und die Eigenverantwortung gestärkt werden. Das gemeinsame Erarbeiten von Tagesstrukturen mit aktiven Phasen und Ruhezeiten kann hilfreich sein.

Der vierte Termin widmet sich dem bewussteren Umgang mit den eigenen Bedürfnissen und Ressourcen. Angenendt nützt bildliche Darstellungen und Hausaufgaben bis zur nächsten Stunde. In der KBT könnte hier ein Angebot zur Körperwahrnehmung eingesetzt werden.

Für die fünfte Sitzung sollte sich die Therapie dem Umgang mit belastenden Gefühlen widmen, die z.B. Angst, Wut, Trauer, Feindseligkeit oder Ärger sein können.

In der sechsten Sitzung könnte es um soziale Kontakte gehen. Onkologische PatientInnen sollten ihre Rückzugstendenzen erkennen und aktiv überwinden lernen. Die Autorin empfiehlt Listen, um aufzuschreiben mit wem wohltuende Kontakte gepflegt werden oder Rollenspiele. Aus der KBT könnte an dieser Stelle die Darstellung des sozialen Umfelds durch Gegenstände hilfreich sein.

Die siebente Sitzung könnte sich mit dem Umgang mit der tumorbedingten Fatigue beschäftigen. Diese ausgeprägte Müdigkeit und das erhöhte Ruhebedürfnis sind für die PatientInnen neu und können nach einer Psychoedukation oft leichter verstanden und akzeptiert werden. Symptome der Fatigue können sein: „Müdigkeit, Lustlosigkeit, Schwäche, Traurigkeit, Frust oder Reizbarkeit, Depression und Hoffnungslosigkeit, Verlust des Interesses am Leben, seelische Erschöpfung, Verlust der körperlichen Belastbarkeit, Desinteresse, Motivationsverlust, Schlafstörungen, Angst, nicht wieder gesund zu werden, Konzentrationsstörungen, Entfremdung von Freunden und Familie und der Wunsch zu sterben“ (Angenendt, 2007, S. 146).

Die therapeutische Intervention in der KBT könnte im Erkennen und Spüren der aktuell vorhandenen Symptome anhand eines Angebots der Körperwahrnehmung in

Bewegung sein und das Ausprobieren wie sich Pausen und die Verrichtung von Erledigungen in einzelnen Schritten für die PatientInnen auswirken.

Die achte Sitzung könnte Sexualität zum Thema machen. Schon das offene Gespräch könnte einen anderen Umgang mit Sexualität unterstützen. Für die TherapeutIn sollte ein offener Umgang mit dem Thema möglich sein, das verschiedene Facetten haben kann, wie z.B.: Schwierigkeiten einen Orgasmus zu bekommen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Schwierigkeiten im Umgang mit künstlichem Darmausgang oder Harninkontinenz.

In der neunten Sitzung könnte der Blick auf die mögliche Selbsthilfe gerichtet sein. Welche Ressourcen und Fähigkeiten können PatientInnen aktivieren und wie können sie hilfreich eingesetzt werden?

Die zehnte Sitzung gilt dem Abschluss und kann sich dem Rückblick auf die bisherige Therapie widmen. Eine Zusammenfassung der einzelnen Themen und offene Fragen zu klären, sind Ziele der letzten Sitzung (Angenendt, 2007).

In der Psychoonkologie können verschiedene Verfahren und Elemente aus unterschiedlichen Therapierichtungen zum Einsatz kommen. „Körperorientierte Übungen dienen den Patienten oftmals als ein erster Schritt, sich wieder mit ihrem Körper zu versöhnen, zu lernen, ihm wieder zu vertrauen und das Band zwischen Körper und Seele wieder herzustellen“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, 2007, S 160). Hier wird ein wesentlicher Aspekt, des verlorenen Vertrauens in den eigenen Körper, erwähnt. In diesem Bereich kann KBT sehr professionell zum Einsatz kommen, vor allem durch den ressourcenorientierten Fokus – Die Aufmerksamkeit wird weg vom kranken Körperteil auf den gesamten Körper samt seinen gesunden Anteilen gelenkt.

## **12. Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie**

Schubert beschäftigt sich im Rahmen der Psychoneuroimmunologie unter anderem mit der Wechselwirkung zwischen negativen Emotionen und der Schwächung der Immunfunktion und positiven Emotionen, die Individuen eher stärken. „Ebenso zeigt sich bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen, dass Verbesserungen im psychischen Bereich mit potenziellen Verbesserungen der Immunfunktion verbunden sind“ (Schubert, 2011, S. 43). Besonders chronischer Stress und auch das soziale Umfeld

sind an der Pathogenese und dem Krankheitsverlauf beteiligt. Stress kann direkt beeinflussen oder indirekt über gesundheitsschädliche Verhaltensmuster, wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder wenig Bewegung. Der Autor weist in Zusammenhang mit Stress auf sickness behavior hin, wo in umgekehrter Richtung immunologische Faktoren eine psychische Veränderung herbeiführen. Darunter versteht man Symptome, die durch Entzündungen oder Infektionen auftreten, sodass sich eine erkrankte Person wenig bewegt und sich vernachlässigt. „Charakteristische Beschwerden sind Erschöpfung, Appetitverlust, Schlafstörungen (neurovegetative), Traurigkeit, Interesselosigkeit und kognitive Störungen (neuropsychiatrisch). Sickness behavior ist ein zentralnervöses Beschwerdebild, das, wie Tier- und Humanexperimente zeigten, direkt induziert werden kann durch peripher-immunologische Aktivitätsanstiege, wie sie etwa für Entzündungsprozesse z.B. im Rahmen von Autoimmun- oder Krebserkrankungen typisch sind. Sickness behavior ist ein biologisches Konzept, das mittlerweile auch zur Erklärung von psychiatrischen Erkrankungen herangezogen wird“ (Schubert, 2011, S. 392). „Heute weiß man, dass sickness behavior eine immunologisch vermittelte, strategische Anpassungsleitung des Organismus ist, ein ‚central motivational state‘, um den Organismus bei Erkrankung zu schonen und Energie für die Auseinandersetzung mit dem Erkrankungsauslöser bereitzustellen .... und befindet sich damit in einer Reihe mit anderen basalen psychologischen Motivationsphänomenen wie Furcht, Hunger und Durst“ (Schubert, 2011, S. 93).

Immer klarer wird, dass ein Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung, Psyche, Nerven-, Hormon und Immunsystem im Blickfeld der Forschung stehen sollte, was auch für onkologische PatientInnen von großer Relevanz ist. Schubert weist hier darauf hin, dass laut einer Studie (von Chida et. al. 2008) folgende Faktoren die Gefahr an Krebs zu erkranken erhöhen und die Überlebenschancen reduzieren: „belastende Lebensereignisse, eine zu psychischer Belastung neigende Persönlichkeit, ungünstiges Copingverhalten, negative emotionale Reaktionen und schlechte Lebensqualität“ (Schubert, 2011, S. 88).

„Diese empirisch klar erwiesene Kohärenz von psychosozialen Lebensstress und körperlicher Erkrankung gibt Psychotherapie somit grundsätzlich die Berechtigung zur Behandlung körperlicher Erkrankungen“ (Schubert, 2011, S. 99).

Den genannten negativen psychologischen Faktoren, wie Stress oder Angst, können positive Faktoren gegenüber gestellt werden, die das Wohlbefinden steigern. Diese Faktoren seien weniger erforscht, können aber durch psychotherapeutische Interventionen bis zu einem gewissen Ausmaß gefördert werden und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Hierzu zählt Schubert Optimismus, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, posttraumatisches Wachstum, positiver Affekt und soziale Beziehungen, die alle mit der Immunaktivität in Verbindung stehen.

Fawzy et al. haben in den 1990er Jahren die Effekte einer Stressmanagement-Intervention an PatientInnen mit malignen Melanomen und anderen Krebserkrankungen geprüft. Ausgangspunkte für diese Interventionen werden folgendermaßen beschrieben: „Symptome und dysfunktionales (oder maladaptives) Verhalten sind durch dysfunktionale Denkmuster bedingt, die zu Fehlinterpretationen und -annahmen führen. Eine Behandlung wird über eine Veränderung dieser kognitiven Verzerrungen erreicht“ (Schubert, 2011, S. 265).

Fawzys Untersuchungen zeigten 1993, dass therapeutische Maßnahmen (Gesundheitsedukation, Informationen zur Diagnose und zum Umgang mit der Erkrankung, Verstärkung von positiven Bewältigungsstrategien (coping skills, Problemlösetechniken), Stressmanagement, z.B. Entspannungstechniken und emotionale Unterstützung) fünf bis sechs Jahre nach der Intervention einen Trend zu längerer Rezidivfreiheit und eine signifikant niedrigere Todesrate als in der Kontrollgruppe führten. Die Frauen konnten durch die Interventionen die Diagnose für sich positiv einordnen und sie zeigten sich förderlich für die Entwicklung der zellulären Immunfunktionen (Schubert, 2011, S 279). Durch die Zusammenschau dieser Studien kam Schubert zu dem Schluss, „dass Stressmanagement-Interventionen das Immunsystem beeinflussen können aber, dass psychotherapeutische Interventionen wahrscheinlich nicht für alle Individuen gleich gut geeignet sind und nicht generell eine Verbesserung der Immunfunktion produzieren“ (Schubert, 2011, S. 283).

### **12.1. Psychoneuroimmunologie und Achtsamkeit**

Aus Sicht der KBT ist diese eine interessante Zusammenschau und ein spannender Blick auf: „Die vier Stufen der Achtsamkeit, wie sie Buddha hier beschreibt, beziehen sich im weiteren Sinne auf die Achtsamkeit für den groben materiellen Körper, feinere Körperempfindungen, den Geist (einschließlich emotionaler und Stimmungsschwankungen) und geistige Objekte oder Kognitionen“ (Schubert, 2011, S. 287).

Hier findet sich der therapeutische Ansatz der KBT wieder, wie es in vielen Angeboten zum Ausdruck kommt. „So sprechen vorläufige Ergebnisse aus Krebsstudien dafür, dass sich achtsamkeitsbasierte Verfahren bei manchen Patientengruppen auf Lebensqualität, Zytokingleichgewicht und NKZA auswirken“ (Schubert, 2011, S. 299).

Schubert kommt bei der Fragestellung der Wirksamkeit von Gesprächstherapie und psychodynamischer Therapie im Bezug zu Psychoneuroimmunologie und der Zusammenschau unterschiedlicher Studien zu folgender Erkenntnis: „Diese Ergebnisse legen nahe, dass sich Stress negativ auf die zelluläre Immunität der Brustkrebspatientinnen auswirkte (Aktivierung entzündlicher Vorgänge), Adjuvantien, Naturheilmittel und körpertherapeutische Interventionen hingegen die Immunlage (antientzündliche Wirkung) verbesserten“ (Schubert, 2011, S. 315). Hier ist ein deutlicher Hinweis, wie die Konzentrierte Bewegungstherapie für onkologische PatientInnen hilfreich sein kann. „Nur wenn wir in der Lage sind, dem Stresssystem bei seiner täglichen Arbeit ‚zusehen‘ zu können und zeigen zu können, wie Psychotherapie das Stresssystem in seiner Funktion beeinflusst, kann psychosomatische Psychotherapieforschung in Zukunft beweisen, dass die psychische Komponente einen kausalen Erkrankungsfaktor und die Psychotherapie ein Heilverfahren für körperliche Krankheiten darstellt“ (Schubert, 2011, S. 316).

## **13. Empirie**

### **13.1. Fragestellung**

Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, welche methodenspezifischen Möglichkeiten und Vorgehensweisen das Psychotherapieverfahren Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) bei der Therapie Erwachsener Personen mit onkologischen Erkrankungen bietet und welche Herangehensweisen sich in der Praxis als förderlich bzw. hilfreich für die PatientInnen erweisen.

### **13.2. Methodik**

Drei KBT-TherapeutInnen wurden durch problemzentrierte Expertinneninterviews anhand eines Interviewleitfadens befragt. „Das problemzentrierte Interview folgt den Kriterien Problemzentrierung, Gegenstands- und Prozessorientierung und umfasst nach dem darauf abgestimmten Sampling einen Interviewleitfaden, die Aufzeichnung und das Postskriptum. Die Problemzentrierung umreißt die Zielsetzung, die Äußerungen der Befragten und speziellen Problemfelder zu erfassen und zu verstehen.

Die Gegenstandsorientierung ermöglicht, die Erhebung entlang der spezifischen Forschungsfrage zu gestalten – entgegen der häufig geübten Praxis, bewährte Forschungsmethoden relativ unabhängig vom Forschungsanliegen einzusetzen. Diese prozessorientierte Arbeitsweise sorgt dafür, schrittweise innerhalb eines groben thematischen Rahmens die Einschätzungen der Befragten zum Problemzusammenhang herauszufinden. Dazu gehören neben der begleitenden Verarbeitung einschlägiger Literatur auch Erkundungen im Untersuchungsfeld“ (Gahleitner, Schmitt, Gerlich, 2014, S. 43).

### **13.1.1. Interviewleitfaden**

1. Was fällt Ihnen spontan zu diesem Thema ein?
  
2. Wie gehen Sie mit den einzelnen Phasen während der Erkrankung um?
  - 2.1. Wie wichtig ist die Biografie (ähnliche Erkrankungen in der Familie, Vorerfahrungen mit Krankheitsverläufen)?
  - 2.2. In welcher Phase beginnen PatientInnen meist mit der Therapie?
  - 2.3. Welchen Einfluss hat die Mitteilung der Diagnose auf den weiteren Verlauf?
  - 2.4. Welche Interventionen (Körperwahrnehmung, Körperbild...) sind allgemein bzw. für die Palliativphase geeignet?
  
3. Welche Rolle spielen Körpererfahrungen (-wahrnehmungen) für onkologische PatientInnen?
  - 3.1. Können Sie über Erfahrungen bezüglich Unterschiede zu anderen Psychotherapiemethoden - unter Berücksichtigung des Körpers - in der Psychoonkologie berichten?
  - 3.2. Begleiten Sie auch Angehörige? Beziehen Sie auch hierbei die Körperwahrnehmung ein?
  - 3.3. Welchen „Zusatznutzen“ sehen Sie in der zusätzlichen psychoonkologischen Ausbildung? (Wie viel % würden Sie dem Nutzen aus ihrem KBT-Wissen bzw. aus einer zusätzlichen Ausbildung in diesem Fachbereich zuschreiben?)
  
4. Können Sie über typische Verläufe/Prozesse aus tiefenpsychologischer Sicht erzählen?
  - 4.1. Welche Themen beschäftigen PatientInnen oft in Bezug auf die Erkrankung (körperliche Veränderung, Schuld – Scham, Kinderwunsch)?
  
5. Welche Erfahrungen für die PatientInnen können Sie aus der Auseinandersetzung mit dem Körper berichten?
  - 5.1. Welche Interventionen können dazu beitragen, dass PatientInnen ihre körperlichen Veränderungen akzeptieren können?

5.2. Welche Unterschiede können Sie zwischen „gelungener“ bzw. „nicht gelungener“ Therapie berichten?

6. Fällt Ihnen zum Thema noch etwas Wichtiges ein?

6.1. Warum gibt es ihrer Meinung nach bisher wenige KBT-TherapeutInnen, die mit onkologischen PatientInnen arbeiten?

### **13.3. Stichprobe**

Alle Expertinnen sind Therapeutinnen für Konzentrierte Bewegungstherapie und Mitglieder des Österreichischen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT). Sie arbeiten in unterschiedlichen Settings mit onkologischen PatientInnen, in einer Psychosomatiklinik, im Hospiz- und Palliativbereich sowie in privater Praxis. Es wurden nur drei Expertinnen interviewt, da sich im Rahmen der Recherche zeigte, dass wenige KBT-TherapeutInnen in Österreich explizit mit onkologischen PatientInnen in ihrer Funktion als Psychotherapeutin arbeiten. Davor schien es keinen fachlichen Austausch über die Arbeit mit dieser PatientInnengruppe unter KBT-TherapeutInnen gegeben zu haben. In Bezug auf das Geschlecht gab es Homogenität, da ausschließlich Frauen zum Interview bereit waren. Der überwiegende Anteil der KBT-TherapeutInnen ist ebenfalls weiblich.

### **13.4. Transkription und Auswertung**

Die digitalen Aufzeichnungen der Interviews wurden transkribiert. Die Inhalte wurden wörtlich übernommen. Um die Authentizität zu wahren wurde in Mundart Gesprochenes sowie fehlerhafte Satzstellung nicht korrigiert. Erst im zweiten Schritt wurden Adaptionen vorgenommen. Die Interviews wurden anonymisiert transkribiert. Die Analyse der Interviewinhalte erfolgte durch qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

„Die Überprüfung von Theorien und Hypothesen, üblicherweise Vorrecht quantitativer Methodik mit experimentellem oder korrelationsstatistischem Ansatz, ist auch innerhalb qualitativer Analyse möglich ... Vor allem aber bei der Überprüfung raum-zeitlich unbeschränkter Theorien, allgemeiner Gesetzesbehauptungen – lange Zeit das Ideal wissenschaftlicher Forschung – können qualitative Analysen wichtig werden. Bereits ein einziger Fall kann eine Aussage widerlegen, falsifizieren. Die kann die Basis sein für eine Einschränkung oder Umformulierung der Theorie bzw. Hypothese“ (Mayring, 2010, S. 25).

„Was lässt sich nun festhalten an Grundlagen zur Entwicklung einer qualitativen Inhaltsanalyse, die aus diesem Bereich ableitbar sind? Es sind meines Erachtens im Wesentlichen vier Grundsätze:

1. Eine qualitative Inhaltsanalyse darf die Vorzüge quantitativer Techniken, wie sie im Bereich der Kommunikationswissenschaften entwickelt wurden, nämlich deren systematisches Vorgehen, nicht aufgeben. Sonst muss sie sich Vorwürfe des Impressionistischen, des Beliebigen gefallen lassen.
2. Eine qualitative Inhaltsanalyse darf ihr Material nicht isoliert, sondern als Teil einer Kommunikationskette verstehen. Sie muss es in ein Kommunikationsmodell einordnen.
3. Viele Grundbegriffe quantitativer Inhaltsanalysen lassen sich auch in einer qualitativen Inhaltsanalyse beibehalten. So vor allem die Konstruktion und Anwendung eines Systems von Kategorien als Zentrum der Analyse.
4. Eine qualitative Inhaltsanalyse muss sich wie jede wissenschaftliche Methode an Gütekriterien überprüfen lassen“ (Mayring, 2010, S. 29).

Mayring hält folgende Grundsätze zur Entwicklung einer qualitativen Inhaltsanalyse fest:

1. „Die wissenschaftliche Orientierung am Alltag, an alltäglichen, unter natürlichen Bedingungen ablaufenden Prozessen des Denkens, Fühlens und Handelns bezieht sich auch auf das methodische Vorgehen: qualitative Inhaltsanalyse muss anknüpfen an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens sprachlichen Materials.
2. Ein Ansatz der Analyse muss die Übernahme der Perspektiven des anderen, also des Textproduzenten sein, um eine ‚Verdoppelung‘ des eigenen Vorverständnisses zu verhindern.
3. Eine Interpretation sprachlichen Materials auch durch qualitative Inhaltsanalyse ist immer prinzipiell unabgeschlossen. Sie birgt immer die Möglichkeit der Re-Interpretation“ (Mayring, 2010, S. 38).

Mayring fasst 15 Grundsätze bei der Entwicklung von qualitativen Inhaltsanalysen zusammen:

1. „Notwendigkeit systematischen Vorgehens
2. Notwendigkeit eines Kommunikationsmodells

3. Kategorien im Zentrum der Analyse
4. Überprüfung anhand von Gütekriterien
5. Entstehungsbedingungen des Materials
6. Explikation des Vorverständnisses
7. Beachtung latenter Sinngehalte
8. Orientierung an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens
9. Übernahme der Perspektive des anderen
10. Möglichkeit der Re-Interpretation
11. Semiotische Grundbegriffe
12. Pragmatische Bedeutungstheorie
13. Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse
14. Psychologie der Textverarbeitung
15. Makrooperatoren für Zusammenfassungen“ (Mayring, 2010, S. 47).

Die Auswertung erfolgte mit dem Programm „F4-Analyse“ unter Berücksichtigung der Grundsätze Mayrings. Die Ergebnisse der Expertinneninterviews orientierten sich an drei Kernfragen des Leitfadens.

1. Onkologische Aspekte wie Phasen der Erkrankung, Vorerfahrungen mit ähnlichen Erkrankungen im persönlichen Umfeld
2. Psychodynamische Betrachtungen: Betroffene und Angehörige mit ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Defiziten
3. Konzentrierte Bewegungstherapie: Herausforderungen für TherapeutInnen sowie Behandlungsmöglichkeiten für PatientInnen

Die Auswertung der Inhalte erfolgte anhand dieser Themen. Die Kategorienbildung entstand im Rahmen der Auswertung. „Das Kategoriensystem ist zentraler Punkt in quantitativer Inhaltsanalyse. Aber auch in der qualitativen Inhaltsanalyse soll versucht werden, die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren. Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar“ (Mayring, 2010, S. 49).

„Psychosoziale Komplexität ist nicht allein durch Variablenstatistik einzufangen. Als größter Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist hier das systematische, d.h. Regel geleitet, schrittweise Vorgehen nach vorher explizierten Techniken zu nennen. Die – auch – deduktive Vorgehensweise als erster Schritt in der Auswertung stellt sicher,

dass bei den angestrebten Aussagen an das bisherige Wissen über den jeweiligen Gegenstand angeknüpft wird“ (Gahleitner, Schmitt, Gerlich, 2014, S. 82).

## **14. Problemzentrierte Interviews**

### **14.1. Phasen der Erkrankung**

#### **14.1.1. Be-deutungen der Erkrankung**

Die Konzentrative Bewegungstherapie ist ein anerkanntes Verfahren in der medizinischen psychotherapeutischen Welt und richtet sich in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen dahin aus, das Heilsame wahrzunehmen, den Heilungsprozess zu unterstützen und sich mit Leben und Tod auseinander zu setzen.

Der Krebs hat „a gmahte Wiesn“. Zellen kommen aus dem Ruder. Krebszellen, die jeder hat, nehmen bei einer Erkrankung überhand. Das Abwehrsystem kollabiert. Aus Sicht der Expertin ist das der Punkt, wo ein Mensch „nicht mehr kann“ und dann „kommt auch noch der Krebs dazu“. So beobachtet sie die Krankheitsentstehung oft. Wobei sie nicht weiß, warum manche Menschen an diesem Punkt keinen Krebs bekommen und andere schon. Jedenfalls scheint vieles im System der PatientInnen zusammenzubrechen und damit der Krebs eine Chance zu bekommen. Die Expertin sieht an dieser Stelle den Krebs als eine Art Symbol für den Zusammenbruch. Die Menschen sind zwar nicht tot, aber erleben einen kompletten Kollaps.

Die Erkrankung als Hilfeschrei – Menschen brauchen eine Unterstützung für ihr Leben. Dann auch für ihr neu gewonnenes Leben. Wenn die medizinischen Behandlungen vorbei sind, kann das Leben wie ein Neustart sein – Jedoch mit einer hohen Belastung, weil der Körper ‚niedergebrügelt‘ ist. Die Expertin erlebt es immer wieder als phänomenal, dass Menschen diese massive medizinische Belastung überhaupt überleben. Die Vorstellung, dass nicht nur die Krebszellen kaputt gemacht werden, sondern viel mehr im Körper, lässt es wie ein Wunder erscheinen, dass sich der Organismus wieder regeneriert. Dass Menschen diese Entwicklung selber auch so erleben und sich damit anfreunden können, wird in der Psychotherapie unterstützt. Die Herausforderung im körperzentrierten Therapieverfahren ist es, mit der veränderten Brust umgehen zu lernen oder Narben zu pflegen, Licht in die Zellen zu lassen, damit sich das Tödliche und Sterbende daraus löst. Licht in die Zellen lassen und

auch in die Seele, ist die Aufgabe der Konzentrativen Bewegungstherapie aus Sicht der Expertin.

Das Bewusstsein für die möglicherweise kurze bleibende Lebenszeit und die effiziente und bestmögliche Nutzung spielen eine wichtige Rolle. Die Erkrankung führt zu einem Bewusstsein für die Endlichkeit. Vergleichbar ist diese Form der Auseinandersetzung oder Angst vor dem Tod mit einem Herzinfarkt. Hier erleben PatientInnen eine klare Angst, die wie eine Bombe einschlägt und sich auch körperlich manifestiert. Bei onkologischen Erkrankungen ist hingegen die Mitteilung der Diagnose die plötzliche Konfrontation. PatientInnen erleben oftmals nicht unmittelbar körperlich, das Ausmaß ihrer Erkrankung. Hier sieht die Expertin den Unterschied zwischen einem Herzinfarkt und einer Krebserkrankung.

Die Expertin hat die Erfahrung gemacht, dass sich während der unterschiedlichen Krankheitsphasen weniger die Themen der PatientInnen verändern, als deren persönliches Erleben. Die psychotherapeutische Arbeit wende sich dahin, wie die PatientInnen die Mitteilung der Diagnose erleben oder wie sie es erleben, wenn die ÄrztIn dabei z.B. hilflos wird. Dieses Erleben verändert sich im Laufe der Krankheit.

#### **14.1.2. Mitteilung der Diagnose**

Eine interessante Frage ist an dieser Stelle, wie es zur Diagnose kommt. In manchen Fällen, wird durch Zufall eine Krebserkrankung diagnostiziert. Andererseits können permanente Schmerzen in anderen Körperbereichen zu einer Befunderhebung führen, die eine überraschende Diagnose bringt. So zum Beispiel, wenn bei lang anhaltenden Rückenschmerzen Knochenmetastasen diagnostiziert werden. Zu unterscheiden ist beispielsweise das plötzliche punktuelle Geschehen bei einem Herzinfarkt, wo hingegen Krebs als langsam schwelende diffuse Bedrohung wahrgenommen wird. Von dieser Art der Diagnostizierung sind in der Psychotherapie sowohl die PatientInnen als auch die TherapeutInnen betroffen.

Bereits bei der Mitteilung der Diagnose ergeben sich große Unterschiede in der Begegnung mit der Krankheit für die PatientInnen. Dazu äußert sich eine Expertin: „Da kommt das herein, wo früher von ‚Krebspersönlichkeit‘ gesprochen wurde. Das wurde zwischenzeitlich widerlegt, sodass ich sage in diesem Sinn gibt es diese nicht. Aber natürlich gehen Menschen unterschiedlich mit der Diagnose um. Es gibt unterschiedliche Strategien. Manche PatientInnen hätten sich schon gewünscht, dass

man mit ihnen etwas achtsamer umgeht. Besonders die Diagnosemitteilung bräuchte viel Achtsamkeit. Da ich bei der Mitteilung nicht dabei bin, kann ich direkt keine Rückschlüsse auf das weitere Empfinden der PatientInnen ziehen. Ich glaube aber manchmal, dass Menschen an sich erschüttert sind und deshalb die Mitteilung der Diagnose noch viel sensibler aufnehmen“ (Expertin 1, Zeile 75-87).

Besonders schlimm können sich Diagnosemitteilungen per Telefon auswirken, was im Klinikalltag auch vorkommen kann. Hingegen empfinden es PatientInnen als unterstützend, dass der Arzt/die Ärztin sich auskennt, klar und sachlich ist und Kompetenz vermittelt. Die Expertin meint, dass „die PatientInnen dadurch ein Stück Perspektive bekommen. Wenngleich die Diagnose schlimm ist, können PatientInnen Vertrauen in den Arzt/die Ärztin legen. Eine Art der Mitteilung könnte sein: „Die Diagnose ist jetzt sicher eine, die Sie erschreckt oder die ernsthaft ist, aber wir können mit unseren Möglichkeiten viel machen“ (Expertin 1, Zeile 108-110). Das Vertrauen ist an dieser Stelle besonders wichtig, damit PatientInnen nicht das Gefühl bekommen ‚nur eine Nummer‘ zu sein oder einfach in irgendeine Studie gesteckt zu werden. Besonders hilfreich empfinden es PatientInnen auch wenn sie immer wieder vom gleichen Arzt, der gleichen Ärztin betreut werden, um damit eine persönliche Beziehung aufbauen und vielleicht Ermutigung. Mit einer einfühlsamen und klaren Mitteilung der Diagnose können PatientInnen wieder ein Stück Perspektive bekommen und auf den/die ÄrztIn vertrauen. Hier ist ein „Arzt des Vertrauens“ oder Vertrauen zum Arzt von großer Bedeutung. Besonders angeklagt wird von PatientInnen, wenn sie in jedem Arztkontakt mit einer anderen Person zu tun haben. Besonders in Ambulanzen erleben es PatientInnen als belastend, wenn sie jedes Mal von einem anderen Arzt gesehen werden. Wenn sie hingegen von einem Arzt oder einer Ärztin betreut werden, zu der/dem sie immer wieder kommen, der sie persönlich kennt und ermutigt, konnte PatientInnen das Gefühl sich auf jemanden verlassen zu können mitnehmen, was in der weiteren Therapie viel bewirken kann“.

Die Art und Weise welche Erkrankung sich der Körper sucht, um ein seelisches Befinden zum Ausdruck zu bringen, ist genetisch und auch sozial bedingt und hat insofern mit der Biografie zu tun. Die Mitteilung der Diagnose einer onkologischen Erkrankung führt primär zu Existenzängsten. Wie PatientInnen damit umgehen können, ist stark mit der Lebensgeschichte verbunden. Wie die Diagnose mitgeteilt wird, macht für die Expertin einen wichtigen Unterschied. Sie erlebt es als zielführend,

wenn auf onkologischen Stationen PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen beschäftigt und bei richtungsweisenden PatientInnengesprächen integriert sind.

### **14.1.3. Weiterer Verlauf und Prognose**

Die Psychotherapeutin weiß meist nicht, ob es Heilungschancen gibt. Die Frage nach der Entscheidung für das Leben stellt sich in der Therapie bzw. wird sie der Expertin im Rahmen der Konzentrativen Bewegungstherapie vermittelt. Zuversichtliche und pessimistische Phasen wechseln einander oftmals ab. Die Zeit von der Diagnose über die unterschiedlichen Behandlungen wird in der Zusammenarbeit mit PatientInnen von der Expertin als Odyssee für die Betroffenen wahrgenommen.

Dass sich die Bedürfnisse der PatientInnen während der Erkrankung ändern, hängt mit der Prognose zusammen. Wenn Menschen in die Psychotherapie kommen, die an einer onkologischen Erkrankung leiden und eine sehr gute Prognose haben und sehr großen Heilungschancen entgegensehen, unterstützt sie die Therapie dabei mit der Prognose umzugehen. Hilfestellung ist auch notwendig um die Therapiephasen, in denen es PatientInnen nicht gut geht durchzustehen, zu stärken und dann Nachsorge anzubieten.

Im Interview meint eine der Expertinnen, dass die Prognose im Hinblick auf Heilungschancen einen großen Einfluss auf die Therapie hat. Wenn diese sehr groß sind, dann ist die Therapie hilfreich um mit der Diagnose besser umzugehen und wieder Kraft zu bekommen. Während der Phasen der Erkrankung, wenn es PatientInnen schlecht geht und wenn sie sich schwach fühlen, brauchen sie Stärkung. Die Therapie hat hier eine stützende Funktion, um die Phasen der Erkrankung durchzustehen und vielleicht auch noch eine Nachsorgefunktion.

### **14.1.4. Nachsorge**

Eine interessante Frage stellt sich, wenn PatientInnen als gesund von den ÄrztInnen entlassen werden. Kann danach davon gesprochen werden, dass jemand Krebs hat oder hatte? Ist der Krebs dann weg? Sind die kranken Zellen nicht mehr im Körper, wenn keine Metastasen und Krebszellen diagnostiziert werden? Können die PatientInnen dann sicher sein, dass sie Krebs gehabt haben oder bleibt ein Rest der Unsicherheit bestehen?

Besonders in der Nachsorge brauchen manche PatientInnen Unterstützung, da sie viel Kraft während der einzelnen Phasen der Erkrankung investiert haben. Sie

müssen die Diagnosemitteilung überstehen, die Therapie und auch Krankenhausaufenthalte durchleben. Nach abgeschlossener Therapie – wenn PatientInnen wieder zuhause sind – ist die Erwartung durch Angehörige oft so, dass die PatientInnen ‚wieder funktionieren‘ müssten. Bei vielen Menschen klappt das so nicht. Sie ‚fallen in ein Loch‘, weil sie im Krankenhaus entlassen werden und es ihnen nicht so gut geht, wie sie das erwarten. Die Erfahrung zeigt, dass die Verarbeitung nicht im gleichen Tempo wie das Erleben erfolgt. Die Operationen und Therapien sind oft „Schlag auf Schlag“ und werden von PatientInnen in höchster Anspannung erlebt. Danach kommt erst zu einem ‚Erkennen‘ der Situation mit einem ‚Zusammenklappen‘. Diese PatientInnen fühlen sich körperlich schon wieder gut, brauchen aber für die Psyche noch eine Unterstützung, um dann ihre Wege zu gehen.

Während der Nachsorge liegt der Fokus auf der Frage, wie können PatientInnen ihre körperliche Erkrankung in das Leben danach integrieren. In dieser Phase gibt es vor den Kontrolluntersuchungen immer wieder Aufregung und Sorge um die Frage, wie es weitergehen wird. Hier erlebt die Expertin eine Unsicherheit bei den PatientInnen, die anders ist, als jene bei der Diagnosemitteilung. Manche PatientInnen kommen erst zu diesem Zeitpunkt in die Psychotherapie, manche auch erst bei einem Rezidiv. Die Expertin erlebt in ihrer Arbeit in der Beratungsstelle der Krebshilfe, dass PatientInnen kommen, um medizinische Fragen zu besprechen, dann aber psychotherapeutische Unterstützung gerne in Anspruch nehmen. Hier konnte das niederschwellige Angebot gut genutzt werden um in psychotherapeutische Begleitung leichter einzusteigen.

Die Nachsorge gestaltet sich unterschiedlich. Viele PatientInnen gehen nach Beendigung der medizinischen Therapien wieder ihre Wege. Andere kommen danach wieder in Psychotherapie. Wenn sie nach Therapien und Krankenhausaufhalten nach Hause zurückkommen und ihre Angehörigen erwarten, dass die PatientInnen nun wieder „funktionieren“ müssten. Bei vielen PatientInnen ist das jedoch nicht möglich. Sie kommen nach Hause und fallen in ein tiefes Loch, da sie der Erwartung es müsse ihnen nach dem Krankenhausaufenthalt wieder gut gehen, nicht Stand halten können. Oft ist die Expertin in der anschließenden Psychotherapie gemeinsam mit den PatientInnen an den Punkt gekommen, wo sie bemerkten, dass während Operationen, Therapie und Behandlungen alles so schnell gegangen ist, dass der Geist nicht nachgekommen ist. In höchster Anspannung haben diese PatientInnen die Ge-

schehnisse in dieser Zeit nicht verarbeiten können. Erst danach war ein Erkennen möglich und hatte oftmals einen Zusammenbruch nach sich gezogen. Oft sind PatientInnen erst dann gekommen, wenn sie als körperlich geheilt gegolten haben und die Psyche erstmals Orientierung und Stabilisierung benötigt hatte. Danach konnten diese PatientInnen entlassen werden.

Während PatientInnen am Anfang der Erkrankung viel Unsicherheit und Angst begleitet, verändert sich der Fokus der Behandlung bis hin zur Nachsorge in Richtung der Integration der Erkrankung bzw. der körperlichen Veränderungen in das Leben. Auf diesem Weg bleiben Unsicherheit und Ängste, weil PatientInnen bei jeder Kontrolluntersuchung aufgeregt sind. Sie wissen nicht, ob und wie die Therapie weitergehen und wie sich die Krankheit entwickelt hat oder zum Stillstand gekommen ist. In jedem Fall ist die Befindlichkeit eine andere als bei der Diagnosestellung.

#### **14.1.5. Palliative Care**

Die Expertin erlebt in der Palliativphase unterschiedliche Gründe, warum PatientInnen psychotherapeutische Unterstützung wünschen. Anhand eines Fallbeispiels erzählt sie, dass es die Patientin zwar schon sehr angestrengt habe, sie aber dennoch den Besuch der Therapeutin wünschte. Es ging darum Angehörige zu übernehmen. Es ist den Sterbenden sehr wichtig, dass sie ihre Angehörigen gut zurücklassen. Sie knüpfen manchmal Verbindungen und ziehen sich selber eigentlich schon zurück. So hat es die Expertin schon einige Male erlebt. Die PatientInnen wissen selber bereits, dass sie gehen werden und möchten einen Angehörigen in der Therapiestunde dabei haben. Die Expertin erlebt solche Situationen wie eine Überleitung oder einen Übergang und nimmt an, dass diese PatientInnen spüren, dass sie leichter loslassen können, wenn sie ihre Angehörigen in diesem Bereich versorgt wissen. Wenn Menschen in dieser Zeit psychotherapeutische Begleitung – oft im Beisein von Angehörigen – wünschen, schaffen sie dadurch einen Übergang oder eine Verbindung zu dem was sie sich nach dem Tod vorstellen.

### **14.2. Tiefenpsychologische Betrachtungen der zentralen Themen**

#### **14.2.1. Geschichtliche Entwicklung**

Die Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine eher wenig vertretene Psychotherapiemethode in Österreich. An Kliniken findet man einige KollegInnen im Bereich der Psychosomatik. Im onkologischen Bereich sind die Erfahrungen noch eher gering und erst seit einigen Jahren in Entwicklung. Auch die Rehabilitationskliniken sind im

Aufbau begriffen. Daher wird die Konzentrative Bewegungstherapie ihren Weg in die Onkologie erst so richtig finden. Die Expertin ist sicher, dass Zusammenhänge zwischen Körper und Seele auch in diesem Bereich verstärkt Berücksichtigung finden wird und daher kein Weg an der Konzentrativen Bewegungstherapie vorbei führt. In Deutschland hat sich schon Anfang des vorigen Jahrhunderts die Konzentrative Bewegungstherapie den KrebspatientInnen gewidmet. Lore Koch hat sehr viel in diesem Bereich gearbeitet und auch darüber publiziert. Dennoch ist auch im Nachbarland der Stellenwert der KBT in der Onkologie bei weitem nicht so hoch wie in der Psychosomatik

Die Expertin kann sich an ihre ersten Erfahrungen in der Psychoonkologie in den 1990er Jahren erinnern, wo sich die Behandler mit der Frage beschäftigt haben, ob PatientInnen Psychotherapie benötigen, „nur“ weil sie an Krebs erkrankt sind. Ausgegangen wurde von der Diagnostik, nämlich in der Frage ob PatientInnen zusätzlich zur onkologischen Erkrankung auch eine psychopathologische Diagnose haben. Ein Augenmerk wurde darauf gelegt, unter welchen Beschwerden die Betroffenen litten und ob dieses Leiden adäquat zur Krebserkrankung war. PatientInnen erlebten damals das zusätzliche Angebot einer psychotherapeutischen Unterstützung als bedrohlich. Sie stellten sich die Frage, ob sie zusätzlich zur onkologischen Erkrankung auch noch ein psychische hätten. In dieser Zeit wurden sehr niederschwellige Angebote gemacht und Psychotherapie in diesem Setting „Begleitung“ oder „Beratung“ genannt. Den PatientInnen wurde erklärt, dass es sein könne, wenn sie an Krebs erkrankten, dass es ihnen auch psychisch nicht gut gehe oder dass sie Ängste oder Schlafprobleme haben könnten. In diesem Fall kann Psychotherapie unterstützend sein, wenngleich keine psychische Diagnose vorliege.

In diesen Anfangszeiten der Psychoonkologie entstand die Idee, allen PatientInnen ein Gespräch mit einem/r PsychologIn anzubieten ohne dem einen besonderen Stellenwert zu geben. Wie PatientInnen mit ÄrztInnen sprechen oder zu Untersuchungen gehen, gehört das PsychologInnen-Gespräch zur Routine. Oft begegnete der Expertin die Frage der PatientInnen, ob sie hier „richtig“ seien, da sie eine andere Vorstellung von psychologischer oder psychotherapeutischer Unterstützung hatten. Erst als die PatientInnen im Krankheitsverlauf die Begleitung als hilfreich erlebten, konnten sie diese besser annehmen. Diese Arbeit wurde damit Schritt für Schritt enttabuisiert.

Mittlerweile ist es in diesem Krankenhaus Standard, dass PatientInnen psychologisch und psychotherapeutisch unterstützt werden. Eigentlich sollte das allen PatientInnen angeboten werden. Auch wenn Ängste nicht pathologisch, sondern für die Krebserkrankung adäquat sind, ist die psychotherapeutische Begleitung für die PatientInnen entlastend. Die Expertin meint hier mit psychotherapeutischer Begleitung eine etwas „abgesoftete“ Form von Psychotherapie.

#### **14.2.2. Biografische Aspekte und Verhaltensmuster**

Der Umgang der Gesellschaft mit Menschen, die an Krebs erkrankt sind, wird offener. Es scheint als ob die Erkrankungen nicht zunehmen, aber offener diskutiert werden. So werden auch Therapiemöglichkeiten und Bewältigungsstrategien vielfältiger. Betroffene erleben die Erkrankung und den Umgang damit nicht mehr so stark als Tabuthema wie früher. Die persönliche Auseinandersetzung ist auch von der Art der onkologischen Erkrankung abhängig. PatientInnen erleben die Erkrankung weniger als Damokles-Schwert als früher, da es in vielen Bereichen bereits Erfahrungen gibt. Die Erkrankung ist in der therapeutischen Begleitung daher besser zu besprechen, greifbar und bearbeitbar. Das führt die Expertin unter anderem auf Vorerfahrungen im Familien- und Bekanntenkreis zurück, die Krebserkrankungen das Fremde ein wenig nehmen.

Jede Erkrankung hat mit der Biografie zu tun, weil die Persönlichkeitsstruktur davon geprägt ist. Wobei biografische Vorerfahrung im Umgang mit Erkrankungen einen anderen Blickwinkel hat. Die Expertin geht davon aus, dass die Angst an Krebs zu erkranken allgegenwärtig ist und nicht bewusst mit der Familiengeschichte zu tun hat. Sie sieht Existenz- und Sterbensangst als etwas Menschliches und Normales.

Der Umgang mit der Erkrankung ist unterschiedlich und hat nicht nur mit der Erkrankung selber oder der Diagnose zu tun. Die vorhandenen Bewältigungsstrategien, also das Coping prägen den Umgang mit dem Leben und dann auch mit der Erkrankung. Fragen wie, inwieweit ist jemand in ein Bewältigungssystem – sprich Therapie - eingebunden, wie ist der Zugang zu Psychotherapie, oder eben macht jemand immer alles alleine, sprechen für oder gegen das Annehmen einer psychotherapeutischen Unterstützung.

In jedem Fall kommen bei PatientInnen Existenzängste bei der Diagnosemitteilung. Bei den Betroffenen kommen sehr oft Erinnerungen und Geschichten, die sie von

anderen Menschen gehört oder die sie gekannt haben, in den Sinn. Ängste, dass es bei ihnen selber auch so sein könnte, entstehen. Ängste vor dem Sterben, vor Schmerzen, vor Pflegebedürftigkeit oder Hilflosigkeit treten oft auf.

Das Vertrauen der Menschen wird zu tiefst erschüttert. Diagnosen kommen manchmal unvermutet und plötzlich und werden in solchen Fällen als Erschütterung des normalen Lebens und der gewohnten Sichtweise erlebt. Die Art und Ausprägung dieser Erschütterung ist bei allen Menschen unterschiedlich, sodass nicht jeder Psychotherapie benötigt. Manche Menschen können diese Veränderung sehr gut alleine bewältigen und andere brauchen dabei Unterstützung. Unterschiedliche Faktoren, wie die Persönlichkeit und Resilienz sowie die vorhandenen Ressourcen spielen eine wesentliche Rolle dabei.

Die Expertin beobachtet unterschiedliche Arten, wie PatientInnen dem Behandlungsteam vertrauen und sich auf die Therapien und Behandlungen einlassen können und sich dabei fühlen. Manche können den ÄrztInnen gut vertrauen und sich der Behandlung hingeben in dem Bewusstsein, dass es das Beste und heilsam für sie ist. Andererseits Menschen stellen sich auf ihre eigenen Füße, wollen alles wissen oder informieren sich an unterschiedlichen Stellen sowie im Internet. Diese erlebt die Expertin als eher misstrauisch aber aktiv an der Genesung beteiligt. Solche PatientInnen nehmen dann meist an unterschiedlichen Stellen und in individueller Form Hilfe an und kommen zur Psychotherapie, weil sie auch auf dieser Ebene etwas für sich tun möchten. Diese PatientInnen sind sehr aktiv und neugierig, bringen in die Therapie viel Eigeninitiative mit und nehmen ihr Schicksal selber in die Hand.

Zu Beginn der psychoonkologischen Arbeit, wollte die Wissenschaft herausfinden, welche Umgangsformen mit der Erkrankung eine günstigere Prognose stellt. Damals gingen die Studien davon aus, dass die kämpferischen Persönlichkeiten eine bessere Prognose haben, wobei es eine Zeit lang ausschließlich um die Lebensdauer gegangen ist. Damals erlebten es PatientInnen oft als belastend, kämpfen und positiv denken zu müssen. Sie durften nicht aufgeben, damit sie länger lebten. Eine belastende Entwicklung nahm ihren Lauf. PatientInnen, die nicht gekämpft haben, wurden mit dem Vorwurf konfrontiert, dass sie nicht wollten. Daran knüpfte sich die Frage der Schuld für die PatientInnen: „Habe ich nicht genug gekämpft?“ Da nicht alle Menschen gleich mit ihrem Leben und speziell mit belastenden Situationen

umgehen, kann es nicht zielführend sein, dass aufgrund der Erkrankung jeder Betroffene kämpfen muss.

### **14.2.3. Grenzen erkennen und Stellung nehmen**

Immer wieder ist es wichtig, den Kontakt zu sich selber also zum Innersten nicht zu verlieren. Es ist hilfreich mit den PatientInnen zu erarbeiten, was sie wirklich wollen, welche Wünsche und Ziele sie haben und wie sie damit umgehen. Einen bedeutenden Platz darf auch die Entscheidung zu einem „Nein“ haben. Angehörige und Freunde bringen gut gemeint viele Inputs, Ideen und Aufforderungen, was PatientInnen tun und wie sie mit der Erkrankung umgehen sollten. Der wertschätzende Umgang damit kann für PatientInnen eine Herausforderung sein. Hier liegt die psychotherapeutische Unterstützung in den Bereichen Nein-Sagen-Dürfen, Ruhe-Haben-Wollen und Auf-Sich-Schauen. Das ist speziell bei älteren Frauen ein sehr großes Thema. Sie waren meist ihr Leben lang für die Familie da, haben alle versorgt und in der Krankheitsphase bräuchten sie Unterstützung. Der Partner ist selber oft hilflos, versucht zwar sein Bestes, aber die PatientInnen trauen es ihm nicht zu. Es fällt ihnen schwer, sich selber wichtig zu nehmen.

Durch die Erkrankung können neue Erfahrungen gesammelt werden. Es ist möglich zu einer neuen Selbstachtung zu kommen und zu spüren, dass der Partner oder die Angehörigen hinter den PatientInnen stehen. Vielleicht könnte das im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns gesehen werden. Die Krankheit kann ein Grund sein, „Nein“ sagen zu lernen. PatientInnen können leichter argumentieren, dass sie aufgrund der Krankheit müde sind und keine Besuche haben möchten. Mit diesem vermeintlichen Vorwand schaffen es PatientInnen manchmal leichter, ihre eigenen Bedürfnisse auszudrücken. Die psychotherapeutische Unterstützung ist hier dabei, es sich zuzutrauen, zur Krankheit zu stehen und deshalb auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und im Umgang mit anderen Menschen etwas ändern zu wollen.

Die Expertin erlebt bei PatientInnen oft Unsicherheit, wenn sie aufgrund der Erkrankung in ihrem Leben etwas ändern möchten. Wenn PatientInnen Faktoren erkennen, die möglicherweise zur Entstehung der Krankheit beigetragen haben und diese ändern möchten, ist Psychotherapie klärend und ordnend. Viele Menschen haben das Gefühl, dass sie keine Zeit für sich selber haben, sich beruflich und familiär zu sehr engagieren und es dennoch nicht schaffen daran etwas zu ändern. Wenn dann eine

lebensbedrohliche und –einschränkende Erkrankung auftritt, kann der Entschluss zu einer Veränderung im Leben leichter gefasst werden.

Auf eine Gratwanderung begibt sich die Therapeutin mit PatientInnen bei der Frage, ob sie medizinische Therapien akzeptieren oder ablehnen. Der Fokus kann darauf liegen, der Medizin mehr zu vertrauen. Wenn beispielsweise Chemotherapien von PatientInnen abgelehnt werden, gilt es herauszufinden, aufgrund welcher Konflikte sie zu dieser Entscheidung kommen. Manche Ängste können in Arztgesprächen geklärt werden. Oder geht es den Betroffenen wirklich darum zu den Therapien „Nein“ zu sagen. Und geht es ihnen gut damit? Hier kann die Psychotherapie eine Hilfe in der Entscheidungsfindung geben. Es geht darum Entscheidungen nicht zu unterstützen oder zu befürworten, sondern zu schauen, was der Betroffene will und wo ihn Ängste daran hindern etwas zu tun oder etwas abzulehnen.

Speziell in der Arbeit mit Mammakarzinom-Patientinnen spielt der veränderte Körper eine große Rolle. Ein großes Thema ist es den Körper nach einer Brustamputation beispielsweise anzunehmen, wie er ist. Von den ExpertInnen wird dieser Bereich als eher intensiver betreut wahrgenommen.

Für die Konzentrative Bewegungstherapie sind „Grenzen“ ein zentrales Thema. Die Grenzen der Belastbarkeit bei Hausfrauen können sich beispielsweise im Wahrnehmen von „ich kann noch nicht“ und dem Gefühl von „ich muss aber“ zeigen. Das Rollenbild als Mutter, als Hausfrau oder Partnerin verändert sich. Frauen stellen sich in dieser Phase oft die Frage, wie sie mit diesen Grenzen umgehen können. Manche PatientInnen sehen diese Grenzen als Defizit und hadern damit. Sie sind gezwungen mit ihren Energien zu haushalten und sich mit der veränderten Belastbarkeit zu beschäftigen. Veränderungen und Einschränkungen, die von der Erkrankung verursacht werden, gilt es zu akzeptieren. Meist sind es körperliche Einschränkungen, wie etwa im Sport oder in Freizeitaktivitäten, die den PatientInnen zeigen, dass sie sich damit beschäftigen sollten. Die Veränderung akzeptieren ist das Eine, die Frage ob die Grenzen wirklich so sind, das Andere. Hier ist die Gratwanderung zwischen akzeptieren und Alternativen finden. Das Thema Abgrenzung erlebt die Expertin vor allem in Partnerschaften oder noch schwieriger zwischen Eltern und Kindern im Krankheitsfall.

Eine veränderte Sensibilität ist zu fördern, um weiterhin beweglich zu bleiben. In dieser Phase meint die Expertin die seelische und psychische Sensibilität, die PatientInnen „dünnhäutiger“ macht. Therapeutische Angebote können darauf abzielen die Sensibilität für die Veränderungen und Möglichkeiten zu stärken. Neue Perspektiven können gesehen werden, um so die Resignation der PatientInnen zu minimieren oder hinten an zu halten. „Wie kann ich jetzt gut auf mich schauen?“ beschäftigt die psychotherapeutische Sitzung.

Während der Erkrankung sind PatientInnen immer wieder mit der Frage konfrontiert, was die Krankheit für das weitere Leben bedeutet. Oft gibt es viel Unklarheit dazu. Dies kann durch unklare Aussagen und Unklarheit rund um Heilungschancen entstanden oder gefördert sein. Menschen bewegen sich in einem unsicheren Feld in dieser Zeit – zwischen Hoffen und Bangen. In diesem Bewusstsein geht es in der psychotherapeutischen Begleitung darum, eindeutig, klar und hoffnungsvoll zu sein, Perspektiven eröffnend, klar sagend, was sein könnte, welche Zusatzbelastungen durch die Chemotherapie auftreten können. Es ist hilfreich, klare Ansagen zu tätigen, woran sich PatientInnen orientieren können.

PatientInnen kommen in Psychotherapie wegen der Depression oder wegen der Ängste oder wegen dem Ausgebrannt sein oder wegen der Schmerzen und der Krebs ist auch dabei. Sie begegnen der Psychotherapeutin als Gesamtphänomen in ihrer allgemein schwierigen Lebenssituation und ein Teil davon ist die onkologische Erkrankung, die ihre Beachtung einfordert. Damit kommt unweigerlich das Thema Endlichkeit herein, das meist abgewehrt wird aber in der Übertragung spürbar bleibt. Die Therapeutin greift diese Wahrnehmung auf und versucht sie zum Thema für die Betroffenen zu machen, damit eine bewusste Auseinandersetzung möglich wird. Es kann nach den medizinischen Therapien durchaus sein, dass PatientInnen mit den Themen rund um die Krebserkrankung nicht mehr konfrontiert sein und sich mit neuen Perspektiven und dem nachfolgenden Leben und dem Alltag beschäftigen möchten.

#### **14.2.4. Von der Selbstfürsorge zum Annehmen der Veränderung**

Ein massives Thema; nicht nur bei Krebs, aber auf jeden Fall auch da, ist die Selbstfürsorge. Sich überhaupt wahrnehmen, in der Körperlichkeit und in der Gefühlswelt und biografisch, sich einfach spüren lernen und für sich etwas entwickeln, dass diese Versorgung und Fürsorge nicht immer von außen kommen muss, um damit glücklich

sein zu können. Oft ist das ein Prozess, den sich PatientInnen erst erarbeiten. Die Frage könnte lauten: „Was brauch ich und wie kann ich für mich sorgen?“ Das ist schon etwas Zentrales.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Selbstwert. In der Struktur nachreifen ist für die Konzentrierte Bewegungstherapie etwas Greifbares. Durch die Körperarbeit strukturelles Nachreifen zu ermöglichen und somit die Selbstsicherheit und Selbstständigkeit auszubauen oder zu erlangen.

Das Thema der veränderten Sexualität an und für sich erlebt die Expertin eher selten. Sie weist in diesem Zusammenhang auf den Selbstwert hin, die persönlichen Grenzen und das eigene Wollen wahrzunehmen. Sie begleitet PatientInnen bei Fragen zu deren Beziehungsgestaltung mit dem Fokus, wie kann jemand gut bei sich sein, sich selber gut zum Zentrum machen.

Das Thema „Scham“ begegnet der Expertin immer wieder in der bewegungstherapeutischen Arbeit mit onkologischen PatientInnen. Die Scham kann gerade bei Männern mit Prostatakrebs groß sein. Hier kann es oft schon sehr schwierig sein darüber zu sprechen. Wenn Krebserkrankungen so schambesetzt sind, stellt sich die Frage bei der Auswahl von TherapeutInnen, ob für einen Mann mit Prostatakrebs oder einer Frau mit Brustkrebs die Arbeit mit einem männlichen Therapeuten bzw. einer weiblichen Therapeutin einfacher sein kann. Vor allem in der Anfangsphase einer Therapie, wo es darum geht eine Beziehung aufzubauen, kann damit eine Hemmschwelle genommen werden. Scham ist ein großes Thema generell, bei Brust- bzw. Prostatakrebs im Speziellen. In der Therapie kommen unmittelbar die Themen „Weiblichkeit“ bzw. „Männlichkeit“ in den Vordergrund.

Die Schuldfrage kann bei Angehörigen wie bei Betroffenen im Raum stehen. Sie fragen sich oft, in wie weit die Erkrankung mit ihrer Geschichte zu tun hat und was sie anders machen hätten können. Oft ist es im Nachhinein ein Bedauern, vieles versäumt zu haben oder nicht richtig für sich gesorgt zu haben. Dieses Bedauern erleben Betroffene ebenso wie Angehörige.

Entwicklungstheoretisch ist es so, dass sich PatientInnen zuerst erkennen müssen, die eigenen Grenzen erspüren, sich als Ich ein Stück fassen, um sich mit den Dingen von außen auseinander setzen zu können. Bevor das Ich nicht vorhanden ist, kann es dem Gegenüber nicht begegnen. In diesem Sinn kann es für PatientInnen möglich

sein dem Krebs zu begegnen und ihn zu anzunehmen. Sie können einen inneren Dialog führen und erkennen, wofür der Krebs in ihnen steht. Hierfür ist es wichtig, die Erkrankung zu erkennen und herauszufinden, was sie sagen möchte. Viele PatientInnen erleben es als tröstend und als Erleichterung, wenn der Umgang mit der Erkrankung kein Kampf sein muss. Die ärztliche Einstellung ist vor allem im kurativen Bereich gegen die Erkrankung zu kämpfen und diese aus dem Körper herauszubekommen. Alles muss weg, mit allen Mitteln. Die Chemotherapie ist oft ein Wahnsinn, furchtbare Dinge werden eingesetzt, um den Kampf zu gewinnen. Als Erleichterung empfinden es PatientInnen, wenn es um ein Annehmen geht.

Ein Thema im Laufe der Therapie ist, dass eine Veränderung durch die Erkrankung stattfindet und dass es nach der Erkrankung anders weiter geht. Es bleibt zentral, wie es gelingen kann, dass die erkrankten Menschen weiterhin im Kontakt mit sich bleiben. Das Annehmen und das Integrieren im Gegensatz zum Bekämpfen sollten nicht in Vergessenheit geraten.

Bei Leukämie oder onkologischen Erkrankungen, die das gesamte System betreffen, ist es meist so, dass sich Menschen im Körpergewicht und in der gesamten Statur verändern. Bei von Brustkrebs Betroffenen wird die Brust anders, ist weg oder wird ersetzt. Bei Männern ist in diesem Zusammenhang Prostatakrebs zu erwähnen, da es bei diesen Erkrankungen auch immer um die Potenz und damit um die Lebenskraft geht. Das sind massive Veränderungen und Einschnitte im Leben. Frauen erleben es zusätzlich zum körperlichen Leid oft als sehr beschämend, dass die Brust plötzlich nicht mehr da ist. Selbst wenn dieser Mangel von außen kaschiert wird, bleibt der Verlust im Inneren und wird merkbar, wenn es um körperliche Nähe geht. Dann beeinflusst diese körperliche Veränderung zusätzlich das Beziehungsthema. Die Frage ist, wie der Partner damit umgeht. Speziell bei Narben an der Brust, Implantaten oder fehlender Brust, stellen sich Frauen die Frage, ob sie ihr Partner so „verstümmelt“ aushält. Die Frauen schämen sich, sind sehr traurig und haben Angst.

In der Psychotherapie ist es meist eine Herausforderung für PatientInnen, den gesunden Körperteilen etwas abzugewinnen. Auf die betroffene Stelle hinzuschauen, sie zu berühren und sich damit anfreunden ist oft sehr mühevoll. Viel Abwehr und Angst, aber auch Scham und Zorn über das Schicksal kommen zu Tage. Die Expertin weiß, wie hoch emotional dies ist und dass es für PatientInnen wirklich sehr

schwierig ist, die Hand auf den fehlenden oder implantierten Busen hinzulegen oder ins tiefe Becken hinein zu schnaufen.

Besonders im Palliativbereich geht es um dieses Annehmen. Sowohl PatientInnen als auch Angehörigen steht ein schmerzhafter Abschied bevor. Da ist der Kampf nicht mehr so zentral, sondern das Annehmen dessen was ist, um sich davon trennen und verabschieden zu können. Die Expertin erinnert sich an eine Angehörige in der Praxis, wo es darum ging, dass ihr Mann gehen musste und sie bleiben durfte. Eine Trennung zwischen Gehen und Bleiben und dann wieder Halt finden, um im veränderten Leben bleiben zu können.

Auf Hospizstationen und Kliniken sind die Themen und die Stimmung anders. Es geht dort ganz klar darum zu begleiten, bis es einen Abschied gibt. Ängste treten dort wellenweise auf. Besonders heftige Phasen flauen dann auch wieder ab. Die Stimmung wechselt zwischen emotionalen Zeiten und dann wieder einem Stück Weiterkommen. Hoffnung und Loslassen sind in diesem Bereich Themen, die einander abwechseln.

#### **14.2.5. Das Familiensystem**

Onkologische Erkrankungen stellen für das gesamte Familiensystem eine enorme Belastung dar. Besonders wenn es in der Familie zuvor schon schwierige Beziehungskonstellationen und zwischenmenschliche Belastungen gegeben hat. Die Expertin arbeitet dann ressourcenorientiert. Vielleicht kann in solchen Situationen die Krebserkrankung eine Herausforderung zu neuem Leben sein, oder ein Aufruf zur Veränderung. PatientInnen erleben die Erkrankung manchmal wie einen Schuss vor den Bug, wie ein entweder oder. Der Fokus in der Therapie liegt jedenfalls auf dem Leben. Es geht auch darum, das Heile und das Wesentliche zu erfassen. Bekannte und oft wiederholte Verhaltensmuster können in Frage gestellt werden, um zu reflektieren, ob diese dem eigenen Wesen entsprechen. Dazu sind onkologische PatientInnen oft bereit, da sie vor einer Richtungsentscheidung stehen und ein Bewusstsein dafür haben, nichts mehr verlieren zu können.

Angehörige onkologischer PatientInnen kommen in Psychotherapie, deren erkrankte Familienmitglieder die Therapeutin nicht kennt. Themen sind ihrer Erfahrung nach oft Beziehung und Körperkontakt, wo die Konzentrierte Bewegungstherapie gut eingesetzt werden kann. Menschen sind oft sehr unsicher im Umgang mit kranken Ange-

hörigen. Sie fragen sich, wie weit können sie näher kommen, oder wo ist ihr Bereich und wo jener der PatientIn. Wie können sie mit dem Bedürfnis den kranken Angehörigen zu umarmen oder zu drücken umgehen? Wie sollen sie mit Sexualität umgehen? Wie kann Nähe und Distanz reguliert werden? Wie können Angehörige für sich aber auch für den Menschen gegenüber mit diesen Fragen gut umgehen? Oft ist es so, dass die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund geraten und der kranke Angehörige in den Vordergrund. Oft treten bei Angehörigen Schuldgefühle auf und die Frage, was sie dazu beigetragen haben oder was sie hätten ändern können.

Aus der Arbeit in der Rehabilitationsklinik kennt die Expertin Angehörigenarbeit aus Paargesprächen. Sie hat generell den Eindruck, dass onkologische PatientInnen viel beständige Unterstützung brauchen, die nicht in ausreichendem Maße angeboten wird. Ein Teil der PatientInnen hat diese aus ihrem sozialen Netzwerk, ein anderer nicht und muss sich selbständig darum bemühen. Für die Expertin ist es ärgerlich, dass gerade Menschen in dieser schwierigen Situation, die ohnehin wenig soziale Kontakte haben, nicht automatisch begleitet werden.

Bei der psychotherapeutischen Arbeit im Krankenhaus geht es oft um Angehörigenarbeit. Wenn PatientInnen bis zum Tod begleitet werden, sind es auch die Angehörigen, die Unterstützung brauchen. In der Arbeit mit diesen PatientInnen erlebt die Expertin vor allem das Dasein und das „Trotzdem da bleiben“ als hilfreich. Sie spricht aber auch die Frage an, ob diese Arbeit als Psychotherapie zu verstehen ist und meint, dass es eine Begleitung ist, die PsychotherapeutInnen anbieten können.

Im Palliativbereich geht es für die Angehörigen um Trennung und Schmerz. Der Schmerzprozess nimmt sehr viel Raum ein und wirkt sich bei der Therapeutin mit intensiver Übertragung aus. Die Expertin weiß, dass sie in dieser Phase mit ihren Ressourcen sehr gut haushalten muss, um die Situation gut halten und den Angehörigen ausreichend Halt geben zu können. Sie kennt diesen Halt in doppelter Weise, nämlich als den, den sie den Angehörigen gibt, aber auch den für die PatientInnen. So hält sie zwei oder mehr Menschen.

### **14.3. Methodenspezifische Möglichkeiten der Konzentrativen Bewegungstherapie**

#### **14.3.1. Zusatzqualifikation der TherapeutInnen**

Die Arbeit mit onkologischen PatientInnen kostet einigen Mut, sich ständig mit Leben und Tod auseinanderzusetzen. Dafür benötigt es eine gewisse Bereitschaft.

Anfang der 1990er Jahre, als die Expertin begann mit onkologischen PatientInnen psychotherapeutisch zu arbeiten, gab es noch keine umfassende spezielle Ausbildung dafür. Im Rahmen von Kongressen konnten sich Interessierte Fachwissen aneignen. Zwischenzeitlich empfehlen ExpertInnen eine Zusatzausbildung im Bereich Psychoonkologie um sich möglichst viel Fachwissen anzueignen. Um auf die onkologischen PatientInnen gut eingehen zu können, ist Zusatzwissen aus der Medizin für PsychotherapeutInnen sehr hilfreich. Auch ein Blick in andere Psychotherapieschulen kann weitere Aspekte in der Arbeit ermöglichen. Idealerweise bringen TherapeutInnen eine Fachausbildung und Erfahrung mit. Das Wissen um die Erkrankung und um Behandlungsmöglichkeiten ist insofern wichtig, als die PatientInnen anfangs oft ziemlich hilflos sind. Insofern können PsychotherapeutInnen unterstützen, um eine gute Basis für die Zusammenarbeit zu schaffen. Zusammenfassend sieht die Expertin zwei Möglichkeiten, um onkologische PatientInnen gut unterstützen zu können. Sie meint, dass ältere und erfahrenere KollegInnen aus ihren Erfahrungen und jüngere aus ihrer Ausbildung schöpfen können.

Im Hinblick auf die Ausbildung, findet es die Expertin besonders wichtig, sich unterschiedliche Zugänge anzueignen und über das Thema gut Bescheid zu wissen. Ein Blick auf andere KollegInnen oder andere Methoden erweitert das Blickfeld. Daraus kann der persönliche Stil in der psychoonkologischen Arbeit mit Konzentrativer Bewegungstherapie entwickelt werden. Ein gutes medizinisches Basiswissen zu den unterschiedlichen Krebserkrankungen und über andere Therapiemethoden ist unumgänglich.

Für TherapeutInnen, die mit onkologischen PatientInnen und speziell im Palliativbereich arbeiten, ist es hilfreich, sich immer wieder mit dem Fachwissen zu beschäftigen, um noch stabiler damit umgehen zu können. Das Aufgabengebiet ist so vielfältig, dass es immer wieder ein waches Auge benötigt, um zu sehen wer gerade was braucht und in welcher Form.

Die Expertin berichtet, wie wichtig es für sie ist, sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt zu haben und aus unterschiedlichen Fachrichtungen und Therapiemethoden für die psychotherapeutische Arbeit Erfahrungen gesammelt zu haben. Mit einer personenzentrierte Haltung konnte sie besonders die Wertschätzung den PatientInnen gegenüber nützen. Diese stärkte das Vertrauen in die eigenen Ressourcen, in die eigene Kraft. Auch aus dem traumatherapeutischen Ansatz hatte sie einen Blick für die Ressourcen der PatientInnen.

Der Unterschied zwischen der Arbeit in einer Klinik und jener in der freien Praxis wird als gravierend beschrieben. In einem Team können Fragen und Probleme zurückgelassen werden. In der freien Praxis ist das selbstständige Handeln die Basis. Auch in diesem Fall ist ein Austausch gerade rund um onkologische PatientInnen entlastend und ein Netzwerk unterstützend für TherapeutInnen. Der interdisziplinäre Austausch in Form von Intervision oder gemeinsamer Supervision ist hilfreich. Andere Sichtweisen von PhysiotherapeutInnen, OsteopathInnen, PsychologInnen oder ÄrztInnen können die Psychotherapie weiter bereichern und die TherapeutInnen entlasten.

Onkologische PatientInnen werden in Österreich in Kliniken vorrangig medizinisch betreut. PsychologInnen kommen zu beratenden Gesprächen. Die psychotherapeutische Arbeit ist erst in Entwicklung und die Konzentrative Bewegungstherapie muss sich in diesem Setting ebenfalls erst etablieren.

Der Expertin erscheint es besonders wichtig darauf zu achten, dass sie in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen aufgrund vermeintlicher Empathie die Distanz nicht mehr wahren kann. Darauf zu achten, sich auch wieder zurück zu nehmen, wenn es notwendig ist. PatientInnen immer wieder ihre eigenen Wege gehen zu lassen, sie in die Selbstständigkeit zu entlassen, erscheint besonders wichtig. Oft kommen Menschen zu einem späteren Zeitpunkt wieder, manchmal auch wenn es um das Sterben geht.

Die Expertin ist überzeugt, dass PsychotherapeutInnen in erster Linie eine gute Verbindung zu sich selbst und ein stabiles Ich brauchen, um empathisch mit schwer kranken Menschen arbeiten zu können. Weiters ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem Tod allgemein unumgänglich. Ein bewusster Umgang mit den eigenen Ängsten ist wichtig, da diese in der Therapie automatisch aktiviert werden. Daher muss eine Auseinandersetzung mit dem Thema passieren, entweder in

der Selbsterfahrung, in der Lehrtherapie oder später während des Arbeitens und im Rahmen der Supervision. In welcher Form und wann auch immer, aber es ist eine wichtige Basis für ein gutes psychotherapeutisches Arbeiten.

An Krebs erkrankte Menschen brauchen von jemandem Unterstützung, der ein medizinisches Knowhow hat, über seelische Stärke verfügt und einen absoluten Rückhalt geben kann. Es braucht eine koordinative Person, da die PatientInnen oft selber sehr unsicher, uninformiert und orientierungslos sind. Sie sind permanent auf der Suche nach Hoffnung und nach klaren Ansagen und Vertrauen in diese Ansagen, um sich in dem Wirr-Warr von Tipps und Informationen nicht verloren zu fühlen. Inwieweit das PsychotherapeutInnen übernehmen können, hängt vom Setting von der Bereitschaft und den fachlichen Möglichkeiten ab. Vielleicht kann aber auch die Wertschätzung und Hochachtung dafür, dass PatientInnen diesen Weg schaffen eine Unterstützung sein.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit onkologischen PatientInnen ist es wichtig, einen guten Überblick über mögliche Therapien und Unterstützungen zu haben. PatientInnen wollen oft wissen, was wissenschaftlich erprobt oder alternativmedizinisch sinnvoll ist und eine Hilfestellung in dem umfassenden Angebot bekommen. Sicherheit kann auch geben, wenn sie Informationen über den Krankenhausalltag oder einen Überblick über Therapien bekommen können.

In der Arbeit mit onkologischen PatientInnen spielen die Angehörigen meist eine wichtige Rolle. Diese sind von der Erkrankung ebenfalls betroffen und verlangen deshalb auch von PsychotherapeutInnen Unterstützung und Halt, sodass nicht nur die PatientInnen Halt brauchen, sondern auch deren Angehörige. Die Expertin hat den Eindruck, dass in diesem Bereich die Angehörigen mehr in den Therapieprozess integriert sind, als bei anderen Erkrankungen. Daher sind PsychotherapeutInnen gefordert, ihre Energien und Ressourcen gut zu verteilen und in der Intervention oder Supervision Teile abzugeben und ebenfalls gut aufzuteilen. Die Arbeit in einem Team oder die Vernetzung mit PartnerInnen ist dafür besonders wichtig.

Bei der Arbeit im Palliativbereich sind PsychotherapeutInnen von einer besonderen Atmosphäre umgeben. Meist verbinden KollegInnen, die in diesem Bereich arbeiten, persönliche Erfahrung und Erlebnisse mit Tod und Sterben aus ihrem familiären Umfeld oder dem weiteren sozialen Netz. Besonders in diesem Fall muss eine inten-

sive Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgen, um nicht unbemerkt in eine Gegenübertragung zu geraten.

### **14.3.2. Rahmenbedingungen variieren**

Die Expertin geht davon aus, dass die Hemmschwelle in Psychotherapie zu gehen nach wie vor hoch ist. Ihre Erfahrung zeigt, dass Menschen, die an Krebs erkranken sich nicht grundsätzlich in Psychotherapie begeben. Anders erlebt sie es, wenn Menschen für sich den Verdacht haben, dass sie krank geworden sind, weil es etwas mit ihrer Psyche zu tun hat. Sie kann auf ihre jahrzehntelange Erfahrung in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen zurückblicken und erlebt, dass die psychotherapeutische Unterstützung einen immer größeren Stellenwert bekommt und immer öfter von PsychologInnen und ÄrztInnen empfohlen wird.

Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse onkologischer PatientInnen entwickeln sich diese Therapien sehr individuell. Die Expertin erzählt von ein- bis dreistündigen Informationsgesprächen, in denen PatientInnen bestärkt wurden und gemeinsam überlegt wurde, wie es weiter geht. Im Rahmen solcher Settings wurden PatientInnen immer mit dem Hinweis entlassen, sie könnten sich bei weiteren Fragen oder Bedarf wieder melden. Andere PatientInnen kommen beispielsweise zehn Mal in die Psychotherapie oder später 14-tägig oder monatlich, bleiben ein Jahr oder entwickeln aus der Psychotherapie mit dem Charakter einer Krisenintervention eine langfristige umfassende Therapie. Wobei diese Menschen nicht mit der Idee gekommen sind, sich mit ihrer Psyche und ihrer Seele zu beschäftigen, es im Laufe der Zeit aber dankbar annehmen konnten.

Die therapeutischen Verläufe sehen erfahrungsgemäß anders aus als in der klassischen Praxis. Die PatientInnen befinden sich in einem Ausnahmezustand, der gerade bei der Diagnosestellung und beim Auftreten eines Rezidivs besonders extrem ist. Die Ängste sind in diesem Phasen meist besonders groß. Ein wichtiger Faktor in der Betreuung ist deshalb einen kontinuierlichen Prozess zu begleiten. Weiters empfindet es die Expertin als hilfreich, mit dem Hausarzt, dem Krankenhaus und vielleicht mit einer komplementärmedizinischen BehandlerIn ein Netzwerk zu bilden und mit einander zu kommunizieren.

Wichtig ist die Besprechung der Therapieziele, wobei sich diese im Laufe der Psychotherapie verändern. Es kann sein, dass diese nicht erreichbar sind und neu

verhandelt werden. Die Therapeutin ist überzeugt, dass immer etwas gelungen ist, wenn sie am Fokus bleibt. Und wenn es nicht gelingt, dann sind die Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene zu sehen. Bereits im Erstgespräch klärt es sich ob PatientIn und TherapeutIn gut miteinander arbeiten und ein Stück des Weges gemeinsam gehen können. Andernfalls sind PatientInnen weiter zu verweisen. Unter diesen Voraussetzungen gelingt immer etwas, wie beispielsweise Halt finden, Erleichterung schaffen oder oft nur eine Begleitung anbieten.

Nicht unmittelbar am Körper zu beginnen erscheint zielführend. Anfangs zu schauen, wo die Verzweiflung, Schwäche und Hoffnungslosigkeit am größten ist, bringt erfahrungsgemäß einen guten Einstieg in die gemeinsame Arbeit. PatientInnen kommen manchmal aufgrund einer Hilflosigkeit im Umgang mit den Angehörigen. Sie bemerken, dass sich Angehörige zurücknehmen und im Umgang mit einander und mit der Krankheit hilflos und auch sprachlos werden. PatientInnen fühlen sich dann gezwungen, die Angehörigen zu beruhigen und aufzubauen im Sinn von: „Das ist eh nicht so schlimm...“. Im psychotherapeutischen Setting suchen diese Menschen einen Raum, wo ihnen „ein Ohr geschenkt“ wird und sie ihren persönlichen Befindlichkeiten Luft machen können. In dieser Begegnung möchten sie über alles reden können und ihr Herz ausschütten, ohne Rücksicht auf das Gegenüber. Meist sind es dann die Themen Tod oder Pflegebedürftigkeit, aus denen die Hoffnungslosigkeit entsteht.

Eine Grundstimmung in der Psychotherapie muss geschaffen werden, in der sich PatientInnen sicher fühlen. Sie müssen wissen, dass der/die PsychotherapeutIn nichts weiter erzählt und selber gut damit umgehen kann, dass alle Themen Platz haben und sein dürfen. Abhängig von der Persönlichkeit brauchen PatientInnen dann unterschiedlich viele Fakten und Erklärungen, mehr oder weniger Struktur, um sich orientieren zu können. Eine beratende Haltung kann hilfreich sein, damit sich PatientInnen orientieren und ihre weiteren Entscheidungen daran festmachen können.

Eine andere PatientInnengruppe erlebt es als hilfreich, wenn sie den/die PsychotherapeutIn als „Menschen an ihrer Seite“ erleben. Diese Form der Vertrauensperson gibt Sicherheit und Rückhalt. PatientInnen können darauf insofern aufbauen, als sie das Gefühl entwickeln, dass sie verstanden werden. Sie nehmen den/die PsychotherapeutIn als jemanden wahr, der zu ihnen hält, der ihnen Halt gibt. Sie fühlen sich nicht alleine. PsychotherapeutInnen werden als Menschen wahrgenommen, die sich auskennen, die über die Situation Bescheid wissen. Das Gefühl zu haben, dass so

eine Person ihnen zur Seite steht, gibt Halt und ist für manche PatientInnen eine große Hilfe.

In der Arbeit im Krankenhaus geht es oft um die Unterstützung der ÄrztInnen im Sinne der Compliance. Ein kooperatives Verhalten gegenüber den Therapiemaßnahmen ist zielführend. PsychotherapeutInnen arbeiten in diesem Zusammenhang oft an den Gründen für eine mangelnde Compliance. Aufklärende Gespräche über die Diagnose, den Therapieplan und dessen Umsetzung können zu einem besseren Verständnis führen. Manchmal ist die Mitgestaltung durch die PatientInnen möglich und fördernd. Wenn PatientInnen ein Stück Selbstbestimmtheit übertragen werden kann, werden die Compliance und auch die Zufriedenheit der PatientInnen meist höher.

Die psychotherapeutische Arbeit erfordert ein breites medizinisches Wissen und Erfahrung im alternativmedizinischen Bereich. Die Expertin berichtet, dass PatientInnen wissen möchten, was sie tun sollen. Oft lesen sie etwas und möchten die Meinung der Therapeutin einholen. Daher ist es hilfreich zu wissen, was es gibt, was sich bewährt hat, was es Neues gibt und was wissenschaftlich erprobt wurde, aber auch was im alternativmedizinischen Bereich möglich ist. Infos dazu sollte die Therapeutin haben. Sie benötigt einen Überblick darüber, wie stationäre Aufenthalte verlaufen und wie klassisch-medizinische Interventionen (Operationen, Chemotherapien, Bestrahlungen) erfolgen können.

Die Expertin empfindet die Einstellung im Team zur Arbeit mit onkologischen PatientInnen als wichtig. Das Erleben der PatientInnen ihre Krebserkrankung und deren Umgang damit, ist für diese Expertin sehr zentral. Ein Augenmerk darauf zu richten, wie sie die Erkrankung abspalten, sich fürchten oder traurig sind und auch wie sie mit der Todesangst umgehen, die immer dazu gehört. Dieses Bewusstsein ist sehr wichtig und wurde im Laufe der jahrelange Erfahrung und die Zusammenarbeit mit einer Ärztin und Psychoonkologin im Team verstärkt. Im Blick hat die Expertin immer, dass die PatientIn eine Krebserkrankung hat und daran auch versterben kann.

### **14.3.3. Licht in die Zellen lassen**

Die Auseinandersetzung mit den einzelnen Krankheitsphasen erfolgt in der Konzentrativen Bewegungstherapie meist zeitversetzt. Beispielsweise greift die Therapeutin eine mögliche Schocksituation bei der Mitteilung der Diagnose dann auf, wenn sich

PatientInnen hilflos fühlen. Wenn sich im Erleben der PatientInnen das Thema Hilflosigkeit zeigt, kann es sich möglicherweise darum drehen, dass die ÄrztInnen in der Therapie an einem Punkt der Hilflosigkeit angelangt sind. Diese Themen verändern sich im Laufe der Erkrankung.

Die Expertin stellt die Bedrohung an der Erkrankung versterben zu können in den Vordergrund und hält es für besonders wichtig dafür als Psychotherapeutin ein Bewusstsein zu haben. Sie berichtet von der Veränderung der Haltung im Team seit eine ärztliche Psychoonkologin mitarbeitet. Das professionelle Erleben, wie Betroffene die Krebserkrankung erleben und damit umgehen könnten, das sie dieses abspalten, fürchten oder traurig sind, wurde geschärft. Der Blick auf die Krebserkrankung sollte ein Bewusstsein für die mögliche Todesangst mitbringen, da diese Art der Erkrankung nicht beispielsweise mit einer Phobie oder sonstigen Komorbidität vergleichbar ist. Die onkologische Erkrankung darf aus der Sicht der Psychotherapie nicht den Stellenwert einer Komorbidität bekommen sondern als zentrale Belastung gesehen werden.

Die Expertin sieht nicht den kausalen Zusammenhang zwischen der Biografie der PatientInnen und einer Belastung aufgrund von Fehlverhalten als Grund einer Schuldfrage. PatientInnen die sehr viel rauchen und dadurch an Lungenkrebs erkranken, sind damit nicht gemeint. Hingegen können schwere Belastungen im Familiensystem, oftmals über Generationen, mit Schuld behaftet sein. Schwierige Familiengeschichten, Gewalt, Kriegsgeschichten oder Beziehungsproblematiken und andere besondere zeitüberdauernde Belastungen können das System Mensch so schwächen, dass sich die Krebszellen einfacher ausbreiten können, überlegt die Expertin. Krebszellen, die jeder Mensch hat, können leichter Überhand bekommen und das Abwehrsystem zum Kollabieren bringen. Es kann zu einem Punkt kommen, wo der Mensch nicht mehr kann und dann kommt auch noch der Krebs dazu, beobachtet die Expertin. Dennoch bleibt für sie die Frage offen, warum manche Menschen an Krebs erkranken und andere nicht. Sie überlegt, ob der Krebs in diesem Zusammenhang als Symbol für diesen Zusammenbruch schlechthin ist – zwar nicht tot, aber der komplette Niedergang.

Die Vorerfahrungen der PatientInnen mit Krebserkrankungen und Krankheitsverläufen sind zu berücksichtigen. Ängste, dass die Erkrankung bei ihnen gleich verlaufen und ein ähnliches Ende wie bei Angehörigen nehmen könnte, sind möglich. In der

Psychotherapie braucht es eine Unterstützung für das Leben, das auch neu gewonnen werden kann. Die Biografie der PatientIn fließt in der Konzentrativen Bewegungstherapie immer ein. Sie zeigt sich in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen unter unterschiedlichen Gesichtspunkten als bedeutungsvoll. Die Expertin fügt hier das Beispiel Haltlosigkeit hinzu. Sie bemerkt, dass Menschen in deren Lebensgeschichte es kaum oder gar keinen Halt gegeben hat, es besonders schwierig haben, wenn eine onkologische Erkrankung hinzukommt. Durch die Krankheit wird die Situation der Betroffenen zumindest zeitweise aussichtlos. Wenn es davor schon schwierig war Halt im Leben zu finden, wird diese Haltlosigkeit verstärkt wahrgenommen und Ressourcen um etwas dagegen zu unternehmen sind noch mehr eingeschränkt.

Wenn alle Behandlungen, Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapien vorbei sind, ist es einem Neustart ins Leben gleich zu setzen. Da der Körper „niedergebrügelt“ ist, muss von einer als hoch erlebten Belastung ausgegangen werden. Die Expertin zeigt eine Begeisterung dafür, dass Menschen diese massive medizinische Belastung überhaupt überleben. Sie stellt sich vor, dass nicht nur Krebszellen kaputt gemacht werden, sondern viel mehr im Körper. Dass sich der Organismus wieder regeneriert, gleicht einem Wunder. Und das ist der entscheidende Punkt in der begleitenden Psychotherapie, damit Betroffene das auch so erleben und sich mit dem veränderten Körper wieder anfreunden können. Die Herausforderung im körperzentrierten Verfahren, Konzentrative Bewegungstherapie, liegt darin, dass PatientInnen ihre veränderte Brust annehmen oder Narben pflegen können. Die Unterstützung kann sein, wieder Licht in die Zellen zu lassen damit sich dadurch das Tödliche, das Sterbende herauslösen kann. Parallel dazu nicht nur in die Körperzellen, sondern auch in die Seele das Licht zu lassen.

Wie geht das? Körperwahrnehmung könnte diesen Prozess unterstützen. PatientInnen durch empathisch unterstützte und fürsorglich begleitete KBT-Angebote zu einem neuen Bewusstsein für ihren Körper und jede einzelne Zelle zu verhelfen. Das Bewusstsein für eine möglicherweise kurze bleibende Zeit und der Wunsch diese effizienter zu nützen spielen immer in die Therapie herein. Wie lange auch immer die verbleibende Zeit noch sein möge, das Denken an die eigene Endlichkeit wird zentraler.

#### **14.3.4. Wahrnehmen im Körper oder mittels Gegenständen**

Bei Konzentrativer Bewegungstherapie in der onkologischen Krankheitsverarbeitung sind gute Schritte möglich. PsychotherapeutInnen können stärken, können Körperwahrnehmung anbieten und hilfreich vorhandene Ressourcen stärken.

Auch andere Psychotherapiemethoden sehen den Krebs als Anteil. Psychodrama würde ihn beispielsweise auf eine Bühne stellen. Das Spezifische in der Konzentrativen Bewegungstherapie ist die Möglichkeit der Integration in den Körper. Daraus kann sich die Hypothese ableiten, dass sich die Konzentrativen Bewegungstherapie besonders gut dafür eignet mit onkologischen PatientInnen zu arbeiten.

Es ist sehr unterschiedlich, wie Menschen ihren Körper wahrnehmen können. Für viele ist es absolut neu ihren Körper wahrzunehmen. Daher ist auch die Feststellung, wo im Körper etwas zu spüren ist, schwierig oder gar nicht möglich. Die Expertin beginnt manchmal damit die PatientInnen anzuleiten, sich im Sitzen wahrzunehmen, zu achten wie sie sitzen, wie die Füße den Boden spüren und ob sie die Fußsohlen spüren. Weiters zu fühlen, was vom Körper spürbar ist und wie sich das anfühlt. Manche Menschen merken dann, dass sie gar nicht viel spüren oder dass sie manche Bereiche wenig und andere dafür intensiver spüren. PatientInnen können dann auch wahrnehmen, wo sie Druck empfinden oder wo sich der Körper gerade angenehm anfühlt. Bei manchen PatientInnen ist das ein langsamer Prozess. Andere Menschen kommen bereits mit sehr ausgeprägter Körperwahrnehmung in die Therapie. Diese Unterschiede sollten bedacht und daher mit der Körperwahrnehmung vorsichtig umgegangen werden, denkt die Expertin für diesen Arbeitsbereich. Ein achtsames Vorgehen hält sie für wichtig, weil sie den Körper als etwas sehr persönliches sieht. Ein Augenmerk legt sie darauf die PatientInnen nicht zu überfordern, damit sich diese nicht auch selbst überfordern. Ressourcenorientiertes Vorgehen legt den Fokus darauf, sich erst einmal insgesamt gut zu spüren, bevor Bereiche erforscht werden, die nicht so gut spürbar sind.

Die Expertin gestaltet ihr Vorgehen immer so, dass die psychotherapeutische Arbeit von der Frage „Wofür mach ich das?“ begleitet wird. Für ihre Angebote hat sie einen „roten Faden“ und bietet Körperwahrnehmung im Kontext der aktuellen Problematik an. Für wichtig hält sie es, diesen Zusammenhang zu erklären. Anfangs nimmt sie auf, was sie von den PatientInnen hört und wahrnimmt, meldet zurück wie sich das für sie anfühlt und daraus entwickelt sie ihr Angebot in Abstimmung mit den Patien-

tlnnen. An dieser Stelle können die PatientInnen sagen, wenn es nicht passt. So können PatientInnen neue Erfahrungen machen und das Erlebte besser für sich einordnen.

Speziell im Zusammenhang mit der Arbeit mit onkologischen PatientInnen erinnert sich die Expertin, das sie begonnen hat mit Konzentrativer Bewegungstherapie zu arbeiten, weil sie bemerkte, dass der kognitive Bereich alleine zu wenig ist. Sie stellte zusehends fest, wie wichtig es ist zu spüren und daraus Stärke und Selbstbestimmtheit zu entwickeln. Oder bei den Themen Grenze, Tempo oder Abstand, wo die Methode zielführende Angebote bereithält. Jedenfalls hält sie es für wichtig ressourcenorientiert zu Arbeiten und nicht primär mit den unsicheren Bereichen. Gerade bei der Arbeit mit dem Körper ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die Stärken herausgearbeitet werden und nicht die Mängel. Damit kann eine sichere Basis geschaffen werden, in die die kranken Anteile leichter integriert werden können.

In der Arbeit mit Konzentrativer Bewegungstherapie kommen Gegenstände zum Einsatz. Die Expertin hält es für wichtig auch im klinischen Setting immer eine kleine Auswahl an Gegenständen mitzunehmen, da damit sehr viel indirekt bearbeitet werden kann. Belastende Themen können damit ausgedrückt, Lebenslinien gelegt oder die Biografie erfahren werden. Durch die Gegenstände kann etwas klarer werden, was so gar nicht deutlich würde. Dadurch wird es für manche PatientInnen auch selbstverständlicher sich zu verstehen, wenn sie bislang nicht sehen konnten, warum sie etwa krank geworden sind. Positives, wie etwa eine gewisse Lebendigkeit, Freude oder Beweglichkeit kann sich durch die Gegenstände ebenfalls zeigen. Oft ist es für PatientInnen viel deutlicher, als sie gedacht haben.

Gerade, wenn die klassischen Gegenstände der Konzentrativen Bewegungstherapie nicht vorhanden sind, können Hilfsmittel aus dem Alltag eingesetzt werden. Die Expertin erzählt von einer palliativen Patientin, der sie ein Säckchen Knöpfe mitgebracht hat. Sie stellte damit die Familiensituation dar und wurde angeleitet, darzustellen wie sie sich dabei fühlt, wo sie steht, wie es in ihrer Nähe aussieht, wo die anderen Menschen sind. Die Patientin konnte das Angebot gut annehmen, Gegenstände verschieben, hinschauen und Erkenntnisse finden. Sie merkte, dass sie ziemlich eingebettet sei und fühlte sich zu den anderen Familienmitgliedern nahe und sehr verbunden. Sie bemerkte auch einige entferntere Menschen und spürte, dass es so gut sei. Davon wurde die Patientin in ihrer familiären Position und in ihrer

Identität gestärkt. Sie konnte durch das Säckchen Knöpfe erleben, wie sie getragen war von ihrem sicheren Netz der Familie.

Die Konsistenz der Gegenstände kann PatientInnen oft zeigen, was sie gerade brauchen. So können erste Erfahrungen mit den Gegenständen und nicht direkt mit dem Körper gesammelt werden. Besonders bei körperlichen kranken PatientInnen erweist sich das immer wieder als hilfreich.

In der Arbeit mit onkologischen PatientInnen geht es um Integrieren und um ein Vertrautmachen mit dem Krebs an sich und als Teil von sich. Das sieht die Expertin als primäre Aufgabe. Auf der körperlichen Ebene unterstützt sie das insofern, als sie den PatientInnen anbietet sich mit ihrem Körper auseinanderzusetzen. Die ursprüngliche Empfindung der PatientInnen ist „Ich und der Krebs“. Diese Therapeutin beginnt sehr kausal mit dem Begreifen in unterschiedlicher Art und Weise, durch Berührung, mit Gegenständen dazwischen, durch Selbstberührung. Dadurch setzen sich PatientInnen mit verschiedenen Körperbereichen auseinander, bis sie sich – von der Therapeutin unterstützt – dem „Täter“ nähern können. Prinzipiell eine „Anteile-Arbeit“ konkret am Körper bei der sich PatientInnen mit dem Fremden und Zerstörerischen beschäftigen und in Kontakt kommen. Diese Berührung erfolgt als Selbstberührung oder Berührung durch die Therapeutin oder jemand anderen, um auch ein Annehmen zu ermöglichen. Dieses Angebot beginnt bei den gesunden Körperteilen und bei der Wahrnehmung des Körpers in seiner Verbindung als Ganzes. Aus dem traumatherapeutischen Zugang ist der Expertin diese Vorgehensweise bekannt, merkt aber in vielen Therapien, dass es stärkend und haltgebend ist, zuerst das Vorhandene zu benennen, zu fassen, zu symbolisieren um sich dann dem Schwierigen, dem Problematischen oder Destruktiven zuzuwenden.

Der Weg vom gesellschaftlichen Denken über eine Krebserkrankung zu einer Integration ist es manchmal ein längerer Prozess. Durch Körperangebote in unterschiedlicher Art und Weise kann das unterstützt werden. Beispielsweise bei Brustkrebs sind die verschiedenen körperlichen Ebenen hilfreich. Die Therapeutin leitet die PatientInnen im Erleben von Seiten, also der rechten und der linken Seite an. Über die Brust hinaus legt sie den Fokus auf den ganzen Körper und die Unterschiede zwischen den beiden Seiten in der Wahrnehmung der PatientInnen. Oft wird die kranke Seite als bedürftig und die andere als die, die alles halten muss empfunden. Hier können auf der Körperebene Verbindungen geschaffen werden.

Wenn es um Integrieren und Annehmen auf der körperlichen Ebene geht, meint das auch immer das gesamte Körperbild. Wenn PatientInnen das aufstellen, ist der Krebs immer anders oder außerhalb und das Andere oder Fremde in das Körperbild zu integrieren ist die Aufgabe. Dabei nimmt die Therapeutin unterschiedliche Aspekte gleichzeitig herein und trennt nicht zwischen der Arbeit mit Gegenständen und jener mit dem Körper. Es geht auch darum, wo spüren PatientInnen die Besetzung im Körper und wie fühlt sich das an, wenn der Krebs anders oder draußen ist. So gesehen finden immer Verbindungen statt. Die Expertin arbeitet so, dass sie eine Verbindung zwischen einem körperbezogenen Angebot, mit Berührung oder mit Gegenständen am Körper anbietet und sieht es auch als Körperangebot, wenn sie ein Körperbild aufstellen lässt. Sie trennt diese Möglichkeiten nicht.

In der Rehabilitationsklinik erlebt die Expertin Menschen, die eine onkologische Erkrankung hinter sich haben oder begegneten deren Angehörigen. Sie bemerkt, dass sich bei den Betroffenen tatsächlich etwas verändert. Themen sind oft die neue Lebenseinstellung und der neue Lebensweg. Bei deren Reflexion kann die Konzentrative Bewegungstherapie effektiv unterstützen. Die Therapeutin erlebt dieses Wahrnehmende als Möglichkeit um gut bei sich zu bleiben. PatientInnen nach der Heilung unterstützt die Methode, um gut in Kontakt mit sich zu kommen oder zu bleiben. Sie können ein Bewusstsein erlangen, anders mit der Zukunft umgehen zu können. Oft haben sie die Einstellung, dass ihnen das so nicht noch einmal passieren sollte und sie zukünftig anders mit Erkrankungen umgehen würden. Viele können etwas Positives aus der Erkrankung mitnehmen, nämlich Erfahrungen im Umgang mit schwierigen Situationen. Die Arbeitsweise der Konzentrativen Bewegungstherapie ermöglicht die Förderung des sich selbst besser Spürens sowie die Möglichkeit gut im Kontakt mit sich auf allen Ebenen zu sein, was auch für die Zukunft als Erfahrung gespeichert bleibt.

Krebserkrankungen werden meist mit Schwere und Dunkelheit in Verbindung gebracht. Die Abwehr der PatientInnen ist unterschiedlich. Ein Verhalten und ein Erleben breiten sich in PatientInnen aus. Am Thema „Schwer und Dunkel“ geht die Expertin ressourcenorientiert vor und leitet das intensive Wahrnehmen und Ausprobieren an. Die Fragen könnten sein: „Wo ist es gerade lebendig? Wo ist es heller? Wo ist es dunkel? Wo ist es hell? Wo ist es lebendig? Wo ist es leblos? Wo ist es schwer? Wo ist es leicht?“ (Expertin 3, Absatz 55-59) So zu differenzieren, dass nicht

alles nur mehr schwer oder dunkel sondern auch anders ist. LICHT IN DIE ZELLEN BRINGEN!

Krebsgeschichte und Depression sind oft Themen in der Rehabilitation. PatientInnen kommen um sich von den Behandlungen und von der schwierigen Zeit zu erholen. Oft begleiten die Themen Ohnmacht, Endlichkeit, Ende oder Sterblichkeit die Menschen. Eine große Chance ist es, wenn verschiedene PatientInnen in der KBT-Gruppe sind, denn diese Themen beschäftigen nicht nur onkologische PatientInnen.

Angebote zu Abschied oder Loslösen sowie zu Anfang und Ende können diese Menschen unterstützen. Doch zuvor beschäftigt sich die Therapeutin mit den Gefühlen von Ohnmacht, Nichts-Tun-Können, Nichts-Bewirken-Können oder Ausgeliefert-Sein. Dabei lenkt sie die Aufmerksamkeit auf das, was von alleine geschieht, was von selber an Lebendigkeit da ist, an Leben, Atmung, Herzschlag, Getragen-Sein oder die Schwerkraft, die am Boden hält. Um das alles wahrzunehmen, brauchen PatientInnen nichts zu tun und sie können es auch im Gefühl des Ausgeliefert-Seins oder der Hilflosigkeit wahrnehmen. Dann macht die Therapeutin den Schwenk in die Hilflosigkeit und in das Ausgeliefert-Sein, vielleicht auch in die Nähe des Todes und dennoch das Leben zu spüren. PatientInnen sind nicht tot, sie leben. Sie fördert das Wahrnehmen dessen, was von alleine geschieht und das ist eine ganze Menge.

Die Therapeutin will den Menschen immer wieder vermitteln, was mit Leben zu tun hat und dass das Leben von selber lebt. Auch wenn Menschen nichts dazu beitragen, leben sie weiter, sogar in einem geschwächten Organismus. Aus der Neurobiologie wissen wir, dass der Organismus auf Heilung ausgerichtet ist. Das Gehirn und der Organismus reagieren so, dass das Leben weitergehen kann. Wenn PatientInnen erleben, wie das Leben pulsiert obwohl sie nichts tun, nichts tun können oder brauchen, gibt ihnen diese Erfahrung Hoffnung, Vertrauen und Stärke. Die Menschen werden aus dem Gefühl des Ausgeliefert-Seins herausgeführt und können eine andere Sichtweise zulassen.

Erst der zweite Schritt könnte ein „Abschiedsangebot“ sein. PatientInnen wird angeboten, dass sie zum Ende des Raumes gehen. Wo ist das Ende? Wie ist es an der Wand zu stehen? Was erfahren sie dabei? Wie ist die Wand? Wo immer die Menschen landen, am Regal, am Fenster, an der Türe – wie ist es dort für sie? Dort ist einfach Schluss und es geht jetzt nicht weiter. An dieser Stelle können viele Erfah-

rungen gesammelt werden. Das verbindet auch wieder. Das Ende des Raumes wird von allen erfahren und alle erleben es unterschiedlich. Damit ist es wieder ein Gruppengeschehen und ein Gemeinschaftserlebnis in das sich jeder Mensch eingebunden fühlt. Somit sind alle wieder am Leben angebunden. Manche möchten an dieser Stelle mit dem Kopf durch die Wand, andere erleben Halt, wieder andere können nachlassen ohne sich aufzulösen. Auch die Erfahrung, dass noch andere Menschen an der Wand stehen und sich an die gleiche Wand anlehnen, gibt das Gefühl nicht mehr so alleine, ausgestoßen oder stigmatisiert zu sein.

Einerseits erlebt die Therapeutin es als hilfreich, dass in der Rehabilitationsklinik die onkologischen PatientInnen so behandelt werden wie alle anderen. Wohltuend ist es aber, dass eine Psychoonkologin im Team ist, die eine professionelle Sichtweise einbringt. Das spezielle Erleben dieser PatientInnengruppe bekommt damit einen Raum und mehr Würdigung. Ein fürsorglicher haltender Rahmen ist damit entstanden, den PatientInnen brauchen um sich gehalten zu fühlen, um basal versorgt zu sein, zum Beispiel mit Essen, das man vertragen kann, mit Linderungen, weil Parästhesien in den Füßen sind oder weil die Nägel oder die Haare ausfallen.

Eigentlich sind die PatientInnen selber die, die das Wunder vollbringen. PsychotherapeutInnen begleiten sie dabei und versuchen ihnen Halt zu geben. Ein Ansatz ist es Menschen so zu unterstützen, dass sie es schaffen diesen Weg zu gehen und sich das zu nehmen, was sie für dieses Wunder der Genesung und für ihren weiteren Lebensweg brauchen. Die basalen KBT-Angebote sind dafür bestens geeignet. Hilfreich für PatientInnen wäre es, wenn sie in einer Art Ressourcengruppe betreut würden, die von einer KBT-Therapeutin geleitet wird, die mit ÄrztInnen und anderen KollegInnen im Team gut vernetzt ist. Eine Zusammenarbeit und ein gemeinsamer Halt würden den PatientInnen damit angeboten werden. Eine konstante Betreuung zwischen Diagnose und Behandlungsende wäre hilfreich. Danach geht es wieder darum das Leben in vollen Zügen zu leben.

#### **14.3.5. Palliative Care – KBT in der Sterbebegleitung**

Psychotherapie oder Hospizarbeit? Die Expertin versteht Psychotherapie mit palliativen PatientInnen wie ein „Ummanteln“ oder Dienen. Sie versteht darunter ein Dienen, in dem sie ihre Person und ihr Wissen zur Verfügung stellt und in diesem Sinn ist diese Arbeit für sie Psychotherapie. Das Setting ist jedoch meist nicht im klassischen Sinn zu verstehen, wo PatientInnen einmal pro Woche in die Praxis

kommen. PatientInnen können das nicht mehr, sodass PsychotherapeutInnen die PatientInnen im Krankenzimmer besuchen. Diese Art der therapeutischen Begleitung erlebt die Expertin in vielen Fällen als unterstützend und hilfreich. Sie fände es schrecklich, wenn TherapeutInnen dann den Kontakt abbrechen und annehmen würden, dass die Therapie nichts mehr bringen könnte. Der Nutzen oder Wirkfaktor dürfe nicht nur an der Möglichkeit mit einander reden zu können, argumentiert werden.

Wenn sich die Therapie in Richtung Sterbebegleitung entwickelt, ist die therapeutische Beziehung meist schon gut gefestigt. Die Expertin fragt sich, ob es gut oder schlecht sei, wenn durch längeres gemeinsames Erleben eine intensivere Bindung stattfindet. Sie nimmt es als sehr unterschiedlich wahr, aber auch zur Kenntnis und hält es für wichtig, dass die TherapeutIn diese Beziehungsdynamik erkennt.

In der Arbeit im Tageshospiz können unterschiedliche Arten der Begleitung beobachtet werden. Bei manchen PatientInnen ist es selbstverständlich und möglich, dass PsychotherapeutInnen bis zum Tod begleiten. Es kann auch möglich sein bis zu Letzt eine gute Verbindung zu halten. Die innere Bereitschaft der PsychotherapeutInnen dafür ist eine Voraussetzung. Andere PatientInnen brauchen die Unterstützung eher auf sachlicher Ebene. Hier ist oft spürbar, dass andere Menschen Halt und Begleitung geben und der PsychotherapeutIn das Gefühl hat, sich nicht mehr „einklinken“ zu müssen.

## **15. Diskussion**

### **15.1. Liebevolles Annehmen von PatientInnen im Hier und Jetzt**

Meine Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich erfüllt mich so sehr, dass ich mich dazu entschlossen habe, mich im Rahmen der Masterthese mit dem Thema „Konzentrierte Bewegungstherapie in der Behandlung onkologischer PatientInnen“ auseinander zu setzen. Ich bin davon ausgegangen, dass sich die Methode sehr gut für diese Arbeit eignet und wollte diese Hypothese anhand unterschiedlicher Gesichtspunkte überprüfen. Auch während des Recherchierens, Besprechens und Schreibens konnte ich die Schwere oder Komplexität dieses Thema immer wieder spüren. Gut auf mich zu achten, bewusste Pausen einzulegen und immer wieder Abstand von der Arbeit zu bekommen, waren wesentliche hilfreiche Momente. Dennoch machte sich immer wieder die Faszination und Freude bemerkbar.

So dachte ich immer wieder an die Aussage einer Expertinnen: „Die Arbeit mit onkologischen PatientInnen kostet einigen Mut, sich ständig mit Leben und Tod auseinanderzusetzen. Dafür benötigt es eine gewisse Bereitschaft“. Diesen Hinweis nehme ich als Beginn meiner Zusammenfassung, um diese aus der Sicht der Psychotherapeutin zu beginnen. Denn diese Bereitschaft und die persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Onkologie und Tod durch die Therapeutin sind essentielle Grundlagen für die Therapie mit dieser PatientInnengruppe.

Eine der Expertin hat ausdrücklich darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass PsychotherapeutInnen in erster Linie eine gute Verbindung zu sich selbst und ein stabiles Ich brauchen, um empathisch mit schwer kranken Menschen arbeiten zu können. Weiters ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem Tod allgemein unumgänglich. Ein bewusster Umgang mit den eigenen Ängsten ist wichtig, da diese in der Therapie automatisch aktiviert werden. Und so ist es auch bei Yalom zu lesen, der als wichtigstes Instrument für die psychotherapeutische Arbeit in diesem Bereich das eigene Selbst nennt. Immer wieder findet sich in der Literatur, dass die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen für TherapeutInnen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit bedeutet. Weiters braucht es ein Bewusstsein für die persönlichen Möglichkeiten an Zeit und Kraft und die Begrenztheit der Belastbarkeit. Fachwissen in diesem Bereich der Medizin sollte eine Basis in diesem Gebiet sein, ehe TherapeutInnen Konzentrative Bewegungstherapie mit onkologischen PatientInnen anbieten. Mit Fragen und Unsicherheiten rund um Therapien und Krankheitsverläufe ist zu rechnen.

Bei den Interviews wurde deutlich, dass das Setting im klinischen, beratenden oder freiberuflichen Kontext einen großen Unterschied in der Bedürftigkeit der PatientInnen und deren momentanen Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs macht. Die therapeutischen Verläufe sehen erfahrungsgemäß anders aus, als in der klassischen Praxis. Die PatientInnen befinden sich in einem Ausnahmezustand, der gerade bei der Diagnosestellung und beim Auftreten eines Rezidivs besonders extrem ist. Die Expertinnen stellen die Bedrohung an der Erkrankung versterben zu können in den Vordergrund und halten es für besonders wichtig als Psychotherapeutin ein Bewusstsein dafür zu haben. Die körperliche Erkrankung sollte nicht als Komorbidität gesehen werden, sondern immer einen zentralen Platz in der Therapie bekommen können. Das Anerkennen der Bedeutung der Erkrankung ist zentral. Mit der Erkan-

kung sind fast immer existenzielle Ängste verbunden, die sich während der Phasen der Erkrankung meist verändern. Die Expertinnen berichten, dass sich während der unterschiedlichen Krankheitsphasen weniger die Themen der PatientInnen verändern, als deren persönliches Erleben.

Die psychotherapeutische Arbeit widmet sich dem Phänomen, wie die PatientInnen die Mitteilung der Diagnose erleben oder wie sie es wahrnehmen, wenn die ÄrztIn dabei z.B. hilflos wird. Gerade die Mitteilung der Diagnose und die Art wie und durch wen das geschieht, haben einen wesentlichen Einfluss auf die weitere Auseinandersetzung mit der Erkrankung. In dieser Phase befinden sich PatientInnen in einem Schockzustand. In der Literatur finden sich dazu differenzierte Beschreibungen der einzelnen Krankheitsphasen, die im Wesentlichen übereinstimmen. Während die meisten Beschreibungen mit der Diagnose beginnen, formuliert Angenendt bereits den Verdacht als erste Phase (vgl. Kapitel 8.1.). Bereits wenn der Verdacht einer Erkrankung besteht, ist der unterschiedliche Umgang damit bezeichnend für das Verhalten von PatientInnen.

Das Wissen um die Krankheitsphasen onkologischer Erkrankungen und die damit verbundenen Belastungen sollte die Therapeutin immer im Gedächtnis haben. Das Bewusstsein für die möglicherweise kurze bleibende Lebenszeit und die effiziente und bestmögliche Nutzung spielen eine wichtige Rolle. Mit diesem Wissen und der humanistischen Haltung der Konzentrativen BewegungstherapeutInnen, kann PatientInnen in jeder Stunde dort begegnet werden, wo gerade ihre Ängste und Sorgen sind. Diese wertschätzende Haltung und das Wissen um die Erkrankung sollte eine wertschätzende Begegnung im Hier und Jetzt ermöglichen, die für die PatientInnen eine emotionale Unterstützung und Begleitung sein kann.

In der Literatur findet sich dazu der Hinweis, dass während der onkologischen Erkrankung die Bewältigungsmechanismen auf die Erkrankung fokussiert sind, sodass primär die Konflikte im Hier und Jetzt zu behandeln sind und weniger die biografische Rekonstruktion. Die psychotherapeutische Arbeit wird hauptsächlich als containing oder holding function beschrieben. um mit PatientInnen gemeinsam die bedrohlich erlebten Affekte Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit oder Wut auszuhalten.

## **15.2. Licht in die Zellen lassen – methodenspezifische Möglichkeiten**

Die ExpertInnen haben sich immer wieder mit den Fragen beschäftigt, welche Bedeutung die Krebserkrankung für die Betroffenen hat bzw. was die Krankheit den Menschen sagen möchte. Sie denken über Krankheitsentstehung nach und suchen Wege, wie sie die PatientInnen mit Konzentrativer Bewegungstherapie und als Person in der Profession der Therapeutin unterstützen können. Welche methodenspezifischen Möglichkeiten bietet die Konzentrativen Bewegungstherapie dafür?

Onkologische PatientInnen kommen meist in Therapie, wenn die Krebserkrankung wie ein Zusammenbruch erlebt wird. Todesangst und der körperliche Kollaps führen zu einem Hilfeschrei, sodass die Menschen Unterstützung brauche. Die Herausforderung im körperzentrierten Therapieverfahren ist es, mit den kranken Stellen im Körper umgehen zu lernen, Licht in die Zellen zu lassen, damit sich das Tödliche und Sterbende daraus löst. Licht in die Zellen lassen und auch in die Seele, ist die Aufgabe der Konzentrativen Bewegungstherapie aus Sicht der Expertin (vgl. 14.3.3.).

Im Behandlungsverlauf oder bei einer absehbaren Heilung, verändert sich bei den Betroffenen die Lebenseinstellung. Sie stehen vor einem neuen Lebensabschnitt und möchten oft in der Therapie herausfinden, wie sie mit der Zukunft umgehen wollen. PatientInnen möchten verhindern wieder zu erkranken oder zukünftig einen gesünderen Lebensstil wählen. Die Konzentrativen Bewegungstherapie ermöglicht die Förderung des sich selbst besser Spürens sowie die Möglichkeit gut im Kontakt mit sich auf allen Ebenen zu sein, was auch für die Zukunft als Erfahrung gespeichert bleibt. Eine Expertin erzählt, welche Interventionen sie zu diesem Zeitpunkt einsetzt. Sie geht davon aus, dass PatientInnen mit der Erkrankung „schwer und dunkel“ verbinden und bietet an, das Schwere und Dunkle wahrzunehmen und körperlich oder mittels Gegenständen auszuprobieren und zu spüren. Dann lenkt sie mit den Fragen, wo es gerade hell, lebendig oder leicht ist, darauf hin, dass nicht alles schwer und dunkel ist. Durch dieses Differenzieren, können PatientInnen „Wieder Licht in die Zellen bringen“.

Es zeigt sich als hilfreich, PatientInnen durch Angebote der Konzentrativen Bewegungstherapie in ihrer Ohnmacht und dem Gefühl nichts tun zu können und ihrem Schicksal ausgeliefert zu sein, zu unterstützen. Ziel der Angebote ist es, darauf aufmerksam zu werden, was von alleine geschieht, wie Atmung, Herzschlag oder

Schwerkraft und der Boden der trägt. Aus diesem Gewahrsein, ist ein achtsamer Blick in die Hilflosigkeit, Ohnmacht oder auch in die Nähe des Todes möglich.

Aus neurobiologischer Sicht ist der Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung, Psyche, Nerven-, Hormon- und Immunsystem bekannt. In der Literatur ist der Hinweis darauf, dass der Körper auf Heilung ausgerichtet ist, immer wieder zu finden. Im Rahmen der Konzentrativen Bewegungstherapie ist daher der Blick auf das Leben im Körper sinnvoll, um PatientInnen zu zeigen, dass sie auch leben, wenn sie nichts dazu beitragen, sogar in einem geschwächten Organismus. Aus der Neurobiologie wissen wir, dass der Organismus auf Heilung ausgerichtet ist. Wenn PatientInnen spüren, wie das Leben pulsiert, obwohl sie nichts tun, gibt ihnen diese Erfahrung Hoffnung, Vertrauen und Stärke. Die Menschen werden aus dem Gefühl des Ausgeliefert-Seins herausgeführt und können ihre Sichtweise verändern.

Da die Krebserkrankung oft mit Ängsten und Depressionen verbunden ist, brauchen Menschen meist Unterstützung um mit ihrer Endlichkeit umgehen zu lernen. Nachdem in der Therapie eine tragende Beziehung geschaffen wurde und PatientInnen bereits einige Erfahrungen gemacht haben, kann das Thema aufgegriffen werden. Die Expertin erzählt von einem Angebot, das sie dafür immer wieder anbietet. Sie fordert die Menschen dazu auf zum Ende des Raumes zu gehen. Damit eröffnen sich viele Möglichkeiten und Fragen. An dieser Stelle können viele Erfahrungen gesammelt und Gefühle wahrgenommen werden. Wenn das Angebot in einer Gruppe gemacht wird, ist die Verbindung zu den anderen Menschen hilfreich und deren unterschiedliches Erleben. Durch dieses eingebunden Sein in die Gruppe, ist wieder eine Anbindung an das Leben möglich und das Gefühl ausgestoßen oder stigmatisiert zu sein, kann besprochen werden.

### **15.3. Körperorientierte Psychotherapie**

Die ExpertInnen sind sich einig, dass es in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen darum geht, dass sie sich mit der Erkrankung vertraut machen und den Krebs als Teil von sich annehmen und integrieren lernen. Auf der körperlichen Ebene unterstützen sie das insofern, als sie den PatientInnen anbieten sich mit ihrem Körper in der Therapie auseinanderzusetzen. Dafür wird ein vorsichtiger Umgang mit einzelnen Körperteilen angeboten. Das Wahrnehmen der linken und der rechten Teile (Arme, Beine, Brüste, usw.) und der Unterschied dazwischen, können hilfreich sein um sich an belastende Themen zu nähern. Eine der Interviewpartnerinnen beschreibt die

Herangehensweise in Form einer Teilarbeit, in der sich PatientInnen mit verschiedenen Körperbereichen auseinandersetzen, bis sie sich den kranken Körperteilen nähern und damit in Kontakt kommen können. Durch die Berührung kann ein Annehmen entstehen. Dieses Angebot beginnt bei den gesunden Körperteilen und bei der Wahrnehmung des Körpers als Ganzes. Ziel ist nicht unbedingt das Berühren der erkrankten Bereiche, sondern das Wahrnehmen des Körpers wie er jetzt ist.

Die gesellschaftliche Konnotation und frühere medizinische Überlegungen zeigen sich eher in der Annahme, dass PatientInnen kämpfen müssten, um die Krankheit zu besiegen. Forschungen zur Krankheitsentstehung beschäftigten sich immer wieder mit der „Krebspersönlichkeit“, die in der modernen onkologischen Arbeit nicht mehr berücksichtigt wird. Damit wird eine Entlastung für PatientInnen geschaffen, da nicht alle Menschen „kämpfen“ wollen oder können. Ein Ziel ist es hingegen, die Erkrankung anzunehmen. Der Fokus liegt auf der Verbesserung der Lebensqualität und nicht mehr auf einer Verlängerung der Lebenszeit. In der Therapie wird oft eine Erleichterung bei den PatientInnen bemerkt, wenn sie nicht kämpfen müssen. Es entspricht einer Grundhaltung der Konzentrativen Bewegungstherapie, PatientInnen etwas anzubieten und ihnen nicht „vorschreiben“, was sie zu tun hätten. An dieser Stelle ist eine Übereinstimmung der Literatur mit der Haltung der Konzentrativen BewegungstherapeutInnen sichtbar.

Die körperlichen Veränderungen sind in dieser Arbeit sehr zentral, besonders bei Krebserkrankungen, die den gesamten Körper betreffen, wie Leukämie oder auch bei der Verbreitung von Metastasen spielen sie eine große Rolle. Oft verändert sich das Gewicht oder Körperteile fehlen. Bei Brust- oder Prostatakrebs kommt die Themen Sexualität und Scham mit ins Leben der Betroffenen und damit auch in die Therapie. Diese körperlichen Veränderungen wirken sich auf das Beziehungsleben aus und plötzlich fragen sich PatientInnen und Angehörige, wie sie in der veränderten Situation mit einander umgehen sollen. Frauen fühlen sich oft „verstümmelt“, schämen sich, sind traurig und haben Angst. Beide Partner müssen sich wieder neu mit der Nähe zu einander beschäftigen, da oft Unsicherheiten in der Berührung, bei Umarmungen oder in der Sexualität auftreten. Hier wird erwähnt, dass auch PatientInnen, die ein Stoma haben bzw. an Harn- oder Stuhlinkontinenz leiden, Sexualität leben möchten. In der Literatur findet sich immer wieder der Hinweis, dass es in der Therapie auch um Beratung geht. Der therapeutische Aspekt solle in der Auseinandersetzung mit

existenziellen Fragen und Kenntnissen der körperlichen Erkrankungen liegen. Die Therapeutin solle sich mit den PatientInnen den Wechselwirkungen zwischen Leib und Seele nähern, weiters brauche es die Bereitschaft zur Einbeziehung des sozialen und medizinischen Umfelds und eine flexible Abstimmung auf den Krankheitsverlauf.

Dieses Eingehen auf die Situation der PatientInnen im Hier und Jetzt ist für die Konzentrierte Bewegungstherapie eine Selbstverständlichkeit. Die oben genannten Therapieangebote sind wie ein „roter Faden“ zu verstehen, den die Therapeutin im Kopf hat anhand dessen sie die PatientInnen dort abholt, wo diese gerade sind und ihnen damit ein Thema anbietet.

Anders ist das Kurzprogramm nach Angenendt (vgl. Kap. 11) mit einer klar vorgegebenen Struktur und einer Vorgabe, wie lange für die einzelnen Themen Zeit ist und welche Ziele erreicht werden sollen. In zehn Stunden sollen sich PatientInnen ihrer körperlichen und psychischen Leistungsgrenzen bewusst werden, eigene Bedürfnisse und schädigende Verhaltensweisen erkennen sowie mit ihren Symptomen und mit ihrer veränderten Sexualität umgehen können.

#### **15.4. Palliative Care –**

##### **Ummanteln in der Konzentrierten Bewegungstherapie**

Der Begriff Palliative Care drückt eine umfassende Fürsorge und Behandlung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen aus. In den Begriffen Ummanteln, Einhüllen und Verbergen (lat. palliare) liegt etwas Behutsames. Sie drücken Wärme und Geborgenheit aus und könnten bildlich gesprochen „einen Mantel umlegen“ heißen. Es geht dabei um eine besondere Haltung und Einstellung PatientInnen und ihren Angehörigen gegenüber. Palliative Care hat zum Inhalt, körperliche Beschwerden und Symptome zu lindern und Menschen in allen psychischen, sozialen und spirituellen Fragen besonders in der letzten Lebenszeit fürsorglich zu begleiten. Die Erhaltung einer guten Lebensqualität bis zuletzt und die Wahrung der Autonomie und Würde stehen im Vordergrund.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist die „holding function“ dem sehr nahe. Ausgehend von dem konkret haltenden Arm der Mutter für das Kleinkind, entwickelte Winnicott diesen Begriff. TherapeutInnen stellen die Situation symbolisch dar, in dem sie PatientInnen die Sicherheit und den Halt geben, die es ihnen ermöglichen sich

mit ängstigen und bedrohenden Gefühlen auseinander setzen zu können. Besonders für onkologische PatientInnen finden sich in der Literatur viele Hinweise auf die Bedeutung der „holding function“ in der Begleitung während der Erkrankung und danach.

Für PsychotherapeutInnen, die im Palliativbereich arbeiten, stellt sich immer wieder die Frage, wodurch sich ihre Arbeit von jener der ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen unterscheidet. Im Interview erzählt die Expertin, deren Wirkungsbereich im Hospiz- und Palliativbereich ist, dass sie Psychotherapie mit palliativen PatientInnen wie ein „Ummanteln“ oder Dienen sieht. Sie versteht darunter ein Dienen, in dem sie ihre Person und ihr Wissen zur Verfügung stellt und in diesem Sinn ist diese Arbeit für sie Psychotherapie. Als wesentlich empfindet sie es, dass TherapeutInnen die Bereitschaft mitbringen die PatientInnen bis zu Letzt zu begleiten, wenn diese es wünschen. Sie fände es schrecklich, wenn Therapien abgebrochen würden, weil anzunehmen sei, dass diese nichts mehr bringen. Es hängt jedoch sehr von der Familie ab, ob Menschen in dieser Phase psychotherapeutische Besuche als hilfreich empfinden. Die Erfahrung zeigt, dass manchmal bis zu Letzt eine gute Beziehung möglich ist, in anderen Fällen aber die Familie sehr präsent und unterstützend da ist, sodass die Therapeutin sich bereits verabschieden und die Therapie beenden kann. Der Rückzug der PatientInnen kann hier in gesellschaftlicher Sicht beobachtet werden, sodass nur noch sehr nahe Angehörige die Menschen gut begleiten. Hier kann es sein, dass die Familie die Unterstützung vor allem in psychoedukativem Sinn annimmt, um über das Sterben und mögliche Symptome und Phasen informiert zu werden. Auch die Reflexion ihres Verhaltens und was sie tun können, wird als bestätigend erlebt. TherapeutInnen sehen, dass Menschen etwas tun möchten und dass es ihnen schwer fällt „nur“ da zu sein. Die Bestätigung, dass es sehr viel Unterstützung sein kann, einfach „nur“ da zu sein, bringt oft große Entlastung. Handreibungen oder kleine Rituale können jenen Menschen empfohlen werden, die in jedem Fall ihren sterbenden Angehörigen etwas Gutes tun möchten. Manchmal bringt auch der Hinweis Entlastung, dass Menschen gerne alleine versterben und es durchaus sein kann, dass sich diese erst verabschieden können, wenn sie nicht mehr „gehalten“ sondern alleine sind.

Für die Angehörige stehen Trennung und Schmerz im Mittelpunkt. Die ExpertInnen berichten, dass der Schmerz viel Raum einnimmt und eine intensive Übertragung

gespürt wird. Daher ist es wichtig, gut mit den eigenen Ressourcen umzugehen und bewusst bei sich zu bleiben. In dieser Phase stellt die Therapeutin die „holding function“ mehreren Personen zur Verfügung und sollte sich dessen bewusst sein, um gut auf sich zu achten.

Hier kommt auch die Trauer herein, die nicht nur nach dem Tod eines Angehörigen einsetzt, sondern schon viel früher. Nicht nur die Familie trauert, sondern auch Betroffene. Sie müssen sich Schritt für Schritt von Vielem verabschieden, von einem gesunden Körper (manchmal von Körperteilen), von der sozialen Umgebung (gesellschaftlich und räumlich) und von vielen psychischen Fähigkeiten. Wenngleich auch die Resilienz und manche Ressourcen das sind, was am längsten bleiben kann. Ein ausführlicherer Blick in die Trauerforschung und der therapeutische Umgang damit, sprengen den Rahmen dieser Masterthese. Dennoch ist für die Arbeit mit onkologischen PatientInnen und im Speziellen mit Menschen in Palliative Care ein Bewusstsein für die Phasen der Trauer hilfreich. Die geschichtliche Entwicklung von Seneca über Freud bis zu Bonnano zeigt unterschiedliche Sichtweisen was Trauer bedeutet und wie damit umzugehen sei (vgl. Kap. 10.2.).

„Warum begreifen die Ärzte nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart? Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“ (vgl. Kap. 8.3.). Dieses Zitat aus „Die Reise mit Paula“ von I. Yalom zeigt den Wunsch der Patientin auch dann noch unterstützt zu werden, wenn zwar keine kurativen medizinischen Interventionen möglich sind, aber die Zeit noch genützt werden möchte. Menschen wollen sich dann dem widmen, was ihnen persönlich wichtig ist. Sie möchten sich vielleicht auf den Tod vorbereiten oder noch Anliegen besprechen, etwas klären oder sich verabschieden.

Ausbildungen im Bereich Hospiz und Palliativ Care sowie die aktuelle Literatur (vgl. Kap. 10.4) führen unweigerlich auch zu E. Kübler-Ross, einer Pionierin der Sterbeforschung. Sie beschäftigte sich damit, wie unheilbar kranke Menschen würdevoll begleitet werden können. Ihre Forschungsergebnisse initiierten die Anfänge für einen bewussten und wertschätzenden Umgang mit diesen PatientInnen, wenngleich ihr Konzept der Sterbephasen mittlerweile kontrovers diskutiert wird. Für den Umgang mit sterbenden Menschen können sie jedoch eine hilfreiche Stütze in der psychotherapeutischen Arbeit sein, sodass hier die fünfte Phase der Zustimmung näher

betrachtet wird. Vorausgesetzt, dass PatientInnen die ersten Phasen gut durchleben konnten, wären sie nach Kübler-Ross in dieser Phase dazu bereit, ihre Situation gelassener hinzunehmen. Sie würden müder und ruhiger und könnten mehr schlafen, „wie Neugeborene, nur mit umgekehrten Sinn“ (vgl. Kap. 10.3.). Therapeutische Begleitungen könnten in dieser Zeit kürzer werden, haben aber den Fokus den PatientInnen zu zeigen, dass sie nicht verlassen werden. Die Therapeutin solle bereit sein, die Ängste und Sorgen der PatientInnen aufzunehmen.

Die Beschreibungen in der Literatur decken sich mit der Arbeit der Therapeutinnen im Palliativbereich, wenn sie Konzentrierte Bewegungstherapie anbieten. Obwohl sich der Körper schon zu verabschieden scheint, finden sie eine individuelle Form der methodenspezifischen Arbeit aus der vielfältigen Auswahl. Eine beeindruckende Variante ist die Arbeit mit Gegenständen aus dem Alltag, wenn die Therapie am Krankenbett stattfindet. Die Expertin erzählt von einer palliativen Patientin, der sie ein Säckchen Knöpfe mitgebracht hat und die Auseinandersetzung mit dem sozialen Netz angeleitet hat. Mit den Knöpfen konnte die Familie aufgestellt und die aktuelle Situation veranschaulicht und wahrgenommen werden, sodass die Besprechung aus einem neuen Blick für die Patientin möglich wurde. Für die Betroffene stellte sich ein zufriedenes Gefühl ein, sodass sie beim Verabschieden von ihren lieben Angehörigen unterstützt werden konnte. Hier findet sich ein wertvolles Beispiel, wie gelungene Arbeit mit Konzentrativer Bewegungstherapie in der Sterbephase sein kann. In diesem Setting verwendet die Expertin die Gegenstände auch, damit PatientInnen Erfahrungen zu „schwer oder leicht, hart oder weich“ machen können, ohne diese direkt an ihrem Körper machen zu müssen.

Die Expertinnen stimmen mit vielen Autoren darüber überein, dass es um die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität geht. Die Wünsche der Menschen stehen in dieser Zeit im Vordergrund. Aus dem Wunsch und der Bereitschaft sich noch mit dem einen oder anderen Lebensthema auseinander zu setzen oder etwas zu klären, leiten sich die Interventionen oder Angebote der TherapeutInnen ab.

## 16. Zusammenfassung

Forschungsleitend ist die Frage, ob und wie sich die Konzentrierte Bewegungstherapie für die Arbeit mit onkologischen PatientInnen eignet. Dazu eine Masterthese zu verfassen, die auf problemzentrierten Interviews mit ExpertInnen aufbaut, war insofern eine Herausforderung, als sich herausstellte, dass kaum TherapeutInnen zu einem Interview bereit waren. Sie erklärten, dass sie nicht mit onkologischen PatientInnen als Psychotherapeutin in der Methode Konzentrierte Bewegungstherapie arbeiteten und keine Erfahrungen damit hätten. Umso größer ist mein Dank den Kolleginnen gegenüber, die sich dazu bereit erklärt und dafür Zeit genommen haben.

Dieser Bereich in der Psychotherapie verlangt von TherapeutInnen Fachwissen. Sie sollten über medizinisches Wissen, mögliche Therapien und die Phasen der Erkrankung Bescheid wissen. Aus dem Bereich Psychoonkologie steht eine große Auswahl an Literatur und Fortbildung zur Verfügung. Eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung einer Krebserkrankung ist ebenso wichtig, wie jene mit der eigenen Endlichkeit und der Bedeutung des eigenen Sterbens.

Da sich das persönliche Erleben der PatientInnen während der Zeit der Erkrankung verändert, sind große Unterschiede zu beobachten, je nach dem wo die Konzentrierte Bewegungstherapie angeboten wird. TherapeutInnen, die in der privaten Praxis tätig sind, begegnen den PatientInnen möglicherweise von der Diagnose (oder dem Verdacht) bis zum Fortschreiten der Erkrankung. In der Rehabilitationsklinik liegt der Fokus meist auf dem neu gewonnen Leben und dem Umgang mit der veränderten Situation. Im Hospiz- und Palliativbereich sind loslassen und verabschieden zentral. Die Familie der PatientInnen hat in der therapeutischen Arbeit einen großen Stellenwert. Aus allen Bereichen wird von gelungenen Betreuungen berichtet.

Eine Besonderheit in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen ist die Flexibilität, die von TherapeutInnen gefordert wird. Die Vernetzung mit anderen Behandlern ist oft hilfreich und entlastend. Von einem Treffen zum nächsten können sich die Themen der PatientInnen aufgrund veränderter Befunde stark verändern. Dafür eignet sich die Konzentrierte Bewegungstherapie, da sie von einem liebevollen Annehmen der PatientInnen im Hier und Jetzt ausgeht. Die Vielfalt an methodenspezifischem Vorgehen kann für diese PatientInnengruppe in allen Phasen der Erkrankung anbieten. Besonders für den Palliativbereich deckt sich die Literatur zur palliativen Haltung mit jener der Konzentrierten Bewegungstherapie.

## 17. Literaturverzeichnis

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U. Tschuschke, V. (2007) *Praxis der Psychoonkologie – Psychoedukation, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates

Beutel, M. E. (2010), *Psychoonkologie als Psychotherapie körperlich Kranker*. Psychotherapie im Dialog. 11. Jahrgang, Nummer 2, S. 117

Bonanno, G.A. (2012), *Die andere Seite der Trauer – Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden*. (Titel der amerikanischen Originalausgabe: The Other side of Sadness) Bielefeld und Basel: Edition Sirius

Eulerich-Gyamerah, S. (2015), *Grenzen geben Halt*, Zeitschrift Konzentrierte Bewegungstherapie. Nürnberg und Wien: DAKBT und ÖAKBT

Frede, U. (2012), *Ertragt mich, dass ich rede*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz

Fritzsche, K. Gözl, T. (2010), *Was kann Psychotherapie bei Krebspatienten bewirken?* Psychotherapie im Dialog. 11. Jahrgang, Nummer 2, S. 120

Gahleitner, S. B. Schmitt, R. Gerlich, K. (2014), *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Weitramsdorf-Weidach: ZKS-Verlag

Illichmann, H. (1997), *Identitätskrisen als Entwicklungsimpuls – Therapeutische Einsichten in die Konzentrierte Bewegungstherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Küber-Ross, E. (1971), *Interviews mit Sterbenden*. (Titel der Originalausgabe: On Death and Dying) Stuttgart: Kreuz Verlag

Mayring, Ph. (2010), *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Pezold, H. G. (2010), *Trauer, Complicated Grief, Trost, Trostarbeit – integrative Perspektiven*. Düsseldorf: Verlag Pezold

Pokorny V., Hochgerner M., et al. (2001), *Konzentrierte Bewegungstherapie – Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren*. Wien: facultas

Reuter, K. (2010), *Supportiv-expressive Gruppentherapie – Chancen und Grenzen des prozessorientierten Arbeitens in der Psychoonkologie*. Psychotherapie im Dialog. 11. Jahrgang, Nummer 2, S. 125

Schultz-Kindermann, F. (2015), *Von Angesicht zu Angesicht – Psychoonkologische Begleitung als existenzielle Begegnung*. Leidfaden, Fachmagazin für Krisen, Leid und Trauer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Söllner, W. (2010), *Psyche und Krebs – Können psychosoziale Faktoren Krebs verursachen oder den Verlauf von Krebserkrankungen beeinflussen?* Psychotherapie im Dialog. 11. Jahrgang, Nummer 2, S. 145

Tschuschke, V. (2. Auflage, 2006). *Psychoonkologie – Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer

Weiss, J. (2010), *Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung*. Psychotherapie im Dialog. 11. Jahrgang, Nummer 2, S. 113

Yalom, I. D. (2000), *Die Reise mit Paula*. München: btb

Yalom, I.D. (2002), *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: btb