

Psychoonkologie

Zur Bedeutung psychischer Prozesse bei Krebserkrankungen

V. Tschuschke

Abteilung für Medizinische Psychologie, Institut für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln

Schlüsselwörter

Krebs und Psyche, Psychoonkologie, Coping bei Krebs, psychoonkologische Intervention

Zusammenfassung

Psychoonkologie ist ein vergleichsweise junges interdisziplinäres Feld unterschiedlicher medizinischer und psychosozialer Grundberufe bei der Erforschung der Rolle psychischer und sozialer Mechanismen bei der Entstehung von oder im Zusammenhang mit dem Verlauf von Krebserkrankungen. Der derzeitige Stand der psychoonkologischen Forschung umfasst bereits einige 10 000 evidenzbasierter Studien, darunter eine große Zahl randomisiert-kontrollierter Studien. Voreilige Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Rolle psychischer bzw. sozialer Faktoren bei der Entstehung von Krebserkrankungen sind jedoch in jeder Hinsicht verfrüht, sowohl in positiver wie in negativer Hinsicht. Das Gleiche gilt für die Rolle psychischer und sozialer Faktoren auf ihren Einfluss auf den Verlauf der Erkrankungen und die dadurch möglicherweise bedingte Überlebenszeit. Die Bestreitung eines relevanten Einflusses psychosozialer Variablen auf den Krankheitsverlauf müssen derzeit als rein ideologisch bezeichnet werden wie ebenfalls ihre unkritische Postulierung. Der Stand der Forschung findet gleich viele empirische Belege für einen signifikanten Einfluss wie für das Gegenteil. Die Gründe für das Patt der Forschung dürften in methodologisch unzureichenden Studien liegen, die z. B. Coping unzureichend erfassen, die Professionalisierung psychoonkologischer Therapeuten nicht ausreichend berücksichtigen und ungenügend die Komplexität beteiligter Variablen erfassen.

P psychische Aspekte im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung beschäftigen die Menschen seit jeher. Zu wohl keiner anderen Erkrankung gibt es so viele Theorien und Meinungen in der Bevölkerung wie speziell zur Krebserkrankung. Entsprechend vielgestaltig zeigen sich auch die Empfehlungen und Maßnahmen, die zur Heilung führen sollen. Manigfaltige Angebote im klinischen Bereich leben von sogenannten alternativen Therapien, von denen sich ein Großteil speziell auf die Krebsbekämpfung konzentriert. Bei den allgemein als „Krebs“ bezeichneten Er-

Keywords

Cancer and psychological distress, cancer and psychological response, psycho-oncology, cancer and coping, coping with cancer, cancer and psychosocial intervention

Summary

Psycho-oncology is a rather young multi-disciplinary field of research aiming at the investigation of the contribution of psychosocial variables to the onset of cancer and the progression of the disease as well. The actual knowledge covers several 10 000 evidence-based studies, amongst them a major number of randomized-controlled studies. Conclusions regarding the role of psychological and social factors in causing cancer are premature in either direction, pro and contra. The same holds true for the role of psychological and social variables in respect to their impact on the process of the diseases and their possible impact on survival time. Arguments in either direction – be it pro or contra – are based ideologically solely at this time. The reasons for this undecided situation lie in insufficient studies, which take not into account proper measurements of coping, a qualified training of therapists in psycho-oncology, and in invalid studies which do not integrate enough variables of the highly complex interaction between somatic and psychosocial variables.

Psycho-oncology – cancer and psychological response coping with cancer

Nervenheilkunde 2008; 27: 823–840

krankungen handelt es sich um unterschiedlichste Erkrankungsformen, denen allen lediglich gemeinsam ist, dass es sich um maligne neoplastische Prozesse im Organismus handelt, die – ungehindert – unweigerlich zum vorzeitigen Tode des Organismus führen, weil sie lebenswichtige Funktionen zum Erliegen bringen könnten. Das Interesse am Krebs ist seit jeher so groß wie an keiner anderen Krankheit. „Krebs, eine Krankheit wie keine“ (49) ist die gefürchtetste aller medizinischen Diagnosen. Eine mystische Aura umgibt „den Krebs“. Tatsächlich aber handelt es sich nur um eine ► Sammel-



Zertifizierte Fortbildung für Ärzte aller Fachrichtungen

Die *Nervenheilkunde* bietet Ihnen interdisziplinäre Fortbildung aus Neurologie und Psychiatrie. Regelmäßig erscheinen CME-Beiträge, zu denen jeweils 10 Multiple-Choice-Fragen gestellt und ausschließlich online unter cme.schattauer.de beantwortet werden können. Die Fortbildungstexte werden von erfahrenen Autoren verfasst und decken das gesamte Spektrum klinisch relevanter Fragestellungen ab.

Alle CME-Artikel der *Nervenheilkunde* werden durch die Bayerische Landesärztekammer autorisiert und sind damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Die Zeitschrift ist offiziell zur Vergabe von Fortbildungspunkten im Rahmen der Fortbildungszertifikate berechtigt.

Als Abonnent dieser Zeitschrift ist für Sie die Teilnahme an der CME-Fortbildung kostenlos. Nicht-Abonnenten benötigen für die Teilnahme CME-Credits. Weitere Informationen erhalten Sie unter cme.schattauer.de

► Krebs ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedlichste Erkrankungen mit unterschiedlichsten Prognosen, die alle lediglich gemeinsam haben, dass sie aufgrund ungehemmten Zellwachstums – unbehandelt – lebenswichtige Funktionen des Organismus nachhaltig beeinträchtigen.

bezeichnung unterschiedlichster Formen eines bösartigen Zellwachstums mit größtenteils ganz unterschiedlichen Prognosen und vermutlich ganz verschiedener Ursache, Genese und Beeinflussbarkeit.

Krebs wird mit dem Bösen schlechthin identifiziert, obwohl auch andere schwere chronische Erkrankungen tödlich verlaufen können und derzeit noch mehr Menschen in den westlichen Gesellschaften z. B. an Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben als an Krebserkrankungen. Bereits die metaphorische Assoziation, die der Begriff „Krebs“ auslöst, spricht für sich:

„Sie (die Krebskrankheiten, d. Verf.) gelten, wie Krebstiere, als meist unsichtbare Lebewesen der Nacht, die sich in unberechenbarem *Krebsgang* scheinbar widersinnig fortbewegen. Wie durch Schalen geschützte Krebse sind auch die Krankheiten *Krebs*, dieser Metapher folgend, zupackend, mit starrem Blick verfolgend, unersättlich Qualen bereitend und den Tod des Opfers zum Ziele habend“ (48, S. 13).

Erstmals wurde von Galen die Metapher des Tieres Krebs für die Erkrankung gewählt, der angeblich beobachtet haben wollte, dass Frauen mit einem Mammakarzinom ein krebsartiges Gebilde auf der Brust entwickelten (5).

Die mit der Erkrankung verbundenen innerorganismischen, entgleisten Zellwachstumsprozesse werden in der Metapher quasi personifiziert. Sie werden zum Gegner, dem Bösen (besser: Bösewicht) erklärt: „Plötzlich auftauchend, dort, wo alles gut schien, unbegreiflich in ihren Gründen und in ihrem Ablauf, und ein Widersacher des Lebens, so wie der personifizierte Böse, der aus dem Mittelalter bis in die neueste Katechismusausgabe herüber gerettet wurde“ (49).

Aber selbst in einer aufgeklärteren Sichtweise wird eine Krebserkrankung wie eine „moderne Seuche“ empfunden: „Krebs bedeutet einen schweren Schicksalsschlag, unheilbare, unbeeinflussbare Krankheit, sicheren und nicht plötzlichen Tod, sondern langsames qualvolles Dahinsiechen. Dem Krebs haftet etwas Unheimliches, Hinterlistiges und Böses an. Er kann Strafe, Schuld oder Sühne bedeuten. Krebs heißt auch fehlendes Leistungsvermögen, somit Wertlosigkeit und Verachtetwerden, den anderen zur Last fallen. Er trägt die Zeichen des Aus-

satzes, des Ausgestoßenseins, der Isolation, der Hilf- und Hoffungslosigkeit“ (33).

Nicht das dunkle unbekannte Böse, sondern gar der Böse, der Teufel oder das Teufliche in Gestalt des Krebses ist der personifizierte Gegner, der Feind des Lebens, der sich in den Leib eingeschlichen hat, der sich nun des Leibes und damit der Person bemächtigt. So wird verständlicher, warum „der“ Krebs seit der Antike mit dem Bösen im Menschen in Verbindung gebracht wird, denen aus dem Weg zu gehen sei. Und damit wird auch verständlich, warum viele Erkrankte davon berichten, dass sie sich auf für sie unverständliche Weise plötzlich von Freunden oder Bekannten gemieden fühlen.

Die Emotionalisierung von Krebserkrankungen führte somit zur Suche nach Auswegen, wie mit dem Bösen umzugehen sei, wie das Böse in den Körper kommen konnte oder könnte und wie es wieder hinauszubringen bzw. wie es fernzuhalten sei. Der Glaube – in Form von sogenannten Laittheorien – ist in der Bevölkerung weit verbreitet, dass man deswegen an einem Krebs erkrankt sei (der Betroffene selbst oder andere), weil irgend etwas in der Lebensführung im Vorfeld der Erkrankung beim Betroffenen nicht gestimmt habe (73). Der häufig zu beobachtende und von vielen Patienten berichtete Bruch in sozialen Beziehungen mit ihren einhergehenden bzw. zugrunde liegenden massiven Veränderungen in der Kommunikationsstruktur mit der vertrauten Umgebung könnten hier ihre Wurzel haben (7), man geht auch dadurch dem Bösen aus dem Weg, indem man den Kranken meidet, in den ja das Böse Einzug gehalten hat.

Psyche und Krebsentstehung

Eine sehr weit in der Bevölkerung verbreitete Auffassung ist die der psychischen Verursachung einer Krebserkrankung. Die ►► „Krebspersönlichkeit“ oder Typ-C-Persönlichkeit wurde eingangs kurz als verbreitete Auffassung in der populären Meinung und auch mancher Forschungsansätze erwähnt. Sie geht zurück auf historisch überlieferte Sichtweisen zu Zeiten von Hippokrates und Galen.

►► Die sogenannte „Krebspersönlichkeit“ ist eine in der Öffentlichkeit weit verbreitete Auffassung und wird als eine Erklärung für Krebserkrankungen angesehen.

Persönlichkeit als Konstrukt meint die „integrierte und dynamische Organisation der physischen, mentalen, moralischen und sozialen Qualitäten eines Individuums, wie sie sich in Beziehung zu anderen Menschen manifestiert“ (17). Sie kann ebenfalls als Komplexität der natürlichen und erworbenen Impulse und Gewohnheiten der Person beschrieben werden, wie sie sich in unseren sozialen Interaktionen ausdrücken (75).

Spricht man die „Krebspersönlichkeit“ als mögliches Konzept zur Untersuchung eines zur Krebserkrankung disponierten Persönlichkeitstypus an („cancer prone personality“), so handelt es sich um eine stereotype Typologie, bei der extreme Charakteristika in den Blick genommen werden – wie z. B. emotionsarme bzw. -gehemmte Ausdrucksweise, depressive Grundpersönlichkeit, Ärgerunterdrückung, die keine normale oder durchschnittliche Person kennzeichnen, sondern Elemente von Verhaltensweisen.

Die verfügbare psychoonkologische Forschungsliteratur ist meist einfaktoriell ausgerichtet gewesen, man war lange Zeit – ganz entgegen der Komplexität des Coping-Ansatzes – an einem simplen Ursache-Wirkungsmechanismus interessiert (61). Ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal wurde im Hinblick auf das Auftreten einer Krebserkrankung betrachtet. Drei verschiedene methodische Vorgehensweisen lassen sich voneinander unterscheiden (75):

- retrospektiver Ansatz
- semiprospetiver Ansatz
- prospektiver Ansatz

Retrospektive Studien

Es wurden Merkmale der Persönlichkeit untersucht, wenn eine Krebserkrankung bereits vorlag. Es werden Patienten bezüglich ihrer Einschätzungen retrospektiv befragt, das heißt, sie sollen sich retrospektiv im Vorfeld der Erkrankung beschreiben. Ergebnis solcher Untersuchungen ist fast regelmäßig, dass ein Persönlichkeitstypus resultiert, der durch Unsicherheit, Unterdrückung negativer Emotionen (speziell Ärger), mit einer angepassten, sich unterordnenden Attitüde gekennzeichnet ist.

In einem differenzierten Überblick konzentrierte sich Jensen (34) auf Brustkrebs-

erkrankungen. Hierbei handelt es sich um eine Form der Krebserkrankung, die ein großes Ausmaß von psychosozialen Forschungsinteresse auf sich gezogen hat, teilweise wegen ihrer hohen Prävalenz (sie ist die am häufigsten auftretende Krebsart bei Frauen in den westlichen Staaten) und wegen ihrer hohen Mortalität (an zweiter Stelle hinter Lungenkrebs).

Jensen geht sehr kritisch mit der Methodik in vielen Studien auf diesem Gebiet um und schlussfolgert, ► dass es keine valide Basis für die Annahme einer Korrelation zwischen der Persönlichkeit und dem Risiko der Frauen, diesen Krebs zu entwickeln, gebe. Dennoch empfiehlt er, weitere Untersuchungen im Bereich „unterdrückte Aggression und Introversion“ vorzunehmen. Dieser interessante Aspekt beruht auf frühen Arbeiten von Morris und Greer (52), die fanden, dass die Unterdrückung von Ärger mit einem höheren Risiko, eine Brustgeschwulst bösartiger Natur zu entwickeln, assoziiert war.

In einem sorgfältigen Literaturüberblick bezüglich Lungenkrebserkrankungen kamen Bernhard und Ganz (8) zu einer ähnlichen Schlussfolgerung wie Jensen: Einige frühe Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass emotionale Unterdrückung und Konformität mit einem Lungenkrebsrisiko assoziiert seien; allerdings sei es schwierig, diese Variablen vom Rauchverhalten abzutrennen, das einen profunden Einfluss auf die Krankheitsinzidenz habe, wie auch von den Einflüssen einer latenten oder evidenten Erkrankung. Die Autoren fanden keinen konsistenten Nachweis für eine Persönlichkeit, die das Risiko für eine Lungenkrebserkrankung erhöhen würde.

Kune und Mitarbeiter (40) verglichen in einer kontrollierten Studie 637 Patienten, die als an kolorektalem Karzinom Erkrankte neu diagnostiziert waren, mit 714 nach Alter und Geschlecht gematchten, normalgesunden Personen. Die Autoren beobachteten, dass die Krebspatienten signifikant mehr von einer unglücklichen Kindheit und ihrer jüngsten Vergangenheit als Erwachsener berichteten als die Kontrollpersonen; außerdem gaben sie an, starkes Unwohlsein als Reaktion auf Ärger zu verspüren, darunter waren „Resignationsgefühle“, „depressive Gefühle“ oder sich „aufgewühlt füh-

► Aufgrund des retrospektiven Charakters vieler Studien kann man zum Beitrag der Psyche bei der Krebsentstehung keine Aussagen machen.

len“. Die Autoren bemerken, dass die genannten Beziehungen zwar moderat, aber dennoch signifikant waren (z. B. streute das relative Risiko für Ärger zwischen 1,54 und 2,54 und das für Verlust eines Elternteils und Unglücklichsein von 1,58 bis 1,88). Auch gaben sie das potenzielle Problem eines Erinnerungsbias zu bedenken, hervorgerufen durch das Wissen um die Krebsdiagnose, das die Antworten der Patienten auf Fragen beeinflusst haben könnte (Patienten können eventuell unterschiedlich auf Fragen über soziale Erwünschtheit und Gefühlsausdruck geantwortet haben).

Semiprospektive Studien

Solche Untersuchungen erfassen die Patienten vor der eigentlichen Diagnose. Entweder ist der Untersucher blind für die Diagnose oder der Patient selbst. Eine der frühesten Studien dieser Art ist die von Kissen (37), der Patienten mit einem Lungenkarzinom mit Kontrollpersonen verglich, die unter Brustkastenbeschwerden litten. Der Untersucher war „blind“ gegenüber der Diagnose und kam zu der Auffassung, dass die Patienten mit einem Lungenkarzinom eine geringere Fähigkeit zum Emotionsausdruck hatten, selbst bei Kontrolle der Rauchgewohnheiten.

Wie Spiegel und Kato (65) berichten, ergab sich ein ähnliches Bild erst in jüngster Zeit für Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs (4). Biopsien zeigten, dass ein größeres Ausmaß an Dysplasie mit einem eher „respektvollen“ und konformistischen Persönlichkeitsstil assoziiert war. Die Testungen waren durchgeführt worden nach der Untersuchung durch den Arzt und noch bevor die Ergebnisse der Biopsie bekannt waren. Die Verhaltensweisen konnten nicht aufgrund einer schwereren Erkrankung als mehr „konformistisch“ oder mehr „respektvoll“ bewertet werden, da zervikale Dysplasien symptomlos sind. Ein Beitrag anderer behavioraler Einflüsse bei der Entwicklung von zervikalem Krebs ist wahrscheinlicher, da sexuelles Verhalten und die Exposition gegenüber dem menschlichen Papillomavirus, Ernährungsverhalten und Rauchen weiterhin zum Risiko beitragen (41).

Weitere Studien dieser Art zeigten Watson und Greer (75) zufolge einen unnormalen Ausdruck von Emotionen (25, 53), ratio-

nalisierendes und emotionsunterdrückendes Verhalten (77), weniger Ärger und Aggressivität (24) oder eine Unterdrückung von Emotionen mit einer Unfähigkeit zum Ärgerausdruck (11).

Aufgrund der Tatsache, dass diese Studien Persönlichkeitsprofile vor dem Bekanntwerden von Biopsieergebnissen erfassten, sind sie retrospektiven Untersuchungen, die nach den Diagnosen durchgeführt wurden, eindeutig überlegen. Watson und Greer (75) verweisen dennoch auf die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten heutzutage sensibler für und kenntnisreicher über Krebserkrankungen seien und bereits Vorstellungen über Krebs entwickelt haben könnten, bevor sie Kenntnis über die Diagnose erlangten, was die Validität der semiprospektiven Untersuchungen fraglich erscheinen ließe.

Scherg (59) legt sogar die Vermutung nahe, dass die Bemühung, ein mögliches Bias um die Kenntnis der Diagnose auszuschalten, gerade den Persönlichkeitseffekt hervorrufen könnte, der untersucht werden soll. Noch wichtiger dürfte nach Watson und Greer (75) jedoch die Geschwindigkeit sein, mit der heutzutage eine Krebsdiagnose erreicht werden könne, was die Möglichkeit einer prädiagnostischen psychologischen Einschätzung insgesamt doch stark herabsetze.

Prospektive Studien

Die stärkste Unterstützung für jegliches psychologische Modell bei der Krebsentstehung sehen Watson und Greer (75) in den Ergebnissen echter prospektiver Studien. Nur ließen sich Untersuchungen dieser Art leider an einer Hand abzählen. Bei der Mehrheit handele es sich um exploratorische epidemiologische Studien, die nach Faktoren vor Erkrankungsmanifestationen suchten, also nicht spezifisch auf Krebserkrankungen ausgelegt gewesen seien. Entsprechend uneinheitlich hätten sich die Ergebnisse dargestellt.

Hagnell (29) fand keine Beziehungen zwischen Persönlichkeit und nachfolgender Krebsinzidenz, obwohl die Daten einen Trend zu einer „unstabilen“ Persönlichkeit bei Frauen nahe legten, der Krebsentstehung mit beeinflusst haben könnte.

Watson und Greer (75) kommentieren das Typ-C-Persönlichkeitsmodell – einer für

eine spätere Krebserkrankung disponierende Qualität von menschlicher Persönlichkeit – insgesamt sehr kritisch. Dieses ursprünglich von Morris (51) verbreitete und später von Temoshok (67) aufgegriffene Konzept – dem Typ-A-Konzept der Risikopersonlichkeit (stark emotional, aggressiv) für eine koronare Erkrankung entgegengesetzt – sei charakterisiert durch ein Verhalten, das als unterwürfig, angepasst, unsicher, schwach im Ausdruck negativer Emotionen (speziell von Ärger) zu bezeichnen sei. Dieses „Typ-C-Verhaltensmuster“ wurde öfters bei Patienten empirisch festgestellt, die eine Krebserkrankung entwickelten. Watson und Greer (75) betonen jedoch, dass die Koexistenz eines solchen Verhaltensmusters nicht ausreicht, die Annahme einer kausalen Beziehung zu stützen. Es habe bislang kein klares biologisches Bindeglied zwischen Typ-C-Verhalten und Krebs gefunden werden können. Es müsse ferner berücksichtigt werden, dass Persönlichkeitstypologien Stereotype seien, die nur einen Bruchteil der untersuchten Personen als „true to type“, also typenkonform, mit dem vollen Bild der fokussierten Verhaltensmerkmale, charakterisieren würden.

Schwarz (61) kritisiert das Konzept der Krebspersönlichkeit dahingehend, dass nur „... der reaktive Charakter, also die krankheitsbezogene Natur der Phänomene des Typus C nachgewiesen ist. Die relativ einhellige Literaturmeinung zu den Merkmalen von onkologischen Patienten findet darin ihre Erklärung, dass im Grunde immer dasselbe gemessen wurde, nämlich die Reaktion von Menschen auf eine Krebserkrankung“ (61).

Zuverlässige psychologische Daten seien im lebensgeschichtlichen Rückblick angesichts einer aktuellen Krankheitsbedrohung nicht zu erwarten (61). Einzig angemessene Studien zur Beurteilung kausaler Zusammenhänge seien prospektiver Natur.

„Die in Reaktion auf eine Krebserkrankung unausweichlich erscheinende Frage: „Warum gerade ich?“ – findet bei nahezu 60% der Kranken Antworten, die Vorstellungen einer psychischen Überlastung repräsentieren, oft mit selbstanklagender Tendenz und schuldhafter Verarbeitung (80). Persönliche Ursachenzuschreibungen im Sinne einer subjektiven Kausalität können

nicht als ein wissenschaftlich gültiges Datum hinsichtlich der Karzinogenese gewertet werden, sondern sind als Ordnungs- oder Sinnstiftungsversuche zu verstehen, im Kontext der Auseinandersetzung mit der Krankheitsrealität oder den Krankheitserwartungen“ (61).

Patienten suchen retrospektiv nach Erklärung für das Unerklärliche, und dies scheint bereits eine Form der Bewältigung darzustellen. So konnte im Rahmen der Ulmer Studie zur Bewältigung der Knochenmarktransplantation bei an Leukämie Erkrankten festgestellt werden, dass Patienten mit einer retrospektiven, spontan geäußerten Erklärung für ihre Erkrankung ein signifikant geringeres Niveau an Depression aufwiesen als vergleichbare Patienten ohne irgendeine Erklärung (42). Dies bedeutet für betreuendes medizinisches Personal, dass man Patienten ihre Laienvorstellungen nicht einfach nehmen sollte, völlig unabhängig von einer möglicherweise gegebenen Absurdität. Entscheidend wäre ausschließlich, ob diese Laienvorstellung hinsichtlich einer möglichen Ätiologie der Erkrankung stabilisierend auf den Patienten wirken und funktional für ihn bleiben würde, ihn also nicht noncompliant bezüglich der erforderlichen weiteren Behandlungsmaßnahmen werden ließe. Entscheidend ist die Stabilisierung und Compliance mit der notwendigen Behandlung. Ein Patient, der – trotz absurder Krankheitstheorien – unruhig und ins Agieren geraten würde, müsste allerdings konfrontiert werden. Sollte hingegen bei gegebener irrationaler Theorie eine Stabilisierung und Compliance ergeben, wäre es sinnlos, dem Patienten seine – offensichtlich beruhigende bzw. nicht beunruhigende – Theorie zu lassen. Labilisierungen der psychischen Verfassung sind das, was der Patient nun am wenigsten gebrauchen könnte.

Die zu einer Krebserkrankung neigende Persönlichkeit habe sich mittlerweile zu einem populären Mythos ausgewachsen, der sich hartnäckig in der Bevölkerung halte (16): „... wir bezweifeln jedoch, dass Wissenschaft allein jemals die Kontroverse hinsichtlich des Glaubens an psychologische Effekte im Bezug auf Krebs lösen wird“ (16, S. 148; Übers. v. Verf.).

Wenn man allerdings die psychosozialen Einflüsse, die den Krankheitsverlauf maßgeblich mit beeinflussen, berücksichtigt, dann muss man sich die Frage stellen, ob psychosoziale Variablen nicht doch den Ausbruch einer Krebserkrankung (mit) beeinflussen könnten? Warum sollten nicht ebenfalls psychische und/oder soziale Einflüsse die Entstehung einer Krebserkrankung (mit) bewirken, wenn sie nachweislich Krankheitsverläufe von Krebserkrankungen beeinflussen?

Eine indirekte Wirkung von depressiven Gemütszuständen auf den Organismus allerdings, speziell auf das Immunsystem, wird immer sicherer. Nune und Kollegen (57) untersuchten in einer kontrollierten Studie die Immunfunktionen bei depressiven Personen im Vergleich zu normalgesunden Kontrollpersonen. Depressive wiesen eine im Vergleich zu den Kontrollen „dramatische“ Reduktion in verschiedenen Immunparametern, darunter weißen Blutkörperchen, auf. Dieser psychologisch-immunologische Zusammenhang für depressive Gemütszustände ist mittlerweile in verschiedenen kontrollierten Studien eindeutig nachgewiesen (79). Kiecolt-Glaser und Glaser (36) weisen in einer metaanalytischen Übersicht auf die Wirkungen depressiver Zustände z. B. auf die Produktion entzündlichkeitsfördernder Zytokine hin, die zu maladaptiven immunologischen und endokrinen Veränderungen führen könnten. Solcher Art Entzündungen stünden in eindeutigem Zusammenhang mit Alterungsprozessen, einschließlich kardiovaskulärer Erkrankungen, womöglich auch kanzerogener Entwicklungen.

Neben den genannten epidemiologischen Studien gibt es eine große Zahl von klinischen Studien, die die Auswirkung von Depression auf den Krankheitsverlauf untersucht haben. Die meisten dieser Studien haben Patientinnen mit einer Brustkrebs-erkrankung untersucht. Die Hormonsensitivität vieler Brustkrebs-erkrankungen gibt ein Rationales ab für die Untersuchung gerade dieser Erkrankungsform wie auch die Bereitschaft vieler junger betroffener Frauen, in Forschungsfragen mit psychosozialen Aspekten zu kooperieren (6).

Eine recht neue, sehr umfangreiche prospektive Studie erfasste und begleitete

62 591 Personen in einer norwegischen Population (Nord-Trøndelag Health Survey – HUNT-II) über drei Jahre hinweg zwischen 1995 und 1997 (57). Speziell Personen mit hohen Angstwerten wiesen innerhalb dieser allerdings sehr kurzen Frist ein um immerhin 25% erhöhtes Risiko auf, prä-maligne Zellabnormitäten zu entwickeln.

Es gibt wenig Unterstützung für die These einer direkten Beziehung zwischen Depression und Krebsinzidenz, was konsistent ist mit dem insgesamt schwachen Nachweis für eine Beziehung zwischen psychosozialen Variablen und dem Auftreten einer Krebserkrankung, wie Spiegel und Kato (65) diskutieren. Dieses Forschungsgebiet leide unter erheblichen methodologischen Schwächen wie z. B. die vielen Studien, die im Design retrospektiv angelegt seien, Patienten also rückblickend befragten. Solche Untersuchungen gestatteten keine kausalen Schlussfolgerungen bezüglich der Beziehung zwischen psychosozialen Variablen und einer Krebsentstehung. Darüber hinaus unterlägen solche Untersuchungen einem Erinnerungsbias. Mit wenigen Ausnahmen – Ewertz (19) und Vogt und Mitarbeitern (74) – untersuchten die meisten Studien nicht die Bedeutung der erfassten Variablen über einen adäquaten Zeitraum, um die kausale Rolle der psychosozialen Variablen auf die Krebsinzidenz zu überprüfen. Die Verdopplungsrate von kanzerogenen Zellen könne von 36 Tagen bis zehn Jahren reichen (23). Aus diesem Grunde könnten sogar prospektive Studien, die Studienteilnehmer über 15 Jahre verfolgten, nicht lange genug dauern, um alle Krebserkrankungen zu erfassen, die psychosoziale Variablen innerhalb der Stichprobe beeinflussten.

Hürny (32) schlussfolgert gleichfalls aus den vorliegenden Ergebnissen, dass „... Depression ... als wesentlicher, spezifischer Risikofaktor für Krebs verworfen werden muss“ (32). Als Kritikpunkt hebt er einen Aspekt hervor, der in der angloamerikanischen Literatur bei den kritischen Bewertungen der methodischen Schwächen der vorliegenden Untersuchungen keine gesonderte Beachtung findet, nämlich, dass die meisten kleineren Studien, die einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und Krebs gefunden haben, „... auf offenen klinischen Interviews beru-

hen...“ und nicht auf einmaligen psychometrischen Messungen mit standardisierten Fragebögen, die mögliche Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren nur grob berücksichtigten. Dieser Aspekt beleuchtet ein mögliches methodisches Problem in vielen Untersuchungen innerhalb der Psychoonkologie.

Wenn man die methodisch inadäquate Erfassung von psychosozialen Stressoren (Depression, Angst) durch unvergleichbare, reduktionistische und unvalide Fragebogen und eine angemessenere Erfassung durch qualitative Interviews in Betracht zieht, wie dies Hüry nahe legt und wir auch in unseren Untersuchungen fanden, und wenn man darüber hinaus die sich neuerdings abzeichnenden kohärenten Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Stresszuständen (wie Depression oder Angst) und den damit korrespondierenden drastischen ungünstigen Reaktionen des Immunsystems zugrunde legt, dann wäre die Frage einer psychosozial – zumindest mitbedingten – Krebsgenese doch noch längst nicht vom Tisch. Allerdings wäre auch nicht von einem spezifischen, monokausalen Erklärungsansatz auszugehen, wie dies bereits mehrfach betont worden ist, sondern wohl von einem komplexen Modell, das negative Emotionen, ihre Wirkung auf Immun- und endokrine Funktionen sowie auf Verhaltensweisen (z. B. Autodestruktivität, Risikoverhaltensweisen, unangemessene Ernährung und mangelnde körperliche Bewegung, ein gestörtes Schlafverhalten, Dauerstress) und deren Rückkopplungseffekt auf das Immunsystem miteinbeziehen müsste (Abb. 1).

Insofern käme der Psyche doch eine möglicherweise entscheidende Rolle bei der Krebsentstehung zu. Abbildung 1 zeigt deutlich, dass hinter vielen maladaptiven Verhaltensweisen – indirekt – psychische Faktoren eine Rolle spielen. Die landläufige Auffassung, leider auch häufig im Mainstream der Psychoonkologie so vertreten, Depression oder Stress trügen nicht bei zur Kanzerogenese, man müsse diese Auffassung endlich ad acta legen, unterliegt einem simplen, monokausalen Ursache-Wirkungsdenken (69). Man kann die allermeisten ►► Krebskrankungen nur als multifaktoriell bedingte Erkrankungen ansehen, zu deren Entstehen langfristig viele Stresso-

ren im Organismus beitragen. Dazu gehören aber in allererster Linie psychische Faktoren, die hinter den fehlerhaften Verhaltensweisen wie mangelnde körperliche Bewegung, Fehlernährung, Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol und Drogenkonsum, falsche Biorhythmen stehen.

Psyche und Verlauf von Krebskrankungen

Kornblith (38) versucht mit ihrem Überblick ein Profil des gut oder schlecht adaptierten Krebsüberlebenden zu zeichnen. Natürlich ist eine Verallgemeinerung der dargestellten Ergebnisse aufgrund der sehr unterschiedlichen Krebskrankungen, der sehr heterogenen Personenstichproben und der sehr unterschiedlich verwandten Methoden zur Erfassung relevanter Kenngrößen ausgesprochen schwierig. Dennoch kommt Kornblith mithilfe der zahlreichen verfügbaren Untersuchungen zu einem Extrakt von fünf sich herauschälenden Faktoren, deren Wechselspiel grundsätzlich die Vulnerabilität der Patienten entweder im Hinblick auf eine Verschlimmerung oder eine Verminderung ihres Stresses und ihrer Lebensqualität durch die Erkrankung beeinflusste:

- medizinische Probleme, einschließlich prognostischer Aspekte, später Wirkungen des Krebses und/oder seiner Behandlung sowie komorbide Begleiterscheinungen
- soziale Unterstützung
- ökonomische Ressourcen
- intrapsychische Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale (beispielsweise psychologische Haltung) sowie prämorbid psychologische Strukturen
- Zeitspanne seit Beendigung der Behandlung

„Wie aus den ... Untersuchungen ersehen werden kann, stieg die Wahrscheinlichkeit für eine schlechte Anpassung mit zunehmenden krebserkrankungsbezogenen physischen Problemen und/oder komorbiden medizinischen Problemen an, dazu noch gekoppelt mit geringeren finanziellen Ressourcen, mit denen zu kämpfen war, geringerer sozialer Unterstützung, mit der Stress hätte abgepu-

►► Krebskrankungen sind in der Regel multifaktoriell bedingte Erkrankungen, denen eine Reihe von Stressoren zugrunde liegt, die auf Dauer die körpereigenen Regulationsprozesse überfordern.

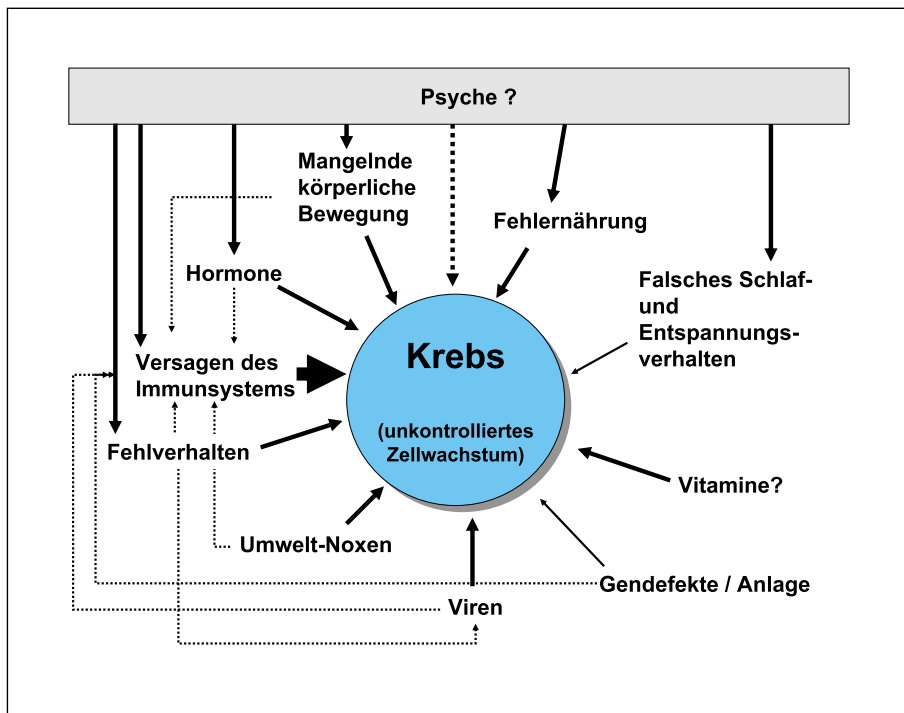


Abb. 1 Multifaktorielle Krebsentstehung

►► Abwehr(mechanismen) und Coping(strategien) sind ganz unterschiedliche psychische Adaptationsprozesse und werden konzeptuell meist nicht voneinander unterschieden, was selbst in Forschungsstudien häufig der Fall ist und zu den widersprüchlichen Forschungsergebnissen beiträgt.

fert werden können, sowie einer schlechteren Anpassung bereits vor der Diagnose.“ (38, S. 234; Übers. v. Verf.).

Man muss sicherlich den Faktor „ökonomische Ressourcen“ für unsere Verhältnisse relativieren, da die meisten der zitierten Studien in Nordamerika durchgeführt wurden, wo bekanntlich sozial schwächere Schichten im Krankenversicherungssystem und damit bei den medizinisch erreichbaren Leistungen benachteiligt sind. Dennoch dürfte der Aspekt eines erhöhten Risikoverhaltens (Rauchen, einseitig-unzureichende Ernährung, allgemeines Gesundheitsverhalten) für schwächere soziale Bereiche und einer verspäteten und unzureichenden Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hierzulande zutreffen, sodass die ökonomische Variable auch in unserem Land bei der Anpassung an die Erkrankung eine Rolle spielen dürfte.

Die Frage nach der Bedeutung von bestimmten Copingstrategien im Hinblick auf eine bessere Anpassung an eine Krebserkrankung, deren Begleiterscheinungen und Auswirkungen auf die weitere Lebensführung, wird in ganz überwiegendem Ausmaß dahingehend beantwortet, dass sogenannte „aktive“, „kämpferische“ „expressive“ Bewältigungsstrategien als günstig für die Lebens-

qualität und allgemeine Funktionsfähigkeit (mit verminderter Beeinträchtigung) und „resignative“, „hilf- und hoffnungslose“, „ängstliche Grundhaltung“ oder „Fatalismus“ als ungünstig gefunden werden (60). „Hilflosigkeit“, zwanghafte Beschäftigung mit der Erkrankung wirken sich ungünstig auf das psychische Befinden aus (43, 55, 62). „Vermeidendes Coping“ ist ungünstig und wirkt sich noch nach Jahren psychisch negativ aus (28, 47, 66), im Gegensatz dazu ist gerade „aktive Akzeptanz“ hilfreich, während „Vermeidung“ sogar mit erhöhter Rezidivrate korreliert war (66). Diese Ergebnisse bei Brustkrebs-Patientinnen stehen in Übereinstimmung mit den Befunden bei Leukämie-Patienten unter Knochenmarkstransplantationsbehandlung (71). Spiegel (63) kommentiert die Vermeidungsstrategien als ursächlich für maladaptive Anpassung und nachfolgend defizitäres Bewältigungsverhalten, was sich dann wiederum ungünstig auf Krankheitsverläufe auswirkt.

Konzeptuell besteht in der ►► Forschung zumeist ein Wirrwarr, weil man ganz unterschiedliche psychische Adaptationsprozesse – Abwehr und Coping – nicht auseinander hält (54). Ein weiterer Grund für die widersprüchlichen Ergebnisse der Copingforschung. Abwehr ist ein tiefenpsychologisches Konzept und bezeichnet unbewusste Wahrnehmungsoperationen, wie z. B. Verleugnung, Projektion, Rationalisierung, Affektisolierung oder Intellektualisierung oder Verdrängung. Hierbei handelt es sich um unbewusste Manipulationen von als bedrohlich erlebten Situationen und Umständen innerhalb oder außerhalb der betroffenen Person (72), die die Psyche vornimmt, um nicht überfordert zu werden. Coping dagegen ist in der Regel ein bewusster Prozess der Erlangung von Sicherheit und Kontrolle (Bewältigung) über die Person betreffende Situationen, wie z. B. bestimmte medizinische Behandlungsmaßnahmen über sich ergehen zu lassen bzw. gezielt mitzutragen. Als Beispiele wären für ein aktives und als hilfreich angesehenes Coping Informationssuche, Problemanalyse, Compliance, Antizipation bzw. Selbstkontrolle oder für als ungünstig angesehenes Bewältigungsstrategien Resignation, Hadern, Grübeln, Fatalismus, Vermeidung oder sozialer Rückzug zu nennen. Eine ungünstige, die Wahrnehmung der

Realität verzerrende Abwehr (z. B. Projektion oder Verleugnung und Bagatellisierung) würde gar nicht mehr das Gefühl einer bestehenden bedrohlichen Situation vermitteln, die Kognition verzerren und somit das Individuum veranlassen, keine besonderen Bewältigungsanstrengungen zu unternehmen (72). Eine die Realität jedoch nicht verzerrende unbewusste Abwehr (z. B. Intellektualisierung oder Verdrängung) würde das Bedrohungsgefühl zeitweise minimieren, die kognitive Komponente der Bedrohung jedoch voll zulassen und das Individuum motivieren, Bewältigungsanstrengungen zu unternehmen.

Insofern ist es für das medizinische Personal von Bedeutung, die Wahrnehmungen und Haltungen des Patienten dahingehend einschätzen zu können, ob sogenannte primitive und die Realitätswahrnehmung verzerrende Abwehrmechanismen am Werke sind und die Bewältigungsressourcen des Patienten dadurch behindert oder dass diese gar nicht entwickelt werden können (was negative Auswirkungen auf die notwendigen medizinischen Behandlungsentscheidungen nach sich ziehen kann). Oder ob eine eher reife Form der Abwehr am Werke ist, die Situation schon richtig wahrgenommen und eingeschätzt wird, zeitweise jedoch eine gewisse Vermeidung bzw. teilweise Verdrängung hingenommen werden muss, weil der Patient nur so im Moment stabilisierbar erscheint. Wir haben es mit einer für Psychoonkologen typischen Situation zu tun, die eine gute Kenntnis des Patienten und häufigeren Kontakt mit ihm erfordert, eine Aufgabe, für die die Ärzte zu oft keine Zeit haben.

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wird bei Krebserkrankungen sehr uneinheitlich bewertet. Von Symptomen einer PTSD als einer ganz normalen, „gewöhnlichen“ Reaktion auf die Erkrankung sprechen Amir und Ramati (1) und Andrykowsky und Koautoren (2), Kornblith und Mitarbeiter (39) berichten von immerhin 15% von Langzeit-Überleberinnen frühzeitiger Brustkrebserkrankungen noch 20 Jahre nach der Chemotherapie. Dagegen kommentieren Deimling und Mitarbeiter (15), dass klinisch relevante Ausmaße einer PTSD bei Langzeitüberlebenden von Krebserkrankungen nicht festgestellt werden

konnten. Hingegen sei aber bei 25% eine klinisch relevante depressive Störung festgestellt worden. Depression und Angst werden generell als zumindest die Lebensqualität maßgeblich beeinflussende Größen bei Krebserkrankungen immer wieder diskutiert (46) und als Risikofaktoren für fehlgehende Langzeitanpassung an veränderte Lebensumstände (62).

Soziale Faktoren spielen in den vorhandenen Studien in der Gesamttendenz eine wichtige Rolle bei an Krebs Erkrankten. Mehrheitlich weisen Untersuchungen nach, dass soziale bzw. emotionale Unterstützung mit besseren Krankheitsverläufen bzw. rezidivfreiem oder Langzeitüberleben verknüpft sind (13). Sozial-emotionale Unterstützung bzw. die Fähigkeit zum Ausdruck von Affekten bei Betroffenen sind offenbar mitbestimmt von der sozialen Schicht (78) wie die Fähigkeit zur Aktivierung von hilfreichen Coping-Strategien (56).

Die Rolle von Distress-Erleben und -Ausdruck für den weiteren Krankheitsverlauf ist noch nicht ausreichend geklärt. Es gibt allerdings überwiegend Hinweise auf eine ungünstige Rolle von Distress (jeglicher als negativ und belastend erlebter Stress) im Zusammenhang mit Krankheitsverläufen und Überleben (14, 65). Der Einsatz von günstigeren Copingstrategien (z. B. Expression von negativen Affekten und Einsatz von Fighting Spirit) geht zugleich mit einer Reduktion von Distress bei Krebspatienten einher (12).

Die Ergebnisse sind etwas gemischt, wobei Studien mit signifikanten Zusammenhängen zwischen Coping-Bemühungen und Krankheitsverlauf die ohne Zusammenhänge deutlich überwiegen. Eine Zusammenstellung von 22 Studien (69) in einer Tabelle mit namhaftesten und allgemein als wichtigsten anerkannten Studien zu den Zusammenhängen zwischen Bewältigungsverhalten (Coping) und rezidivfreier bzw. allgemeiner Überlebenszeit zwischen 1977 und 2001 weist für eine eindrucksvolle Mehrheit von 82% der Studien eine überzufällige Beziehung zwischen Coping-Qualität bzw. -Ausmaß und Überlebenszeit nach. Sie kommt zu entgegen gesetzten Schlussfolgerungen wie die Metaanalyse von Petticrew und Mitarbeitern (58; Tab. 1).

Tab. 1 Studienergebnisse

Studien mit negativem Ergebnis		Studien mit gemischtem Ergebnis		Studien mit positivem Ergebnis	
Kleine Studie	Große Studie	Kleine Studie	Große Studie	Kleine Studie	Große Studie
4	13	-	2	5	3

Petticrew und Mitarbeiter bewerteten ihre Metaanalyse über Studien, die den Zusammenhang zwischen Coping-Qualität und Überlebenszeit bei Krebserkrankungen beleuchten sollte, im *British Medical Journal* 2002 dahingehend, dass Qualität und Intensität von Bewältigungsverhalten (Coping) seitens der Patienten keinen maßgeblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und damit auf die Überlebenszeit bei Krebserkrankungen nähmen. Diese Schlussfolgerung lässt sich so nicht aufrechterhalten, wie ich in Tabelle 1 versucht habe zu dokumentieren. Wenn man die größeren und sogenannten kleineren Studien im Original studiert – die Petticrew und Mitarbeiter in ihre Analyse aufgenommen haben – so gelangt man zu der Feststellung, dass die großen Studien sämtlich Fragebogen zur Erfassung von Coping eingesetzt haben, während die kleineren Studien zum Teil den Aufwand betrieben, objektivere Interviews zur Erfassung des Copingverhaltens einzusetzen.

Überlegungen, wonach Interviews einen methodischen Bias verursachen könnten, weil der Interviewer nicht blind gegenüber dem körperlichen Zustand seines Patienten-Interview-Partners sei, lassen sich durch methodische Sorgfalt und angemessene Untersuchungsdesigns ausräumen. Wesentlich sind nämlich halbstandardisierte bzw. vollstandardisierte Vorgehensweisen bei Interviews, wonach bestimmte Themen im Voraus festzulegen sind, über die gesprochen werden wird, es ist absolut sicher zu stellen, dass die Bewerter der Interview-Inhalte von den Interviewern verschieden sind und den Patienten nicht kennen, dass ein sehr aufwändiges Bewertungsmanual der qualitativ-quantitativen inhaltlichen Auswertung zugrunde gelegt wird und dass last but not least hohe Interrater-Reliabilitäten je Kategorie bzw. Skala erreicht werden (70).

Im Gegenteil sind ► Fragebögen sogar kontraindiziert. Gerade verhaltensbezogene Forschungen sind sehr sensible Bereiche,

die ungemein vielfältigen Verfälschungen unterliegen, weil der emotionale Faktor eine zentrale Rolle spielt (persönliche Betroffenheit/Bedrohtheitsgefühle, Schamgefühle, soziale Erwünschtheitsantworten, Wahrnehmungsverzerrungen, geringe Übereinstimmung zwischen Meinung/Einstellung und Verhalten, Abwehroperationen und Vieles andere mehr). Aus diesem Grunde erbringen große Untersuchungen (mit großen Stichprobenumfängen) in aller Regel keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen „gemessenem“ Coping und Überleben bei Krebserkrankungen – weil alle diese Studien Fragebögen einsetzen. Wenn man den Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Fragebögen und negativer Beziehung zu Überlebensmodalitäten bei Krebs betrachtet, findet man stets hochsignifikant positive Relationen. Man könnte es auch zynisch formulieren: Der Einsatz von Fragebögen zum Copingverhalten bringt mit Sicherheit (leicht nachprüfbar) keine Zusammenhänge zwischen der Qualität bzw. dem Ausmaß des Copings und Überlebensmodalitäten (rezidivfreies bzw. generelles Überleben)!

Hinzu tritt noch ein weiterer Artefakt der psychoonkologischen Forschung: Abwehr- und Copingprozesse – obwohl konzeptuell und methodisch strikt auseinander zu halten (35, 54, 72) – sollten grundsätzlich nicht vermischt werden (z. B. kann naturgemäß niemand bezüglich seiner Verleugnungsneigung befragt werden, womit ein wesentlicher Aspekt der Bewältigungsforschung in Fragebögen zwangsläufig ausgeblendet bleibt). Dies ist jedoch weltweit in der Forschung bislang kaum beachtet worden, ja, es steht zu befürchten, dass dies nicht einmal verstanden worden ist. Zudem wütet geradezu ein methodischer Pragmatismus (schneller Einsatz von kurzen Fragebögen), der dem subtilen Gegenstandsbereich in keiner Weise gerecht wird und ausschließlich den bequemsten Weg, weil personal- und zeiteinsparend, wählt; damit werden aber gerade keine validen Forschungsergebnisse produziert, sondern ausschließlich Fehlergebnisse.

Faller (21) diskutiert methodische Probleme kleiner Studien (z. B. zu geringe Stichproben, deren Ergebnisse sich in größeren Replikationsstudien nicht wiederholen ließen, Zufallsergebnisse, Schein-

► Die Erfassung von Copingstrategien mittels Fragebögen ist eine der Ursachen für uneinheitliche Forschungsergebnisse bezüglich des Beitrags hilfreichen Copings im Rahmen der Krankheitsentwicklung wie auch beim Beitrag zu den Überlebenschancen.

zusammenhänge). Ein Blick auf seine eigene Tabelle 1 hätte Aufschlüsse liefern können. Selbst bei der eigenen subjektiven Auswahl erweisen sich sämtliche vier negativen Studien – exakt im Gegensatz zu den drei Studien mit positiven Zusammenhängen – als Untersuchungen, die mit Fragebögen zum Coping-Verhalten gearbeitet haben (während zwei Studien mit positivem Zusammenhang mit Interviews arbeiteten).

Damit erweist sich der Forschungsstand für die Bedeutung von Coping bei Krebserkrankungen als ungeklärt! Es kommt also wesentlich darauf an, methodisch anspruchsvolle und hoch differenzierende Studien auszuwählen bzw. solche Studien durchzuführen, die dem hochkomplexen Gegenstandsbereich körperlicher Erkrankung und der Verbindung mit psychosozialen (sozialen, psychischen, psychoneuroimmunologischen) Variablen gerecht werden. Dies dürfte auf mehr als 90% aller Studien nicht zutreffen.

Die Meinung in der Literatur bis zu Beginn der 1990er-Jahre ist im Allgemeinen die, dass der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf gering sei und deutlich hinter die Bedeutung somatischer Faktoren zurücktrete (31; 44). De Boer und Kollegen (13) fanden in einer Metaanalyse über Studien zwischen 1979 und 1995 die stärksten Zusammenhänge für den Einfluss psychosozialer Variablen auf Rezidivfreiheit und Krebsüberleben in sozialer Unterstützung (in sieben von 15 Studien positive Zusammenhänge, in keiner der Studien ein negativer Zusammenhang). Hingegen seien für Copingstrategien wie „Fighting Spirit“, „stoische Akzeptanz“ und stressvolle, einschneidende Lebensereignisse keine interpretierbaren Beziehungen festgestellt worden. Dennoch gibt es in vielen Studien empirisch belegte Hinweise auf einen günstigen Zusammenhang zwischen einer aktiven, kämpferischen Haltung (sogenanntem Fighting Spirit) und besserem rezidivfreien oder generellen Überleben (20, 22, 27, 30, 71). Auch wenn der Coping-Faktor „Fighting Spirit“ sehr unterschiedliche Ergebnisse im Zusammenhang mit Überleben bzw. rezidivfreiem Überleben zeitigt, so zeigt sich auch, dass eine deutliche Hilf- und/oder Hoffnungslosigkeit mit drastisch erhöhten Rezidiv-Auftretenswahrscheinlichkeiten bzw. mit kürzerem

Überleben verbunden ist. Dennoch muss, Jimmie Holland darin folgend, konzediert werden, dass die meisten Studien methodologische Defizite aufweisen, die es mit sich bringen, dass so heterogene Ergebnisse aus den Studien resultieren. Dieser Einwand dürfte speziell das Konzept des „Fighting Spirit“ betreffen, wo die Operationalisierung des Konzepts der „Kämpferischen Einstellung“ methodisch äußerst heterogen und häufig unzureichend erfolgt ist.

Theoretisch ergeben sich vier verschiedene Möglichkeiten, wie ein aktiveres, womöglich kämpferisches Coping mit dem biologischen Verlauf der Erkrankung in Zusammenhang stehen kann (32):

- die Krankheitsverarbeitung kann sich auf die Compliance des Patienten mit der Behandlung auswirken und somit indirekt den Krankheitsverlauf beeinflussen
- die Krankheitsverarbeitung kann hauptsächlich durch den biologischen Verlauf bestimmt sein
- die Krankheitsverarbeitung kann den biologischen Verlauf der Krankheit direkt beeinflussen über psycho-neuro-endokrino-immunologische Mechanismen
- Krankheitsverarbeitung und -verlauf laufen unabhängig voneinander ab

Die Frage der Vernetzung der genannten Aspekte untereinander ist letztlich empirisch zu klären, allerdings unter Berücksichtigung adäquater methodologischer Vorgehensweisen. Es gibt Spiegel und Kato (65) folgend mehrende Hinweise, dass soziale Unterstützung eine positive Beziehung zum Überleben bei Krebs hat, obwohl die Beziehung im Kern unklar verbleibe und weitere Untersuchungen erforderlich mache. Die meisten Untersuchungen bezüglich sozialer Unterstützung pflichten der These bei, dass das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes – über den Kontakt mit anderen oder die Anwesenheit und Unterstützung von vertrauten Personen – das Mortalitätsrisiko bei Krebserkrankungen wie auch bei anderen Erkrankungen reduziert.

Emotionale Unterstützung als spezieller Form sozialer Unterstützung dürfte ein größerer Stellenwert zukommen als anderen sozial vermittelten Unterstützungsmaßnahmen (18, 26). Wenn Studien präzisere Operationalisierungen des Konstrukts „soziale

Unterstützung“ vornehmen, ergeben sich eindeutige Beziehungen zum Überleben. Im Gegensatz dazu stehen andere Studien, die soziale Unterstützung vermutlich nicht präzise genug erfassen – wie dies auch Spiegel und Kato (65) kommentieren – und womöglich deshalb auch keine Beziehungen zwischen Überleben und sozialer Unterstützung finden konnten (45).

Fighting Spirit als diskriminierender Aspekt im Hinblick auf Lebensqualität und rezidivfreies Überleben ist bislang noch relativ kontrovers diskutiert. Studien mit positiven Nachweisen auf eine Verbesserung der Situation Betroffener stehen andere Studien in vergleichbarer Zahl gegenüber, die keine günstigen Auswirkungen dieses Persönlichkeits- oder Coping-Merkmals feststellen konnten. Widersprüchliche Ergebnisse gibt es bislang nicht nur um das Fighting-Spirit-Konzept. Widersprüchliche Ergebnisse zum Stellenwert sozialer Unterstützung und psychologischer Persönlichkeitsmerkmale bei der Krebsprogression dürften auf methodologisch unzureichend konzipierte Untersuchungen zurückzuführen sein, die das aktive bzw. Fighting Spirit-Coping unzureichend erfassen (z. B. Fragebögen).

Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten

Die Forschung zu psychoonkologischen Interventionen kann sich inzwischen sehen lassen. Mehr als 20 Jahre Forschung in der Psychoonkologie haben zu einigen 10 000 Studien geführt, die vor allem folgende Aspekte als empirisch evident ausweisen (3, 68, 76):

- professionelle psychoonkologisch durchgeführte Interventionen bewirken hochsignifikant günstige Effekte, sei es auf Beratungs-, sei es auf therapeutischer Ebene,
- es gibt einen großen Fundus an technisch möglichen Interventionsformen, der sich bewährt hat (3),
- Angst und Depression lassen sich klinisch signifikant und nachhaltig reduzieren,
- Stress und Übererregung lassen sich klinisch signifikant und nachhaltig reduzieren,

- Fatigue lässt sich insbesondere durch bewegungstherapeutische Maßnahmen bedeutsam reduzieren,
- Behandlungsnebenwirkungen (Chemotherapie, Bestrahlungen) lassen sich mit Entspannungs- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen klinisch signifikant und nachhaltig senken,
- Lebensqualität lässt sich signifikant verbessern aufgrund der genannten Effekte.

Psychoonkologische Beratung ist wissenschaftlich kaum untersucht. Die wenigen vorhandenen Studien basieren auf zeitlich sehr schmalen Interventionszeiträumen und haben sehr heterogen qualifiziertes Personal eingesetzt. Immerhin zeigen die besseren Studien, dass ein professionell ausgebildeter psychoonkologischer Berater gute Effekte in den Bereichen Stress- und Angstreduktion erreichen kann.

Studien zur Wirkung von Entspannungsverfahren – z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, meditativ-imaginative Techniken – deuten darauf hin, dass die Entspannungsverfahren eher keine Therapie an sich darstellen, sondern unerwünschte und belastende Nebenwirkungen von Chemo- und Bestrahlungstherapie sowie erhöhte Erregungs- und Anspannungsniveaus wirksam bekämpfen können.

Musik- und Kunsttherapien sind im onkologischen Bereich wissenschaftlich praktisch nicht untersucht, von sehr wenigen Studien abgesehen. Einige wenige Studien verweisen darauf, dass ausgebildete Musiktherapeuten, auf die Bedürfnislage einzelner Patienten abgestimmt, kurzfristig günstige Effekte in den Bereichen Erregungsniveau, Anspannung, Schmerzen erzielen können. Demnach könnte Musiktherapie sehr gut in akut belastenden Situationen (Behandlungszyklen, terminale Phase) eingesetzt werden. Überraschenderweise gibt es an namhaften onkologischen Kliniken sehr ausgefeilte kunsttherapeutische Behandlungskonzepte, deren Wirksamkeit in Fallstudien sehr gelobt wird. Jedoch existieren keine wissenschaftlichen Evidenzen; es bleibt abzuwarten, was die ersten Studien erbringen werden.

Verschiedene komplementäronkologische Maßnahmen sind nach EBM-Kriterien mittlerweile ausreichend untersucht, um ih-

► Professionelle psychoonkologische Interventionsmaßnahmen bewirken in der Regel eine Abnahme von Depression, Angst und Stress und damit eine Zunahme an Lebensqualität.

re hilfreichen, ergänzenden Wirkungen wiederholt zu belegen (9). Aromatherapie und Massage, Geist-Körper-Konzepte, Akupunktur und Yoga sind sehr wenig empirisch untersucht worden bei Krebspatienten, sodass über die spezifischen Beiträge einzelner Verfahren nichts ausgesagt werden kann. Am ehesten ist eine Kombination aus Aromatherapie, kombiniert mit Massage-therapie untersucht (in zehn Studien). Es zeigt sich als generelle Wirkungsrichtung eine zumindest kurzfristige Angstreduktion, über deren Nachhaltigkeit allerdings nichts bekannt ist (68).

Sehr gut evidenzbasiert sind die ►► verhaltensmedizinischen (behavioral-kognitiven) Verfahren. Das Spektrum kognitiv-behavioraler Techniken umfasst Verfahren, die Entspannungen bewirken, Schmerzreduktionen, den Abbau von Angst und Stress sowie die Beeinflussung ungünstig-negativer Gedankenkreise. Sehr gut evidenzbasiert in ihrer Wirksamkeit ist die so genannte Adjuvant Psychological Therapy, ein kompaktes Kurzprogramm behavioral-kognitiver Interaktionen, das Partner bzw. Angehörige miteinbezieht, negative Befindlichkeiten nachhaltig günstig beeinflussen und Coping aufbauen kann (50). Kognitiv-behaviorale Verfahren reduzieren klinisch signifikant Stress, Depression, Angst, Tumorschmerzen, behandlungsbedingte Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen und gestatten es darüber hinaus, günstigeres Coping-Verhalten aufzubauen.

Einzeltherapeutische Interventionen bewirken immer dann sehr gute Effekte, wenn die professionelle Qualifikation des Behandlers gegeben ist (psychotherapeutische plus psychoonkologische Qualifikation). Bereits wenige Sitzungen bewirken sehr gute Effekte, sodass davon auszugehen ist, dass längere Interventionen noch bessere Wirkungen erzielen könnten (kaum untersucht). Sehr gute Effekte werden erzielt in den Bereichen Angstreduktion, Depression, Stress, Verbesserung von physischer Befindlichkeit (Schmerz, Übelkeit, Erbrechen) und Erhöhung der Lebensqualität.

Die größte Zahl an wissenschaftlichen Evaluationen liegt für Gruppentherapien bei Krebspatienten vor. Die große Mehrheit davon weist die Bedeutung spezieller psychoonkologischer Hilfen für in Gruppen behan-

delte Krebspatienten nach. Gruppen bieten einzigartige Wirkfaktoren, die in therapeutischen Einzelkontakten nicht auftreten können. Darunter befindet sich solche Wirkfaktoren wie Universalität des Leidens (man ist nicht alleine, anderen geht es ebenfalls so), Kohäsion (Zusammenhalt) und Feedback (von ebenfalls erkrankten peers nimmt man es unbewusst leichter an als von gesunden Therapeuten). Das Problem besteht allerdings oft darin, Patienten zur Teilnahme an Gruppen zu motivieren, da sie erstens Angst vor dem Leiden anderer – und damit vor der Konfrontation durch Leiden und Tod/Sterben – haben und zweitens schambesetzte Aspekte lieber einem einzelnen Therapeuten gegenüber äußern. Aber genau darin liegt der indikative Vorteil von Gruppen: Es muss um die Auseinandersetzung mit dem Unvermeidlichen und Schmerzhaften gehen, um zu einer wirklichen Bewältigung zu kommen. Es muss in der Tat um die „Entgiftung“ des Themas Tod und Sterben gehen. Eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit den – oder gar Verleugnung der unter der Bewusstseinsschwelle dennoch – vorhandenen Ängsten oder realen Bedrohung durch die Erkrankung führt zu nachweislich problematischeren und schlechteren Krankheitsverläufen (63, 64).

Psychoonkologische Interventionen und Überlebenszeit

Zu diesem Thema finden derzeit im Bereich der Psychoonkologie die heftigsten Kontroversen statt. Es handelt sich um nicht weniger als die Beantwortung der Frage, ► ob psychische Befindlichkeiten die Überlebenschancen bei Krebserkrankungen beeinflussen können oder nicht. Speziell an diesem kritischen Punkt scheiden sich die Geister und heftigste ideologische Auseinandersetzungen finden statt. Es gibt die Fraktion der Verneiner auf der einen und die der (eher optimistischen) Bejaher auf der anderen Seite. Beide Fraktionen lassen sich von ihren eigenen Sichtweisen und Überzeugungen leiten und befassen sich weniger (bis gar nicht) mit der objektiven Faktenlage.

Es gibt nämlich inzwischen durchaus – und derzeit stetig zunehmende – empirisch

►► Die Evidenzbasierung qualifizierter psychoonkologischer Interventionen ist am ehesten bei verhaltensmedizinischen, einzel- und gruppen-therapeutischen Maßnahmen gesichert.

► Derzeit ist die Frage noch nicht zu beantworten, ob qualifizierte psychoonkologische Interventionsmaßnahmen die Überlebenschancen bei Krebserkrankungen maßgeblich beeinflussen können oder nicht.

sehr aufwändige Studien, die auf sehr hohem Evidenzbasierungsniveau Aussagen zum Zusammenhang zwischen psychoonkologisch-therapeutischen Hilfen und Krankheitsverläufen (und damit Überlebenszeit) gestatten.

Tabelle 2 listet 15 Studien auf, deren Evidenzbasierung auf den Levels I und II angesiedelt ist, Studien also, die weitgehend interpretierbar sind, wenn man EBM-Maßstäbe zugrunde legt.

Man erkennt, dass Anfang der 1980er-Jahre die ersten Studien zu den genannten Zusammenhängen ihren Anfang nahmen. Die Tabelle weist aus, dass ca. genau die Hälfte der Studien entweder keinerlei Zusammenhänge mit Überlebenszeit findet, oder aber entgegengesetzt, die andere Hälfte der Untersuchungen weist nach, dass die jeweilige psychoonkologische Intervention hochsignifikant nachweisbar einen Effekt für die längere Lebenszeit derjenigen Patienten hatte, die eine psychoonkologisch-therapeutische Unterstützung erhielten.

Mittlerweile – auch aufgrund der ungeklärten Studienlage – nimmt die Zahl hochqualitativer Studien deutlich zu, handelt es sich um eine äußerst brisante Angelegenheit: Kann der menschliche Organismus durch die Aktivierung von Hoffnung und Lebenswillen über Auswirkungen auf die hormonellen und immunologischen Systeme den Tumor günstig beeinflussen oder nicht? Diese so genannte Mediationshypothese (10) ist in ihren einzelnen Kettengliedern empirisch nachgewiesen: psychische Erlebnisqualität beeinflusst das Immunsystem (Stress drosselt die Immunaktivität, Freude, Hoffnung und Optimismus aktivieren es), das Immunsystem selbst beeinflusst Tumorgewebe (es ist zu schwach oder stark und attackiert und gibt den Tumorzellen den Befehl zum Zelltod). Warum also sollte eine Verbesserung des Lebenswillens (Coping) und –mutes (z. B. durch psychoonkologische Intervention) nicht neuroimmunologische Mechanismen günstig beeinflusst werden, die wiederum Tumorgewebe attackieren?

Tabelle 2 lässt noch im Unklaren, ob psychoonkologisch-therapeutische Interventionsmaßnahmen die Überlebenschancen verbessern oder nicht. Möglicherweise sind die Ergebnisse so widersprüchlich, weil es sich um unterschiedliche Krebserkrankun-

gen handelt, mit unterschiedlichen Prognosen, weil die psychoonkologische Qualifikation der Therapeuten von Studie zu Studie variierte, weil die Dosis der Sitzungen zu unterschiedlich war, weil Variablen eine Rolle spielen, die noch nicht bekannt sind.

Jeglicher mit Überzeugung vorgetragener Auffassung – sei es pro oder contra Überlebenszeit-Effekt – sollte man mit großer Skepsis entgegen treten, es handelt sich nach der derzeitigen Studienlage ausschließlich um ideologisch motivierte Äußerungen, die Glaubenssystem nachhängen und bestimmte Interessen vertreten, mit Sicherheit aber nicht wissenschaftlich fundiert sind. Die Beantwortung der zentralen Frage nach dem Überlebensbeitrag durch professionelle psychoonkologische Therapie ist nach wie vor nicht zufrieden stellend erfolgt.

Überlegungen zur beruflichen Qualifikation

Die Betonung muss auf „psychoonkologischer Professionalität“ liegen. Das heißt, dass psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte und Psychologen nur mit ►► angemessener Zusatzqualifikation in Psychoonkologie die Kriterien für professionelle psychoonkologisch-therapeutische Interventionen erfüllen können. Diese, von den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern mit jeweils mehr als 100 Punkten zertifizierten, Zusatz-

►► Psychoonkologische Tätigkeit bedarf einer qualifizierten, anerkannten Zusatzqualifikation, da z. B. eine Psychotherapieausbildung (für therapeutische Interventionen im onkologischen Bereich) eine notwendige, aber noch nicht hinreichende Qualifikation darstellt.

Von Ärzte- und Psychotherapeutenkammern zertifizierte Fortbildungen in Psychoonkologie für unterschiedliche Grundberufe

- www.dapo-ev.de
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V., Münster
- www.pso-ag.de
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, Berlin
- www.psy-kom.de
Psychoonkologie-Fortbildung bei Psychologische Kompetenzsysteme GbR, Köln

qualifikationen kann man derzeit erst in wenigen Fortbildungseinrichtungen in Deutschland erwerben (z. B. bei der *dapo*, bei der *PSO* und bei *psy.kom*).

Zertifizierte psychoonkologische Beratungskompetenz an den genannten Instituten können nicht approbierte Berufe erlan-

Tab. 2 Studien zu psychosozialen Interventionen und Überlebenszeit bei Krebserkrankungen; RCT: Randomisiert-kontrollierte Studie, IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, QOL: Lebensqualität, SEGT: Supportive-Expressive Group Therapy, rot: kein Zusammenhang mit Überlebenszeit, gelb: gemischtes Ergebnis, grün: signifikanter Zusammenhang mit Überlebenszeit

Autoren	Patienten/ Erkrankungsformen	Stichproben- umfang (n)	Evidenzniveau/ Interventionsmethode (n)	Katamnese seit Diagnose bzw. Behandlung	Ergebnisse/ methodische Schwächen bzw. Stärken	Überlebenszeit (rezidivfreies bzw. generelles Überleben)
Linn et al. Cancer 1982; 49: 1048–1055	gemischte gastrointestinale Erkrankungen (Blase, Darm, Leber, Lunge, Magen)	120	RCT; IG: 62; KG: 58 Einzelberatung auf Anfrage (Dosis: bis zu einem Jahr)	1 Jahr	⇒ keine signifikante Reduktion von Depression ⇒ signifikante Steigerung von QOL ⇒ nur ein Berater (!) ⇒ zu späte Intervention? ⇒ kein Überlebenszeiteffekt	nein
Morgenstern et al. J Chronic Dis 1984; 37: 273–282	Mammakarzinom, nicht metastasiert	136	nachträglich gematchte Interventions- (n = 34) und Kontrollgruppen (n = 102) / psychosoziales Komplex-Programm	9 Jahre	⇒ QOL signifikant verbessert ⇒ Selektionsbias: Dauer der Zeit seit Diagnose und Studieneintritt (wird dieser Bias korrigiert, nur noch tendenzielle Effekte für längere Überlebenszeit der IG) ⇒ geringe statistische Power	ja / nein
Spiegel et al. Lancet 1989; 2: 888–891	Mammakarzinom, metastasierend	86	RCT; IG: 50; KG: 36 IG: Supportiv-Expressive Gruppentherapie (SEGT) Dosis: bis zu einem Jahr (wöchentliche Sitzungen zu je 90 Minuten) KG: keine Intervention	10 Jahre	⇒ signifikante Reduktion von Angst ⇒ Depression nicht signifikant reduziert ⇒ signifikante Schmerzreduktion ⇒ Stichprobe klein ⇒ Randomisierung wurde angezweifelt ⇒ signifikant längere Überlebenszeit	ja
Richardson et al. J Clin Oncol 1990; 8: 356–364	gemischte Blutkreislernkungen	69	RCT drei Bedingungen Krankenhausbetreuung und Hausbesuche (edukativ-informativ)	6 Monate	⇒ signifikant geringere Rezidivrate ⇒ zu kleine Stichprobe ⇒ zu geringe Katamnesezeit	ja
Gellert et al. J Clin Oncol 1993; 11: 66–69	Mammakarzinom (frühes Stadium und metastasiert)	136	nachträglich gematchte IG (n = 34) und KG (n = 102) / Peer-Support, individuelle Beratung, Entspannungstechniken, Meditation, Familientherapie	12 Jahre	⇒ keinerlei Informationen über Therapeuten ⇒ zu kleine IG bei zu heterogenen Erkrankungen ⇒ Patienten-Selbstauswahl!	nein
Illicky et al. Ann R Coll Physicians Surg Can 1994; 27: 93–96	gemischte Erkrankungsformen, unterschiedliche Erkrankungsstadien	124	RCT; IG: 93; KG: 31 über 24 Wochen wöchentlich Gruppenunterstützung (zum Teil drei oder sechs Monate bzw. ohne Gruppenleitung)	11 Jahre	⇒ psychologische Effekte unklar ⇒ Therapeuten uneinheitlich ⇒ teilweise sehr geringe Interv.-Dosis (sechs Sitzungen) ⇒ zu heterogene Interventionsdosen ⇒ Follow-up-Konzept unklar	nein
Cunningham et al. Psycho-Oncol 1998; 7: 508–517	Mammakarzinom, metastasierend	66	RCT; IG: 30; KG: 36 IG-Patienten erhielten über 35 Wochen je zweistündige supportiv-kognitive Gruppentherapie-Sitzungen sowie ein intensives Wochenend-Training in Coping-Strategien	4,5 Jahre	⇒ keine signifikanten Reduktionen problematischer Affekte ⇒ keine Verbesserung von QOL ⇒ sehr gut geschulte Therapeuten ⇒ zu kleine Stichprobe ⇒ Patienten der KG suchten wahrscheinlich außerhalb psychologische Hilfen ⇒ kein Überlebenszeiteffekt	nein
Edelman et al. Psycho-Oncol 1999; 8: 474–481	Mammakarzinom, metastasierend	124	RCT; IG: 62; KG: 62 Kognitive Gruppentherapie mit Coping- und Kommunikationsprogramm wöchentlich über acht Wochen sowie eine Familiennacht drei Monate später	5 Jahre	⇒ signifikante Reduktion von Depression ⇒ keine signifikante Reduktion von Angst ⇒ tendenziell weisen Patientinnen der Interventionsgruppe schlechtere Prognosen auf ⇒ kein Überlebens-Effekt	nein

Tab. 2 Fortsetzung

McCorkle et al. J Am Geriat 2000; 48: 1707–1713	solide Tumoren, gemischte Erkrankungsformen (ältere Patienten: 60 bis 92 Jahre)	375	RCT IG: 190 (erhielten Hausbesuche und Telefonanrufe über vier Wochen postoperativ), KG: 185 (erhielten onkologische Routineversorgung)	3,7 Jahre	⇒ trotz weit fortgeschrittener Erkrankungsstadien signifikant verbessertes Überleben in der Interventionsgruppe	ja
Goodwin et al. N Engl. J Med 2001; 345: 1719–1726	Mammakarzinom, metastasierend	235	RCT IG: 158 (SEGT) KG: 77 (keine Maßnahme)	6 bis 7 Jahre	⇒ signifikante Stressreduktion ⇒ signifikante Abnahme problematischer Affekte ⇒ signifikante Schmerzreduktion ⇒ tendenziell mehr Lymphknotenbefall bei Patientinnen der IG ⇒ Patientinnen der Kontrollgruppe holten sich vermutlich außerhalb der Studie psychologische Hilfen ⇒ kein Überlebenseffekt	nein
Fawzy et al. Arch Gen Psychiat 2003; 60: 100–103	Malignes Melanom, Stadien I und II	68	RCT IG: 34 (Einzel- und Gruppenintervention) KG: 34 (keine Maßnahme)	10 Jahre	⇒ signifikant verbessertes generelles Überleben ⇒ rezidivfreies Überleben nicht signifikant verbessert	ja
Kissane et al. Psycho-Oncol 2007; 16: 277–286	Mammakarzinom, metastasiert	227	RCT (10 Monate nach Rezidivierung) IG: 147 (1 Jahr SEGT plus drei Kurse Entspannungstherapie) KG: 80 (nur drei Kurse Entspannungstherapie)		⇒ sign. Reduktion von Depression und Hoffnungslosigkeit ⇒ ∅ 24 Monate Überlebenszeit bei IG-Patient. ⇒ ∅ 18,3 Monate Überlebenszeit bei KG-Patientinnen ⇒ kein signifikanter Überlebenseffekt	nein
Pinquart et al. Supp Cancer Care 2006; 15: 81–87	Akut-myeloische Leukämien	50	Naturalistische Studie	2 Jahre	⇒ höhere soziale Unterstützung bewirkt signifikant bessere Überlebenszeit ⇒ zu kleine Stichprobe	ja
Küchler et al. J Clin Oncol 2007; 19: 2702–2708	gemischte gastrointestinale Erkrankungen (Ösophagus, Magen, Leber/Galle/Blase, Pankreas, Colon)	271	RCT IG: 136 (sechs Sitzungen psychotherapeutische Unterstützung); KG: 135 (onkologische Routineversorgung)	10 Jahre	⇒ signifikant bessere Überlebenszeit bei psychotherapeutisch versorgten Patienten	ja
Spiegel et al. Cancer 2007; 110: 1130–1138	Mammakarzinom, metastasiert	125	RCT IG: 64 (SEGT + Psychoedukation über ein Jahr bei wöchentlichen Sitzungen zu je 90 Minuten); KG: 61 (Psychoedukation, wöchentlich über ein Jahr)	10 Jahre	⇒ kein signifikanter Überlebenseffekt bei Patientinnen mit hormonsensitiven Tumoren (Östrogen-Rezeptor-Status) ⇒ signifikanter Überlebens-Effekt bei Patientinnen ohne hormonsensitive Tumoren	ja/ nein

gen, z. B. Sozialarbeiter, -pädagogen, Pflegeberufe.

Derzeit gibt es noch nicht das Berufsbild des Psychoonkologen, die Politik wie die Krankenkassen sind jedoch aufmerksam geworden für die ungeheuer große Nachfrage auf Seiten betroffener Patienten und Angehöriger für eine angemessene psychosoziale Unterstützung, sodass immer wieder signalisiert wird, dass das Berufsbild des Psychoonkologen dringend zu schaffen ist. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer befasst sich seit geraumer Zeit mit der Frage, wie die curricularen Inhalte für den

Psychoonkologen im Rahmen der Psychotherapeuten-Ausbildung zu verankern und zu integrieren wären. Psychotherapeutische Qualifikation allein ist aus verschiedenen Gründen nicht hinreichend: Bei einer Krebserkrankung ist das Primat einer schweren körperlichen Erkrankung anzuerkennen und nicht von einer psychosomatischen Verursachung auszugehen. Existenzielle Fragen stehen im Fokus der Behandlung, die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben als Lebensthemen werden unabwiesbar für Betroffene und damit auch für den behandelnden Psychoonkologen. Das

heißt, die Selbsterfahrung der Behandler muss in den Mittelpunkt der Ausbildung gerückt werden, damit eine „Entgiftung“ der Thematik möglich wird; der Umgang mit den Ängsten und der Abwehr der betroffenen Patienten hat ein ganz anderer zu sein als bei psychogenen Erkrankungsformen und viele weitere Punkte mehr.

Literatur

- Amir M, Ramati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 195–206.
- Andrykowsky MA et al. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 827–34.
- Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V. Praxis der Psychoonkologie. Beratung, Psychoedukation, Therapie. Stuttgart: Hippokrates 2007.
- Antoni MH, Goodkin K. Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia, I: personality facets. *J Psychosom Res* 1988; 32: 327–38.
- Bahnsen CB. Im Spannungsfeld der Aggression – der Tumor – der Patient – der Therapeut. In: Jahrbuch der Psychoonkologie. Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.). Wien: Springer 1997; 181–97
- Barracough J. *Cancer and Emotion: A Practical Guide To Psycho-Oncology*. 2nd ed. Chichester: Wiley 1994.
- Benioff LR, Vinogradov S. Group psychotherapy with cancer patients and the terminally ill. In: *Comprehensive Group Psychotherapy*. 3rd ed. Kaplan HI, Sadock BS (Eds). Baltimore: Williams & Wilkins 1993; 477–89.
- Bernhard J, Ganz PA. Psychosocial issues in lung cancer patients (part 1). *Chest* 1991; 99: 216–239.
- Beuth J. Welche komplementärmedizinischen Verfahren sind wirksamkeitsgeprüft? In Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V. *Praxis der Psychoonkologie. Beratung, Psychoedukation, Therapie*. Stuttgart: Hippokrates 2007, 1–12.
- Bovbjerg DH. Psychoneuroimmunology: a critical analysis of the implications for psycho-immunotherapy. In: *The Psychoimmunology of Cancer. Mind and Body in the Fight For Survival*. Lewis CE, O'Sullivan, C, Barracough J (Eds). Oxford: Oxford Medical Publications 1994; 417–26.
- Cooper CL, Farragher EB. Psychosocial stress and breast cancer: the interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychol Med* 1993; 23: 653–62.
- Cordova MJ et al. Mood disturbance in community cancer support groups. The role of emotional suppression and fighting spirit. *Psychosom Res* 2003; 55: 461–7.
- De Boer MF et al. Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 215–30.
- De Brabender B, Gerits P. Chronic and acute stress as predictors of relapse in primary breast cancer patients. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 265–72.
- Deimling GT et al. Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncol* 2002; 11: 479–94.
- Doan B, Gray RE, Davis CS. Belief in psychological effects on cancer. *Psycho-Oncol* 1993; 2: 139–50.
- Drever J. *A Dictionary of Psychology*. Harmondsworth/UK: Penguin Books 1952.
- Ell K, Nishimoto R, Mantell J, Hamovitch M. Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *J Psychosom Res* 1988; 32: 429–38.
- Ewertz M. Bereavement and breast cancer. *Br J Cancer* 1986; 53: 701–3.
- Faller H. Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie 1998.
- Faller H. Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. *Z Med Psychol* 2004; 13: 99–108.
- Fawzy IF et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later. *Arch Gen Psychiat* 1993; 50: 681–9.
- Fournier D. Tumorwachstum als Kriterium der Malignität. In: *Das Mammakarzinom*. Frommhold W, Gerhard P (Hrsg). Stuttgart: Thieme 1982.
- Grassi L, Molinari S. Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: a preliminary report. *Psychol Rep* 1988; 62: 727–32.
- Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19: 147–53.
- Grukke N et al. Coping strategies, changes in coping intensity during bone marrow transplantation, and relationships with long-term survival results of a prospective study. *Psycho-Oncol* 1998; 7 (Suppl): 4.
- Grukke N et al. Coping and survival in patients with leukemia undergoing allogeneic bone marrow transplantation – long-term follow-up of a prospective study. *J Psychosom Res* 2005 ; 59 : 337–46
- Hack TF, Degner LF. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncol* 2004; 13: 235–47.
- Hagnell O. The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann N Y Acad Sci* 1966; 125: 846–55.
- Heim E. Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1988; 38: 8–18.
- Holland JC. Historical Overview. In: *Handbook of Psycho-Oncol. Psychological Care of the Patient With Cancer*. Holland JC, Rowland JH (Eds). New York: Oxford University Press 1989; 3–12.
- Hürny Ch. Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl.. Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th v, Wesiack W (Hrsg). München: Urban & Schwarzenberg 1996; 953–69.
- Hürny Ch, Adler R. Psycho-onkologische Forschung. In: *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Meerwein F (Hrsg). 4. Aufl. Bern: Huber 1991; 13–57.
- Jensen AB. Psychosocial factors in breast cancer and their possible impact upon prognosis. *Cancer Treat Rev* 1991; 18: 191–21035.
- Kächele H, Steffens W (Hrsg). *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Heidelberg: Springer 1988.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res* 2002; 53: 873–6.
- Kissen DM. Relationship between lung cancer, cigarette smoking, inhalation and personality. *Br J Med Psychol* 1964; 37: 203–16.
- Kornblith AB. Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: *Psycho-oncology*. Holland JC (Ed). New York: Oxford University Press 1998; 223–41.
- Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EI, Rosenberg S, Mertz M, Payne D, Massie JM, Holland JF, Norton WL, Holland JC. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98: 679–89.
- Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnsen CB. Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychol Med* 1991; 21: 43–60.
- Lambley P. The role of psychological processes in the aetiology and treatment of cervical cancer: a biopsychological perspective. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 43–60.
- Lanz M. Auswirkungen von Laientheorien auf Coping und emotionales Befinden bei Leukämiepatienten vor der Knochenmarktransplantation. *Mediz. Dissertation Universität Ulm 1999 (2001)*.
- Lavery JF, Clarke VA. Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nurs* 1996; 19: 20–8.
- Levenson JL, Bemis C. The role of the psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991; 32: 124–32.
- Levy SM et al. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1990; 52: 73–85.
- Longman AJ, Braden CJ, Mishel MH. Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association over time. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26: 909–15.
- McCaul KD et al. Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 230–6.
- Meerwein F (Hrsg). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. 4. Aufl. Bern: Huber 1991.
- Meinhold WJ. *Krebs – eine mystifizierte Krankheit. Hintergründe und ganzheitliche Aufarbeitung*. Olten: Walter-Verlag 1996.
- Moorey ST, Greer ST. *Cognitive Behaviour Therapy for People With Cancer*. Oxford: University Press Oxford 2002.

51. Morris TA. 'Type C' for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of cancer. *Cancer Detect Prev* 1980; 3: 102.
52. Morris T, Greer S. Psychological characteristics of women electing to attend a breast screening clinic. *Clin Oncol* 1982; 8: 113–9.
53. Morris T et al. Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 1981; 25: 111–7.
54. Parker JDA, Endler NS. Coping and defense: a historical overview. In: *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications*. Zeidner M, Endler NS (Eds). New York: Wiley & Sons 1996; 3–23.
55. Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychol Med* 1996; 26: 735–44.
56. Pearman T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 20: 33.
57. Persaud R. Don't read this if you are one of life's worriers. *New Scientist* 2003; 178: 10.
58. Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1066–75.
59. Scherg H. Psychosocial factors and disease bias in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1987; 49: 302–12.
60. Schnoll RA et al. A structural model of the relationship among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncol* 1998; 7: 69–77.
61. Schwarz R. Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer 1994.
62. Sehlen S et al. Coping of cancer patients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years. *Onkologie* 2003; 26: 557–63.
63. Spiegel D. Mind matters. Coping and cancer progression. *J Psychosom Res* 2001; 50: 287–90.
64. Spiegel D, Classen C. *Group Therapy for Cancer Patients*. Basic Behavioral Sciences. New York: Basic Books 2000.
65. Spiegel D, Kato PM. Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: *Psychonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. Larbig W, Tschuschke V (Hrsg.). München: Reinhardt 2000; 111–50.
66. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncol* 2002; 11: 93–102.
67. Temoshok L. Biopsychological studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology, and tumor-host-response. *Soc Sci Med* 1985; 20: 833–40.
68. Tschuschke V. Literatur-Review zum wissenschaftlichen Stand psychoonkologischer Maßnahmen im Haus Lebenswert e. V. Nicht veröff. Man. Köln 2005.
69. Tschuschke V. *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer 2006.
70. Tschuschke V, Gaissmeier R, Denzinger R. *Das Ulmer Coping-Manual (UCM)*. 4. rev. Fassung. Unveröffentl. Manuskript. Universitäten Ulm/Köln 1996.
71. Tschuschke V et al. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *J Psychosom Res* 2001; 50: 277–85.
72. Tschuschke V et al. Abwehr und Coping bei unterschiedlichen Erkrankungen. *Z Med Psychol* 2002; 11: 73–82.
73. Verres R. *Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche*. München: Piper 1991.
74. Vogt T, Pope C, Mullooly J, Hollis J. Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: a 15-year follow-up of members of a health maintenance organization. *Am J Publ Health* 1994; 84: 227–31.
75. Watson M, Greer S. *Personality and Coping*. In: *Psycho-oncology*. Holland JC (Ed). New York: Oxford University Press 1998; 91–8.
76. Weis J, Heckl U, Brocai D. *Psychoedukation mit Krebspatienten. Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention*. Stuttgart: Schattauer 2006.
77. Wirsching M, Georg W, Hoffmann F, Riehl J, Schmidt P. Psychosocial factors influencing health development in breast cancer and mastopathia: a general system study. In: *Stress and Breast Cancer*. Cooper CL (Ed). Chichester: Wiley 1988; 97–107.
78. Zakowski SG et al. Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 271–86.
79. Zorilla EP et al. The relationship of depression and stressors to immunological assays: A meta-analytic review. *Brain Beh Immun* 2001; 15: 199–226.
80. Zonderman AB et al. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. *J Am Med Assoc* 1989; 262: 1191–1195.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl. Psych. Volker Tschuschke
 Universitätsklinikum Köln
 Institut für Psychosomatik und Psychotherapie
 Kerpener Str. 68, 50924 Köln
 Tel. 0221/478-6669, Fax -3420
 E-Mail: volker.tschuschke@uk-koeln.de