

Psychologische Krankheitsbewältigung



Sinn finden, wo keiner ist: Krebs, das Alter und die Psyche

In dem vorliegenden Beitrag will ich in einem ersten Schritt klären, was unter dem Begriff und dem Feld der Psychoonkologie zu verstehen ist, bevor ich in einem zweiten Schritt auf die spezielle Thematik des vorliegenden Heftes eingehen werde. Der Akzent wird dabei auf die Krankheitsbewältigung im Alter gelegt werden.

▼ *Prof. Dr. Dieter FERRING,
Universität Luxemburg*

Was ist eigentlich Psychoonkologie?

Als Entwicklungspsychologin beschäftigte mich vor 27 Jahren die Frage, wie Menschen ihre Krebserkrankung bewältigen und welche Folgen dies für ihre weitere Entwicklung haben kann. Im Rahmen meiner Doktorarbeit untersuchte ich, welche Antworten Menschen auf die Fragen nach dem „Warum“ und dem „Wozu“ ihrer Erkrankung finden, und welche Folgen diese Antworten für ihr Wohlbefinden haben (Ferring, 1987). Zu dieser Zeit war die sogenannte Psychoonkologie innerhalb der Medizin und auch der Psychologie noch ein relativ neues und unbekanntes Themengebiet.

Ausgangspunkt für die Betonung der Psychologie – oder zutreffender eigentlich der Psyche – im Umfeld einer Krebserkrankung waren mehrere Beobachtungen. Aus der ätiologischen Forschung war berichtet worden, dass – vergleichbar zu den kardiovaskulären Erkrankungen – bestimmte psychische Merkmale und Eigenschaften zu der Entstehung von Krebserkrankungen beitragen könnten. Zudem war vor dem Ausbruch von Krebserkrankungen eine Häufung von kritischen Lebensereignissen beobachtet worden, die die Bedeutung der individuellen Belastung und Belastungsverarbeitung als weitere Ursache der Krankheitsentstehung thematisierten. Auf der Grundlage solcher Beobachtungen wurde angenommen, dass Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen eher Krebs entwickeln würden. Diese Annahme ist allerdings bis heute durch keine ernstzunehmende Studie belegt und wartet noch auf ihre wissenschaft-

liche Bestätigung. Ich persönlich erwarte auch nicht, dass die Hypothese einer „Krebspersönlichkeit“ jemals bestätigt werden wird.

Mit Sicherheit wissen wir allerdings inzwischen, dass psychische Faktoren vor allem in dem Bereich der **Krankheitsverarbeitungen** eine entscheidende Rolle spielen. Seit den 80er Jahren wurde in vielen Studien untersucht, welche Strategien der Krankheitsbewältigung zu einem günstigen Krankheitsverlauf beitragen können. Ausgangspunkt dieser Bemühungen war die Beobachtung, dass Patienten mit einer vergleichbaren Diagnose bezüglich Tumorlokalisation und -wachstum ganz unterschiedliche Krankheitsverläufe zeigten. Sie unterschieden sich nicht nur in der Krankheitsprogredienz (gemessen über Tumorstadium, Rezidivbildung, Metastasierung), sondern auch in Indikatoren der Lebensqualität. Ziel der psychoonkologischen Studien, in denen das individuelle Bewältigungsverhalten untersucht wurde, war es denn auch, funktionale und dysfunktionale Bewältigungsformen zu identifizieren.

Die Befundlage, die daraus resultierte, weist in der Zusammenschau auf, dass es **keine einfachen Antworten** im Sinne von „guten“ und „schlechten“ Strategien gibt. „Gute“ oder „schlechte“ Bewältigung hängt zum einen immer auch davon ab, welches Bewertungskriterium angelegt wird. Medizinische Indikatoren des Krankheitsverlaufs und Indikatoren des psychischen Wohlbefindens müssen so z.B. nicht zwangsläufig harmonieren. Eine medizinisch notwendige Behandlung mag für das psychische Befinden der Person aufgrund ihrer Nebenwirkungen negative Folgen haben, obwohl sie das Wiedereintreten der Erkrankung verhindern kann. In dem Sinne können auch Handlungen des Patienten, die zur Steigerung seiner Lebensqualität beitragen sollen (wie z.B. ein gutes Essen, der Genuss von Alkohol), abträgliche Konsequenzen für den medizinisch zu beschreibenden Krankheitsverlauf haben.

Auch **direkte** positive oder negative Effekte einer Bewältigungsform lassen sich nicht klar identifizieren. **Indirekte** Effekte sind allerdings belegt: Ruminieren – im Sinne des nachhaltigen Grübelns und Nachdenkens über Erlebnisse, die nicht mehr verändert werden können – kann zu depressiver Verstimmung und

Hoffnungslosigkeit führen. Hoffnungslosigkeit beinhaltet das Fehlen von Zielen, negative Erwartungen an die Zukunft und die Annahme, dass sich alles zum Schlechten wenden wird. Patienten, die unter Hoffnungslosigkeit leiden, vernachlässigen natürlich oft Verhalten, das ihnen gut tun könnte bzw. zeigen Risikoverhalten. Dies lässt sich z.B. an der Compliance mit der medizinischen Behandlung festmachen, da viele Patienten nicht mehr motiviert sind, an belastenden Behandlungsmaßnahmen teilzunehmen, die aus der medizinischen Perspektive heraus allerdings erforderlich sind. Risikoverhalten zeigt sich auch in der individuellen Lebensführung, wenn etwa gesundheitsförderliches Verhalten unterlassen wird. Vermittelt über solche Pfade kann Ruminieren somit den Krankheitsverlauf indirekt beschleunigen.

Psychologie spielt nicht zuletzt auch in der Interaktion zwischen dem erkrankten Menschen und seinen Familienangehörigen ebenso wie in der Interaktion mit dem Arzt und dem Pflegepersonal eine entscheidende Rolle. Auch hier gibt es in der Zwischenzeit eine Vielzahl von Erkenntnissen zu Kommunikationsformen, die sich als förderlich für das Befinden aller Beteiligten erwiesen haben. Und dies ist ein weiterer Verdienst der psychoonkologischen Forschung.

Aber auch die medizinische Forschung hat in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte in der Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen erzielt. Viele Formen der Erkrankung lassen sich – wenn sie rechtzeitig erkannt werden – sehr gut behandeln und z.T. sogar heilen. Menschen können also mit „ihrer“ Erkrankung altern. Die Frage ist, wie sie das tun – und hier liegt die nächste offene Frage, auf die ich im Folgenden eingehen will.

Krankheitsbewältigung im Alter

Um sich der Thematik Krebs und Alter zu nähern, muss vorerst geklärt werden, was unter Altern zu verstehen ist. Dazu sei – in aller gebotenen Kürze – auf die von Rowe und Kahn (1998) aufgestellte Behauptung verwiesen, dass **Altern zwar universell, aber nicht uniform sei**. Thomae (1970) hat dies bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts als differentielles Altern beschrieben. Menschen altern dem-

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Psychologische Krankheitsbewältigung

nach unterschiedlich, je nachdem welche Dimension wir betrachten (z.B. körperlich, geistig, sozial, psychisch). Ich kann geistig sehr fit sein und eine gute Moral haben, auch wenn ich körperlich beeinträchtigt bin. Auf der anderen Seite gibt es Schicksale, die bei guter körperlicher Verfassung einen massiven geistigen Abbau zeigen. Auch das chronologische Alter erlaubt nicht unbedingt eine zuverlässige Diagnostik der physischen und psychischen Verfassung. Um bei der körperlichen Leistungsfähigkeit zu bleiben: Trainierte 80-Jährige haben eine bessere körperliche Verfassung als untrainierte 50-Jährige.

Was passiert aber nun, wenn ich im Alter die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung erhalte? Zum einen ist die Wahrscheinlichkeit von körperlichen Erkrankungen und funktionalen Beeinträchtigungen mit steigendem Lebensalter erhöht – es kann sich bei der Diagnose also um etwas handeln, womit man rechnen konnte. Dies kann in einigen Fällen schon zu der psychischen Bewältigung der Erkrankung beitragen, da die Krankheit nicht unerwartet und damit non-normativ wie in jüngeren Lebensaltern auftritt. Aber dies kann nicht mit Sicherheit darüber hinwegtäuschen, dass die Krankheit nicht doch lebensbedrohlich ist. Hier wird nun auf Seiten der Medizin versichert, dass Tumore im fortgeschrittenen Alter langsamer wachsen, was insgesamt die Belastung für den Organismus verringern mag. Auch dies ist aber – um es mal provokativ zu sagen – ein schwacher Trost.

Wie in jedem anderen Lebensalter muss sich also die betroffene Person der Frage stellen, wie sie mit der Erkrankung und den möglicherweise reduzierten Handlungsspielräumen umgehen wird. Nun haben ältere Menschen im Laufe ihres Lebens in den meisten Fällen einige, um nicht zu sagen relativ viele Erfahrungen im Umgang mit kritischen und belastenden Ereignissen erworben. Dabei haben sie Strategien erlernt, die ihnen auch in anderen Lebenslagen helfen konnten. Dies ist ganz klar eine positive Seite des Alters: Ich verfüge über Wissen im Hinblick auf die Bewältigung von Krisen und Belastungen, das mich bei der Auseinandersetzung unterstützt und bin demnach nicht hilflos. Solche Krisen und Belastungen beinhalten fast immer auch Verlustereignisse, die Menschen wohl am stärksten fordern, da sie stets

irreversibel sind. Der Verlust eines geliebten Menschen oder – weniger dramatisch – der Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit oder der Wegfall der Berufstätigkeit sind Ereignisse, die nicht rückgängig gemacht werden können, sondern von der betroffenen Person erfordern, dass sie ihr Leben neu arrangiert. Dies kostet Kraft und der Mensch, der einen Verlust erlebt und bewältigt hat, hat eine Vielzahl neuer Erfahrungen gesammelt und dabei neue Kompetenzen erworben.

Wenn wir also über Krankheitsbewältigung im Alter sprechen, sind fast immer Verhaltensweisen angesprochen, die ich bereits in jungen Jahren angewendet habe. Eine ältere Dame versicherte mir einmal, dass sie in ihrem Leben bereits sehr früh gelernt habe, sich über die sogenannten „Kleinigkeiten“ im Leben zu freuen und ihr Glück nicht an materielle Werte zu binden. Einen Sonnenaufgang zu erleben, mit freundlichen Menschen zu tun zu haben, sich an den Jahreszeiten zu erfreuen – dies ist eine Sammlung der Kleinigkeiten, die sie mir nannte. Diese Fähigkeit helfe ihr auch, mit „ihrer“ Erkrankung umzugehen. In der Tat sind wir hier dann auch bei dem Konzept der „Altersweisheit“ angelangt. Eine Weisheit, die darin besteht, sich an den wesentlichen Aspekten des Lebens zu erfreuen. Was aber sind diese wesentlichen Aspekte in unserer heutigen Wohlstandsgesellschaft? Einige haben wir in dem obigen Beispiel bereits genannt. Was aber noch? Zum einen ist hier die Befriedigung unserer Grundbedürfnisse zu nennen. Dies betrifft Nahrung und Schlaf, ein Gefühl der Sicherheit und die Abwesenheit von Angst, aber auch soziale Nähe und Eingebundenheit – vieles, was uns in jungen Jahren als selbstverständlich erscheint, sich im Alter aber verändern kann. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch, das Bedeutsame vom Unbedeutsamen zu unterscheiden – positive und vertrauensvolle Beziehungen zu seinen Mitmenschen zu haben, wird so im Alter ungleich wichtiger als alles Streben nach Materiellem – um nur ein Beispiel zu geben. Die Frage zu beantworten, was wir mit der Zeit tun, die uns gegeben ist, und wie wir sie mit für uns sinnvollen Aktivitäten ausfüllen, spielt hier ebenfalls eine wichtige Rolle. Hierfür gibt es kein Patentrezept, sondern jeder Einzelne wird seine persönliche Antwort finden (müssen). Viele ältere Menschen haben auf diese Frage –

aufgrund ihrer Lebenserfahrungen – bereits eine Antwort gefunden, die ihnen bei der Bewältigung der Erkrankung helfen kann.

Damit sind allerdings Phasen, in denen es dem Einzelnen schlecht geht, und sie oder er mit dem Schicksal hadert, das ihm neben dem Altern nun auch noch eine Erkrankung auferlegt hat, nicht ausgeschlossen. Natürlich wird es auch solche Phasen der Irritation und der Verzweiflung geben – wichtig ist aber, wieder „aus dem Tal der Tränen heraus an die Sonne zu kommen“ – wie einmal eine Patientin zu mir sagte. Entscheidend ist hier der Wille, und dieser Wille hängt immer von dem subjektiven Kalkül ab, ob es sich wirklich lohnt, noch einmal eine Anstrengung zu wagen und sein Leben weiter zu leben. Es sind dies Momente, die jeder chronisch kranke Mensch erlebt, und jeder, der aus solchen Tälern herauskommt, wird versichern, dass dies nur deshalb erfolgt, weil Ziele da sind, für die sich das Leben lohnt.

Solche Ziele muss der Einzelne selber sehen und kein noch so gut gemeinter Rat kann uns diese vermitteln. Gelingt dies nicht, versinken wir in Depression, deren eigentliches Wesen das Fehlen von Zielen ist. Leben und Überleben ist damit nicht nur eine Frage der medizinischen Behandlung – auch wenn dies in manchen europäischen Ländern inzwischen für viele ältere Menschen ein Problem darstellt, da

sie die Kosten, die hierfür aufzubringen sind, nicht mehr zahlen können. Leben und Überleben beginnt auch da, wo wir uns die Frage stellen, was unser Leben lebenswert macht, und das Weiterleben wird entscheidend davon beeinflusst werden, welche Antworten wir hier finden. Eine solche Sicht unterstreicht, dass es zwar Medikamente geben mag, die unserem Körper in einer vergleichbaren Art und Weise helfen, es gibt allerdings keine Medikamente, die uns Ziele geben und uns den Sinn unseres Lebens vermitteln. Hier ist jeder selbst gefordert. Dies schließt natürlich nicht aus, dass wir uns – auch und gerade im Alter – Hilfe und Beratung suchen. Dies kann ein Gespräch mit Freunden sein, vor allem aber auch eine professionelle psychologische Beratung.

Entscheidend für die Bewältigung von körperlicher Krankheit im Alter – sei dies Krebs oder andere Formen physischer Erkrankungen (z.B. Arthrose, Rheumatismus) – wird also stets sein, ob wir unser Leben als lebenswert betrachten. Die Beantwortung dieser Frage hängt entscheidend von unseren Erwartungen und Ansprüchen ab. Gerade das Alter lehrt uns oftmals Ansprüche zu ändern und uns von Zielen zu lösen, die wir nicht mehr erreichen können. Wenn wir dies ohne (allzu große) Trauer schaffen, kann dies für alle Lebenslagen hilfreich sein, und – wie es der Aphorismus des *carpe diem* sagt – ist dann jeder einzelne Tag als Geschenk zu leben.

Literaturverzeichnis:

Ferring, D. (1987). *Krankheit als Krise des Erwachsenenalters. Zur Rolle wahrgenommener Kausalität und Kontrolle in der Befindlichkeitsregulation*. Regensburg: Roderer Verlag.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Thomae, H. (1970). *Theory of aging and cognitive theory of personality*. *Human Development*, 13, 1-16.