

Vorwort

„Psychoonkologie – den Plan ändern“

In stabilen materiellen Verhältnissen und bei guter Gesundheit gelingt die Lebensplanung in aller Regel den meisten Menschen recht gut. Verändern sich die Umstände unter dem Einfluss von Katastrophen und Krisen, dann sind große Anpassungsleistungen erforderlich, um die Folgen zu verkraften. Eine Krebserkrankung ist eine solche Krise, die den Erkrankten und ihrem Umfeld immer wieder Neues abverlangt. Auch die Behandler, die Helfer und Begleiter müssen ihre Handlungen darauf abstimmen, um bedarfsgerechte, situativ angemessene Unterstützung zu ermöglichen.

Und beide Gruppen – Erkrankte und Behandler – bewegen sich in einem Gesundheitssystem, das geprägt ist von Ressourcenknappheit, strukturellen Defiziten und Verteilungskämpfen.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie – dapo – hat mit ihrer Jahrestagung 2015 diese Aspekte in vielfältiger Weise aufgegriffen. Der renommierte Katastrophenexperte Wolf Dombrowsky führte in seinem Eröffnungsvortrag „Halt verlieren, Halt geben, Halt finden – Erfahrungen aus der Krisen- und Katastrophenforschung“ in die Thematik ein. In weiteren Beiträgen wurden viele Facetten krisenhafter Ereignisse und deren Folgen, aber auch entsprechende „Planänderungen“ als Antworten auf diese Herausforderungen somatischer, psychischer, sozialer und spiritueller Art beleuchtet.

Eine Reihe praxisbezogener Workshops bot jeweils im kleineren Kreis die Möglichkeit, Arbeitskonzepte, Interventionen und methodische Zugänge kennen zu lernen, sich einzubringen, oder auch einfach nur Ideen und Kraft zu sammeln.

Im vorliegenden Band bietet sich Ihnen die Gelegenheit, alle Beiträge (Vorträge und Workshopberichte) nachzulesen. Wir wünschen Ihnen dabei viel Freude.

Thomas Schopperth

Annkatriin Rogge

Andreas Werner

Ruth Hirth

Christian Franzkoch

Eröffnungsvortrag

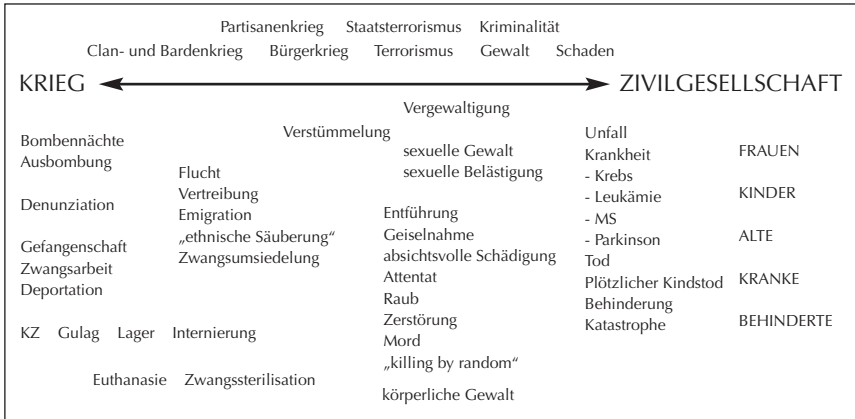
Halt verlieren, Halt geben, Halt finden – Erfahrungen aus der Krisen- und Katastrophenforschung

Wolf R. Dombrowsky

Täglich umbranden uns Bilder von Menschen, die den Halt verlieren – buchstäblich, durch Unfälle und Katastrophen, aber auch durch Kriege, Anschläge oder Verbrechen. Und im übertragenen Sinne verlieren täglich Menschen ihren Halt, durch Krankheit, Tod, Scheidung, Arbeitslosigkeit, Süchte oder all die anderen Unbilden, die das Steuer des eigenen Lebens aus der Hand reißen. Jeder von uns weiß davon, niemand ist davor gefeit. Von einer Sekunde zur anderen kann es um uns geschehen, oder ganz langsam, schleichend, bis wir nicht mehr wissen, wie wir uns und unseren Schein aufrechterhalten können. Dann braucht es Andere, Menschen, die Halt geben können, damit neuer Halt gefunden werden kann.

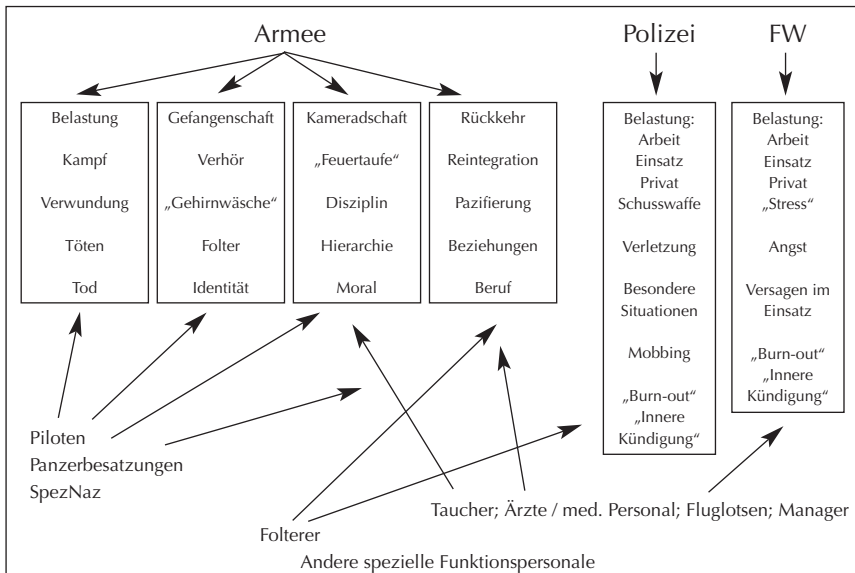
Damit wäre der Bogen geschlossen: Von Ihnen, die Sie im weitesten Sinne den „helfenden Berufen“ zugerechnet werden können, zu mir, der sich von Berufs wegen damit befasst, wie Menschen mit äußersten Extremsituationen umgehen. Tatsächlich sind unsere gemeinsamen Schnittmengen groß, auch wenn sich anfangs bezweifeln lässt, dass Krisen- und Katastrophenforschung mit Psychoonkologie fruchtbar verbunden werden können. Aus meiner Warte ist es möglich, sogar nötig, um aus einer ganz anderen Perspektive kenntlich zu machen, wie wirkmächtig die Instrumente des „Halt-Gebens“ sind, aber gerade deshalb auch wie gefährlich sie sein können und welche Verantwortung daraus erwächst, sobald man sie handhabt.

Um diese Doppelgestaltigkeit, man könnte auch sagen: „dual-use“-Problematik, in aller Schärfe nachvollziehbar darzustellen, möchte ich Sie provozieren – milde zwar, denn ich will Sie nicht verprellen, sondern argumentativ gewinnen, aber doch so, wie es der Wortsinn meint: Etwas hervorrufen, zum Klingen bringen. Die Übersicht zeigt, woraus sich meine Folgerungen speisen:



Oben rechts findet sich die „Zivilgesellschaft“ als historisch relativ junges Ergebnis langwieriger und in sich selbst durchaus grausamer und schmerzhafter Durchsetzungsprozesse hin zu Verfriedlichungsformen, denen wir heute gern universelle Gültigkeit verleihen. Norbert Elias (1939) hat diesen Prozess der Zivilisation wunderbar beschrieben, Michel Foucault (1976; 1973) arbeitete zentrale Aspekte seiner Grausamkeiten heraus, insbesondere die strukturell gleichartigen Funktionen von Waisenhaus, Arbeitshaus, Gefängnis, Psychiatrie, Klinik und Militär. Ganz links, sozusagen als Antipoden, sehen Sie „Krieg“ als zusammenfassenden, inzwischen aber nicht mehr ganz treffsicheren Sammel- und Oberbegriff für alles Barbarisierende, Verheerende. Auf dem Wege dahin finden sich dann die Stufen der Verrohung, die sich auch als Formen der Abweichung vom Ideal des Zivilisierten beschreiben ließen und die allesamt Handlungen der Gewaltausübung einschließen. Die Adressaten solcher Gewaltausübung sind überall auf der Welt, selbst noch in unserer eigenen Gesellschaft, vorwiegend Frauen, Kinder, Alte, Kranke und Behinderte. Insofern ist die Angst, Opfer von Gewalt zu werden, in diesen Gruppen besonders groß.

Meine zweite Auflistung zeigt spezielle Funktionspersonale, für die Extremsituationen qua Beruf Alltag sind. Je nach Einsatzerfordernis werden sie darauf trainiert, sie aushalten und so überstehen zu können, dass die Auftragserfüllung davon möglichst nicht oder nur gering beeinflusst wird. Die dabei erzielbaren physischen und psychischen Fähigkeiten sind beeindruckend. So lernen Taucher, ihre reflexhafte Körperlichkeit nicht nur zu beherrschen, sondern sogar zu steuern; Piloten lernen, noch bei G-Kräften handlungsfähig zu bleiben, bei denen Untrainierte längst das Bewusstsein verlieren. Gerade in den Extrembereichen zeigt sich die große Plastizität unserer menschlichen Physis, aber noch weit stärker die der Psyche.



Der Mensch vermag es, Hunger, Durst, Kälte und Hitze, aber auch Entbehrung und Unterdrückung, ja selbst großen Schmerz bis hin zur Folter auszuhalten und zu überstehen. Allerdings ist dabei weniger beeindruckend, wieviel er von alledem auszuhalten vermag, als vielmehr, unter welchen Rahmenbedingungen er es vermag. All unsere Erkenntnisse zeigen nämlich, dass die menschliche Aus- und Durchhaltefähigkeit an Moral und Beziehung gekoppelt sein muss – oder anders herum, dass sie ohne Moral und ohne Beziehung ganz schnell zusammenbrechen oder jeder Steuerbarkeit entraten.

Früh schon fanden Anna Freud und Dorothy Burlingham (1987) heraus, dass Kinder die Belastungen des Krieges psychisch gesund überstanden, wenn sie sich ihrer Eltern oder anderer, für sie bedeutsamer Bezugspersonen sicher sein konnten, während jene Kinder, die allein gelassen wurden und sich entsprechend verlassen fühlten, sehr schnell Belastungsreaktionen ausprägten. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kam das Ehepaar Glueck (1970) bei seinen Versuchen, die Karrierewege von Jugendlichen in Problemvierteln vorhersagen zu wollen. Nur ganz wenige Variablen waren demnach dafür ausschlaggebend, ob ein Jugendlicher in ein geordnetes Leben findet oder kriminell wird. John Laub und Robert Sampson (2006) konnten die Signifikanz der Glueck'schen „Prognose tafeln“ in einer aufwändigen Nachuntersuchung bestätigen: Sie machten noch 230 des Glueck'schen Delinquenten-Panels ausfindig. 52 der damals über 70jährigen ließen sich interviewen. Einige bekannten, tatsächlich kriminelle Karrieren hinter sich zu haben. Als wirksame Wegmarken in ein halbwegs bürgerliches Leben nannten sie: Feste Arbeit, Ehe, Kriegserfahrungen (Europa; Korea), Wegzug aus problematischen Nachbarschaften und positive Einflüsse in Erziehungsheimen. Interessanterweise decken sich diese Ergebnisse mit denen von Emmy E. Werner (1971), die ab den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts Longitudinalstudien von der pränatalen Phase bis zum 10. und bei einem Subsample bis zum 30. Lebensjahr durchführte, um festzustellen, welche Lebensbeeinflüsse mit welchem Entwicklungsverlauf korrelieren. Emmy Werner verdanken wir den Resilienzansatz im Sinne einer autonomen Form menschlicher Unverwundlichkeit trotz extrem beeinträchtigender Lebensbedingungen.

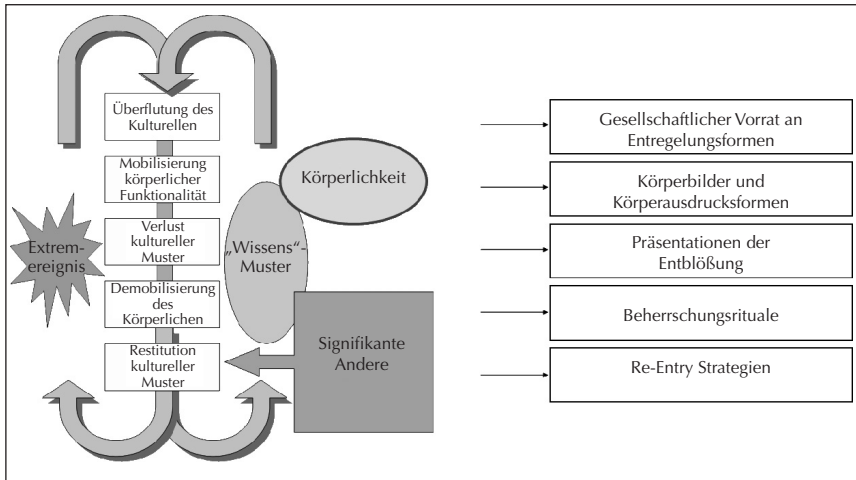
Fasst man die wissenschaftlichen Ergebnisse zusammen, so zeigt sich, dass nur sehr wenige Menschen allein, sozusagen aus der ureigenen Resilienzquelle heraus, extreme Belastungssituationen „gesund“ überstehen können. Für die überwiegende Mehrheit dagegen gilt, dass sie ihren inneren Halt verlieren, wenn sie ihre Beziehungen verlieren und sich ihre Moral aufzulösen beginnt. Der Begriff der „Beziehung“ ist in diesem Zusammenhang relativ unproblematisch. George Herbert Mead (1968) definierte ihn über die Figur der „signifikanten Anderen“, also jener Menschen, die uns besonders wichtig sind und an denen wir Maß nehmen. Durch ihre Spiegelung gewinnen wir unsere eigenen Haltungen, kognitiv wie emotional, vor allem aber in einem sehr weit gefassten Verständnis von „moralisch“. Die Werturteile und Bewertungen unserer signifikanten Anderen werden zur Referenz, also zum eigenen Maß. Aus dieser Perspektive wird dann verständlich, warum eine so entstandene individuelle Moral auch ganz furchtbar sein kann, beispielsweise als „Korpsgeist“ bei Einsatzkräften, die sich

gegenseitig decken, oder schlimmer, bei Folterern, die sich wechselseitig eine Binnenmoral verleihen, durch die sie ihr Tun legitimieren.

Ganz problematisch ist hingegen der Begriff der psychischen Gesundheit, dessen Gebrauch nicht dazu verführen soll, in ihm eine unhistorische, statische Größe zu sehen. Selbst stabile, aus sich resiliente Menschen bleiben von extremen Ereignissen weder unberührt noch unverändert. Die Vorstellung, man könne nach einem extremen Ereignis zur „Normalität“ zurückkehren, als verfüge der Mensch, ähnlich einem Computer, über eine Reset-Taste, ist schlichtweg irrig. Es gibt kein „Zurück“, letztlich gibt es auch keine „Normalität“, sondern nur fortwährende Transformationen unterschiedlicher Rapidität und Radikalität. Als Normalität bezeichnen wir nur jene Transformationen, mit denen wir gewohnheitsmäßig und alltäglich umgehen und die uns aufgrund ihrer leisen Sukzessivität nicht auffallen. Erst die Transformationen, die auffallen, oder die durch besondere Rapidität und Radikalität spürbar werden, stellen vor Herausforderungen, oder werden als Krise erlebt, sofern ein umstandsloses Handeln nicht gelingt.

So gesehen könnte man „Katastrophe“ als vorläufigen Endpunkt jener Transformationen bezeichnen, die nicht mehr in den Bereich der eigenen Behandlungskompetenz integriert werden können. Die Transformationen geraten außer Kontrolle; der Handelnde erlebt seinen Kontrollverlust. Alles, was er versucht, zeitigt kein gewünschtes Ergebnis. Das intentionale Handeln und die darauf zielende Objektwelt entkoppeln. Der Handelnde stürzt dadurch in eine sein Selbstverständnis zutiefst kränkende, im Extrem sogar seine Identität zerstörende Beziehungskrise, weil seine Objektwelt eigensinnig und sein eigenes Handeln sinnlos werden. Bleibt der Handelnde in diesem Sinne „nicht anschlussfähig“ erfährt er sich als „exkludiert“, als Ausgeschlossener in einer Welt, die ehemals seine war. Derartige Erfahrungen gehen weit über das Gefühl von Souveränitätsverlust hinaus; oftmals stellen sich multiple Regressionen oder psychopathologische Reaktionen ein, die dann als posttraumatische Belastungsstörungen behandelt werden müssen.

Betrachtet man näher, wie auf Extremsituationen reagiert wird, so lassen sich transkulturelle Abläufe erkennen, zugleich aber auch kulturspezifische Überformungen. Immer und überall gleich reagiert der Körper. Man könnte sagen, dass im ersten Moment alles Kulturelle vom Körperlichen überflutet wird:



Dennoch ist eine solche Formulierung höchst missverständlich, weil es „das“ Körperliche nicht gibt. Insbesondere dessen „starke“ Impulse wie Sexualität, Durst, Hunger, aber auch Angst (vgl. Delumeau 1985) oder Schmerz, sind kulturell durchformt und somit selbst eine kulturelle Hervorbringung auf einer naturalen (Rest-)Basis. Von daher bricht zu allen Zeiten und an allen Orten ein anderes Verhalten hervor. Es entzieht sich aber keineswegs der Analyse, auch nicht der Vergleichbarkeit, doch bedarf es der Kontexte, um davor bewahrt zu bleiben, dieses Verhalten als ahistorische Konstante menschlicher Biologie misszuverstehen. Dies gilt nochmals zugespitzt für Extremsituationen, unbeschadet, ob sie objektiv gegeben oder nur subjektiv so wahrgenommen werden. „Extremes“ lässt sich unmöglich ohne Affekt- und Phantasiegeladenheit, rein über „Wissen“ wahrnehmen und verarbeiten.

Norbert Elias (1987) hat mit seiner Interpretation des Fischers im Mahlstrom die menschliche Fähigkeit zur Distanzierung in den Mittelpunkt gerückt. Situative Distanzierungsfähigkeit bedeutet, durch Beobachtung bei gleichzeitiger Selbstbeobachtung zugleich Einsicht in die äußeren („objektiven“) Wirkbedingungen und in sein eigenes („subjektives“) Erleben erlangen zu können. Indem sich der Fischer im Mahlstrom gleichsam von außen selbst beobachtet (also eine distanzierte Position zu seinem „Schicksal“ einnimmt), erkennt er dadurch Struktur und Richtung des Ereignisflusses. Er kann nun absehen, dass sein Boot, an das er sich vor Angst klammerte, unweigerlich in den Strudel gezogen wird. Um zu überleben, muss er doppelt loslassen: seine Angst und das Boot. Der von Elias

propagierte Königsweg der Distanzierung verdeutlicht idealtypisch, dass unangemessenes Verhalten aus der Dominanz von Affekt- und Phantasiegeladenheit über Selbst- und Prozesskontrolle entsteht, doch gilt dies generell für jede Situation. Um überhaupt Kontrolle über äußere Prozesse erlangen zu können, muss man dies auch wollen, und um dies wollen zu können, bedarf es der gesellschaftlichen Bedingungen, in und durch die dies möglich ist.

Distanzierungsfähigkeit resultiert nicht nur aus dem Willen und dem Vermögen zur Selbstkontrolle, sondern auch aus dem Glauben an die Möglichkeit zur Kontrolle beider, des Selbst wie der Situation. Wer nicht an Selbstkontrolle glaubt, wird es auch nicht wollen und nicht versuchen; wer nicht an Prozesskontrolle glaubt, wird sich unentrinnbar als Opfer „der“ Verhältnisse oder übermächtiger Anderer fühlen und im Mahlstrom gefangen bleiben. Von daher muss jeder Handelnde als ein Ensemble von zahlreichen Mischungsverhältnissen aus (affektgeladenem) „Wissen“, aus situativen Affektaufladungen und aus situativen Beimengungen angesehen werden, wobei sich die Affektaufladung aus drei Quellen speist: Erstens den situativen Ängsten, zweitens den interaktiven Ängsten und drittens den inkorporierten Affektbeimengungen des verfügbaren Wissens (weil kein Wissen frei von „Beimengungen“ ist, wie der Vergleich der Bibel mit einer Enzyklopädie deutlich macht).

Von daher wohnt jedem kulturellen Artefakt eine spezifische affektuelle Beimischung inne (z. B. einem Auto eine andere als einem Kernkraftwerk), die ebenso spezifische Ängste auszulösen vermag. Jede Angst wiederum bewirkt eine eigene „Destruktionsschleife“; in ihrer Gesamtwirkung ergibt sich ein Zyklus aus Kulturüberflutung durch überwältigende Affekte und danach eine Restituierung des Kulturellen. Die Schleife zeigt die in jeder Kultur einsetzende physische Reaktion auf Extremereignisse: Gemeinhin bewirken sie eine Art Überflutung der alltäglichen, als „normal“, „stabil“ und „verlässlich“ empfundenen kulturellen „Muster“. Als Muster lassen sich Abläufe, Verhaltensweisen, Umgangsformen, Kenntnisse und Fertigkeiten beschreiben, aber auch Funktionalität von und Verfügbarkeit über Einrichtungen, Dienste und Leistungen (z. B. Verkehrsmittel, Elektrizität, Wasser, Müll etc.). Insofern lösen bestimmte Wahrnehmungen (auch Schreck oder Angst) ein Wechselspiel zwischen körperlicher Mobilisierung und kultureller Musterreduktion aus. Je weniger eingelebte Kulturmuster greifen, desto stärker mobilisiert der so entblößte Körper seine eigene (biologische) Funktionalität (Ungerer/Morgenroth 2001). Da jedoch die Extremereignisse der technisch-industriellen Welt nur noch marginal mit dem Sensorium des physischen Apparates detektiert und mittels körperlicher Fähigkeiten gemeistert werden können, sondern letztlich nur mit den Mitteln der Zivilisation selbst, erwachsen die

Chancen auf Rettendes immer stärker dem Vermögen, die biologischen Reaktionsformen (Adrenalin, Noradrenalin, Beta-Blocker etc.) überwinden und die kulturellen Muster so schnell wie möglich restituieren zu können.

Die Pfeile neben den beiden Regelkreisen zielen auf einen spezifischen Regulierungsbedarf, der sich in Form langfristiger Sozialisationsprozesse als „Kulturmuster“ herausgebildet hat. Diese Kulturmuster bilden zusammen unser „Wissen“, das darüber mitentscheidet, welcher Regelkreis zur Durchsetzung gelangen kann: So verfügt jede Kultur über „Vorräte an Entregelungsformen“ (z. B. Alkohol und andere Drogen, Partyspiele etc.), so gibt es Vorlagen, nach denen wir unseren Körper formen (Schlankheits- oder Jugendideal) und auf deren Grundlage ein „Körperbewusstsein“ ausgebildet wird, das „Körper“ und den Umgang mit Körperlichem definiert. Alle Kulturen formen ihre kindlichen, männlichen und weiblichen Körper höchst unterschiedlich, wie sie ebenso unterschiedliche Ausdrucks- und Inszenierungsformen entwickelt haben, um den Körper zu präsentieren und einsetzen oder Gefühle und Affekte zulassen oder verbieten. Ebenso formuliert jede Kultur mehr oder weniger verbindliche Vorschriften darüber, wie man sich zu präsentieren hat, was „schicklich“ oder „unschicklich“ ist (was insbesondere für „Nacktheit“ und „Geschlecht“ gilt). Die Fragen, auf welche kulturellen Muster in welcher Extremsituation Verlass ist oder welche Kulturmuster „rettender“ sind als andere, beantwortet nicht nur die Erfahrung durch Extremsituationen, sondern auch die durch „signifikante Andere“ (Eltern, Freunde, Lehrer etc.) kollektiv vermittelten Traditionen. Allerdings zeigt die Katastrophenforschung, dass in modernen, mobilen Gesellschaften diese Traditionen immer schneller verloren gehen, sodass immer weniger Menschen wissen, wie sie sich auch in Extremsituationen verhalten sollten.

Nunmehr komme ich, nach so viel Vorlauf und Erklärungen, zu meiner milden Provokation. Sie alle sind Funktionsträger im Räderwerk arbeitsteiliger Getriebe. Unter den Zwängen von Wirtschaftlichkeit wandeln sich auch die interaktiven Vollzüge sukzessive in administrierte Prozesse mit dem Ziel der Standardisierung. Weder die „Agenten“ noch die „Kunden“ dieser Prozesse entgehen diesem Mahlstrom und ihre Versuche, sich davon zu distanzieren, werden, jeweils aus unterschiedlichen Blick- und Beurteilungswinkeln, als „Störungen“ empfunden. Doch erst durch die Einordnung in Richtung „Störung“ wird aus der unvermeidlichen Dichotomisierung der Arbeitsteilung in Spezialisten auf der einen und Laien auf der anderen Seite eine politisierende Unterscheidung in Proponenten und Opponenten. Kein Wunder, dass in manchen Alters- und Pflegeheimen Fluktuation und Absentismus beim Personal sowie Gewalthandlungen gegenüber Bewohnern zunehmen. Eigentlich jedoch erforderte der strikte Effi-

zientzkurs immer intensivere Kommunikationsleistungen, um die Zumutungen der Unterordnung unter eine störungsfreie Prozesshaftigkeit verstehen und aushalten zu können. Gerade dafür aber ist keine Zeit und so treffen laisierte „Kunden“ auf „Agenten“ von Vollzügen, die sie nicht kennen und deswegen nicht durchschauen können. Aufgrund ihrer Laiisierung verfügen die Kunden sachlogisch über keinerlei Selbst- und Prozesskontrolle, so dass ganz zwangsläufig die Affekt- und Phantasiegeladenheit Bestandteil des zu bewältigenden Prozesses wird.

An dieser Stelle beginnt die eigentliche Provokation: Sie erwächst der strukturellen Ähnlichkeit der äußeren Bedingungen, die Menschen ihren Halt verlieren lassen. Ich werde Ihnen diese strukturelle Ähnlichkeit am widerwärtigsten Bereich meiner Forschungen, an der Folter, zumindest ansatzweise darstellen. Wenn man erkennen will, wie sich „Halt“ und damit auch „Haltung“ entziehen, sogar zerstören lassen, dann darf man vor der Folter nicht die Augen verschließen. Sie bezieht ihre Wirksamkeit aus dem totalen Entzug der schützenden Schichten. Dies sind, ganz buchstäblich, unsere Kleidungsstücke, unsere Behausung, sodann, im übertragenen Sinne, unsere Beziehungen und schließlich unsere Überzeugungen. Sie alle werden genommen. Nackt und mutterseelenallein befindet sich der Delinquent an einem unbekannten (oder bekannten, dafür aber gänzlich angstbesetzten) Ort, ohne Kontakte, ohne Schutz, ohne Halt. Essens- und Schlafentzug, Isolation, Störung der biologischen Rhythmen, Demütigungen, entwürdigende Bedürfnisverrichtung und systematische Desinformation – z.B. dass die Ehefrau schon einen Neuen habe – lösen langsam aber sicher die Identität auf. Dem Verlust des äußeren Halts folgt alsbald der Verlust des inneren Halts. Die Auflösung wird sehr genau beobachtet, um erkennen zu können, ob und woran noch Halt gefunden wird, damit genau an diesen Reserven zerstörend angesetzt werden kann.

Was verändert sich nun, wenn man den strukturellen Rahmen unverändert lässt und „nur“ die Agenten (im Sinne von „Handelnden“) austauscht? Man befrage einmal Personen, die einem durchschnittlichen Rettungsdienst anheimfielen. Die meisten sind zutiefst geschockt und lange Zeit verunsichert. Wie sprachlos an ihnen hantiert, wie ein Zugang gelegt, wie ihnen zu Leibe gerückt wurde und wie sie verfrachtet und an Geräte angeschlossen und keines Blickes gewürdigt wurden. Ähnlich ergeht es jenen, die zum ersten Male in ein Krankenhaus eingeliefert und dort zu einem „Werkstück“ eines Ablaufes werden, den sie nicht kennen, der ihnen nicht erklärt wird und der ihnen Unbehagen, manchmal sogar Angst einjagt. Man muss sich entkleiden, bekommt ein demütigendes Hemdchen an, darf sein Telefon nicht mehr nutzen und wird ins Bett gesteckt

wie ein unmündiges Kind. Wüsste man nicht, dass es ein Krankenhaus ist, von dem man sich Heilung verspricht, könnte die strukturelle Ähnlichkeit mit schlimmeren Institutionen zum Alptraum geraten. Der Film „*Einer flog übers Kuckucksnest*“ (in der Regie von Milos Forman, 1975) führt uns Oberschwester Mildred Ratched (gespielt von Louise Fletcher) vor, deren Boshaftigkeit jedes Heilungsversprechen ins Gegenteil verkehrt. Die Institutionen, ihre Prozesse, die verwendeten Gerätschaften gewinnen letztlich ihre „Aussagekraft“ allein durch die sie repräsentierenden Agenten. Sie können, wie Oberschwester Ratched, im Extremfall eine Heilanstalt zum Foltergefängnis werden lassen. Die strukturellen Gleichartigkeiten an sich sind schon verstörend genug und wir denken zu wenig über die Affekt- und Phantasiegeladenheit des Kontextes und seines Vermittlungsbedarfes nach. Der Vermittlungsbedarf wird, wie die Überlegungen zur Rationalisierung und Standardisierung der Prozessabläufe darlegte, zunehmend größer, insbesondere dann, wenn er die Narrative liefern müsste, die die intendierten Handlungsziele (also einer Behandlung) mit den Mitwirkungsmöglichkeiten der „Kunden“ – richtiger im Sinne von zutreffender wäre: der Patienten modulieren sollte. Der Patient muss zu seiner Erkrankung ein Verhältnis finden, damit er sie zu seinem Teil wandeln kann. Ohne einen solchen Wandel wird sie ihm fremd, äußerlich und als bloße Unterbrechung von Normalität erscheinen. Daraus erwächst eine Phantasiegeladenheit, die häufig von der Medizin befördert wird: Man operiert oder therapiert das Störende einfach weg. Doch wie bei der Katastrophe ist auch dies nur Fiktion – und jenen, die ihr glauben, entgeht das Wesentliche: Dass das Transformatorische zu erkennen und zu akzeptieren ist, um fähig zu werden, den Plan ändern zu können.

Darauf käme es an: Bereit zu sein, jederzeit den Plan zu ändern, weil man fähig geworden ist, die Triebkräfte des Transformatorischen erkennen und akzeptieren zu können, vor allem dort, wo sie rapider und radikaler verlaufen als das eigene Kontrollvermögen.

Literatur

- Delumeau, Jean: Angst im Abendland. In: Beck J et al. (Hrsg.): Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts. 2 Bde. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt; 1985
- Elias, Norbert: Über den Prozess der Zivilisation. 2 Bände. Basel: Verlag Haus zum Falken, 1939 (Neuaufgabe Suhrkamp 1969)
- Elias, Norbert: Die Fischer im Mahlstrom. In: Elias, Norbert (Hrsg.): Engagement und Distanzierung. Arbeiten zur Wissenssoziologie I. Frankfurt / M.: Suhrkamp; 1987: 73 – 183

- Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1976
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main: Fischer 1973
- Freud, Anna: Die Schriften der Anna Freud. Werkausgabe Bd. III. Frankfurt/Main: Fischer 1987
- Glueck, Sheldon / Glueck, Eleanor: Toward a Topology of Juvenile Offenders: Implications for Therapy and Prevention, New York: Grune & Stratton 1970
- Laub, John H. / Sampson, Robert J.: Shared Beginnings, Divergent Lives. Delinquent Boys to Age 70. Cambridge, Mass.: Harvard University Press 2006
- Mead, George Herbert: Geist, Identität und Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1968
- Ornish, Dean / Lin J, Daubenmier J, Weidner G, Epel E, Kemp C, Marlin R, Yglecias L, Carroll P, Blackburn E. Increased telomerase activity and comprehensive lifestyle changes: a pilot study. *Lancet Oncology*, 2008; Sept 15
- Ornish D, Magbanua MJ, Weidner G, Weinberg V, Kemp C, Green C, Mattie MD, Marlin R, Simko J, Shinohara K, Haqq CM, Carroll PR. Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2008; 105(24):8369-74
- Ungerer D. / Morgenroth U.: Analyse des menschlichen Fehlverhaltens in Gefahrensituationen. Zivilschutzforschung Neue Folge. Bd. 43. Schriftenreihe der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern. Bonn: Druckhaus Dresden; 2001
- Werner, Emmy E. / Bierman, Jessie M. / French, Fern E.: The Children from Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten. Honolulu: University of Hawaii Press 1971

Vorträge

Anpassungsleistung – Anpassungsstörung – Zur Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken und ihren Angehörigen

Manfred E. Beutel

Anpassungsstörung nach ICD-10 und DSM-V

Krebskranke sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt:

- Einbußen Lebensqualität, Bedrohung Körperbild/ Sexualität, soziale und familiäre Beziehungen
- Multiplen Körperbeschwerden (Schmerz, Fatigue...)
- Rezidiv-, Todesangst
- Krebs als Metapher (S. Sontag) für Unheilbarkeit, Siechtum, Verfall, der Selbstzerstörung, des inneren Bösen, Krebs als Feind, der besiegt werden muss: „Stahl, Strahl und Chemo“
- magische Heilserwartung an Psychotherapie und gemeinsamer Kampf „gegen“ den kranken Körper

Anpassungsstörungen werden nach ICD-10 wie folgt definiert (Dilling et al. 2006, S. 124):

„**A.** Identifizierbare psychosoziale Belastung von einem außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.

B. Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) [...], bei Störungen des Kapitels 4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) [...] vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.“

„Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert“ wird als kurze depressive Reaktion verschlüsselt (F43.20).

„Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der zwei Jahre aber nicht überschreitet“, wird als längere depressive Reaktion verschlüsselt (F43.21).

Weitere Formen von Anpassungsstörungen sind:

- Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)
- Vorwiegende Beeinträchtigung anderer Gefühle (F43.23)
- Sozialverhalten (F43.24) oder kombiniert (F43.25)

Das amerikanische Diagnosenmanual DSM-V definiert in seiner aktuellsten Version (2013) Trauma und stressbezogene Erkrankungen wie folgt:

- A.** Die Entwicklung von emotionalen und behavioralen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, die innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung auftreten.
- B.** Diese Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie eines oder beide der folgenden Kriterien erfüllen:
 - 1. Deutliches Leiden, welches unverhältnismäßig *zum Schweregrad und zur Intensität des Belastungsfaktors* ist, nach Berücksichtigung des externen Umfelds und kultureller Faktoren, die den Schweregrad und das Beschwerdebild der Symptome beeinflussen können
 - 2. Bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- C.** Das belastungsabhängige Störungsbild erfüllt nicht die Kriterien für eine andere psychische Störung und stellt nicht nur eine Verschlechterung einer vorbestehenden psychischen Störung dar
- D.** Die Symptome sind nicht Ausdruck einer normalen Trauerreaktion
- E.** Wenn die Belastung oder deren Folgen beendet sind, dauern die Symptome nicht länger als weitere 6 Monate an.

Kritik am derzeitigen Konzept der Anpassungsstörung in den aktuell gültigen Diagnosehandbüchern übt Casey (2014):

- Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um unterschwellige Störungen, die nur diagnostiziert werden können, wenn das vorliegende Beschwerdebild nicht die Kriterien einer anderen Störung erfüllt. So müsste bspw. nach DSM-V 14 Tage nach Beginn einer depressiven Störung geprüft werden, ob eine majore Depression vorliegt (die eine Beschwerdedauer von mindestens 14 Tagen voraussetzt).

- Obgleich Anpassungsstörungen zu den häufigen psychischen Diagnosen zählen, fehlen klare Kriterien. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass Anpassungsstörungen deutlich unterbeforscht sind im Vergleich zu anderen häufigen psychischen Erkrankungen.
- Subtypen der Anpassungsstörungen werden nicht näher definiert. Das gilt vor allem für Angstsymptome, die am häufigsten vorliegen. Eine wichtige Veränderung des DSM-V stellt die Anerkennung von Trauer als eine normale und angemessene Reaktion auf einen Verlust dar (und nicht, wie im DSM-IV, lediglich als zeitbegrenzte depressive Episode). Nach dem DSM-V führt eine depressive Episode nach einem schwerwiegenden Verlust hingegen zu zusätzlichem Leid, Wertlosigkeit, Suizidalität, schlechterer Gesundheit und beeinträchtigten Alltagsfunktionen. Dies trete vor allem bei Personen auf, die im eigenen Leben oder in der Familienanamnese depressive Episoden aufweisen (vgl. Beutel et al. 2015).
- Anpassungsstörungen werden als leichte Störungen angesehen, die bspw. in Deutschland keine stationäre oder teilstationäre Behandlung rechtfertigen. Diese einseitige Sichtweise steht aber nicht im Einklang mit der klinischen Erfahrung, dass es sehr schwer wiegende Anpassungsstörungen gibt. Entsprechend zählen Anpassungsstörungen zu den häufigsten Ursachen von Selbstverletzung und Suizid.
- Schon im Vergleich von ICD-10 und DSM-V unterscheidet sich die maximale Zeitdauer einer Anpassungsstörung erheblich und variiert zwischen 6 Monaten und zwei Jahren. Letztlich ist die Frage nicht geklärt, wie lange Anpassungsstörungen dauern. Dies ist besonders dann relevant, wenn es sich – bei Krebserkrankungen eher die Regel- um chronische Stressoren handelt.
- Letztendlich fehlt auch eine gut definierte Abgrenzung zu normalen Reaktionen auf Belastung.

Anpassungsstörung bei Krebskranken – Blick in die Leitlinien

Zur psychischen Komorbidität von Krebskranken trifft die aktuell gültige S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten folgende Aussagen:

- 5.1 „Krebspatienten sind mit körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen/ religiösen Problemen konfrontiert. Diese sollen in der Versorgung berücksichtigt werden.“

- 5.2 „Zu den häufigen subsyndromalen Belastungen bei Krebspatienten zählen Distress, Ängste, Progredienzangst und Depressivität.“
- 6.1: „Die häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten sind affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen. Schmerzen, eine hohe körperliche Symptombelastung, Fatigue sowie das Vorliegen einer psychischen Störung in der Vorgeschichte begünstigen das Auftreten einer psychischen Störung bei Krebspatienten.“ (Evidenzgrad LoE 1b).
- 6.2 „Vor allem bei Schmerzen, starker körperlicher Symptombelastung oder Fatigue sollen die psychische Belastung sowie das Vorliegen einer psychischen Störung abgeklärt werden.“ (Empfehlungsgrad A, LoE 1b).

Wie Tab. 1 zeigt, sind Anpassungsstörungen, nach psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, mit 12.5% die häufigsten psychischen Störungen bei Krebskranken. Anders als etwa affektive oder Angststörungen liegen sie deutlich höher als in der Bevölkerung.

Risikofaktoren für psychische Störungen bei Krebskranken sind Alter (jüngere Patienten), Geschlecht (weiblich), Familienstand (ledig oder geschieden), Lokalisation (Lunge, Kopf-Hals, Brust, gynäkologische Tumoren), Krankheitsprogredienz, Beschwerden wie Schmerz oder Fatigue und psychische Vorerkrankungen. Das Suizidrisiko ist insgesamt deutlich erhöht.

Die Leitlinie spezifiziert weiter (4.3), dass eine patientenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden soll. Wie der Versorgungsalgorithmus spezifiziert, sollten (4.4) psychoonkologische Interventionen entsprechend dem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung angeboten werden. Konkret heißt dies, dass auch wenig belastete Patienten das Angebot von Informationen und psychosozialer Beratung, Psychoedukation oder auch von künstlerischen und Entspannungstherapien erhalten. Anders als die Diagnosehandbücher gehen die Leitlinien davon aus, dass Krebskranke unter einem Spektrum von psychischen Belastungen leiden. Sog. subsyndromale Belastungen erfüllen nicht die Kriterien einer Erkrankung nach ICD-10, bedürfen aber in Kombination mit und als Folge einer Krebserkrankung dennoch der umfassenden psychoonkologischen Unterstützung einschließlich psychotherapeutischer Einzel-, Paar- und Gruppeninterventionen.

Psychische Störung	Punktprävalenz (international)	Range	Punktprävalenz (Deutschland)
1. Affektive Störungen (F30-39)	11,1 %	0-49 %	10,8 %
a. Depression (F32.0-32.2)	8,2 %	0-49 %	6,0 %
b. Dysthymia (F34.1)	3,3 %	0-15 %	3,5 %
c. Bipolare affektive Störung (F31.0-31.9)	1,7 %	0-4 %	k. A.
2. Angststörungen (F40-42.9)	10,2 %	0-50 %	13,5 %
a. Generalisierte Angststörung (F41.1)	3,2 %	0-15 %	3,7 %
b. Panikstörung (F41.0)	2,5 %	0-11 %	3,3 %
c. Zwangsstörung (F42.0-42.9)	3,1 %	1-5 %	3,2 %
d. Soziale Phobien (F40.1)	1,2 %	0-7 %	0,8 %
e. Agoraphobie (F40.0)	0,9 %	0-3 %	k. A.
3. Akute Belastungsreaktion (F43.0)	4,8 %	0-28 %	4,1 %
4. Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	2,6 %	0-22 %	2,2 %
5. Anpassungsstörung (F43.2)	12,4 %	0-49 %	8,0 %
6. Somatoforme Störungen (F45.0-45.9)	1,7 %	0,5-11 %	3,1 %
7. Persönlichkeits- und Verhaltens- störungen	1,3 %	1-1 %	k. A.
8. Essstörungen (F50)	1 %	0-1 %	k. A.
9. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	13,1 %	2-51 %	6,5 %
10. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	4,0 %	0-40 %	2,8 %

Tabelle 1: Häufigkeit psychischer Störungen bei Krebspatienten (Leitlinie S. 43)

Anpassungsleistung und Anpassungsstörung bei Krebskranken am Fallbeispiel

Die 45-jährige Fachangestellte war verheiratet, hatte zwei Kinder (4 und 6 Jahre) und war in Teilzeit beschäftigt gewesen. Als einzige psychische Belastung berichtete sie in der Anamnese eine Fehlgeburt 2006 nach einer IVF-Behandlung, die ihr sehr zu schaffen gemacht habe. Seit einer Metastase 2014 sei sie in psy-

choonkologischer Betreuung bei einer niedergelassenen Psychologin. Es lagen folgende Diagnosen vor:

- Plattenepithelkarzinom mit unbekanntem Primärherd (CUP), Erstdiagnose 2/2013
- Zustand nach Thorakotomie mit Pneumolyse und atypischer Lungenteilresektion 2/2013
- Skeletmetastasierung ED 2014
- Zustand nach Chemotherapie 2013 – 2015

Frau B. erschien gepflegt mit einer modischen Perücke. Sie war im Erstkontakt freundlich und aufgeschlossen. Sie wirkte nicht durchgängig depressiv gestimmt oder angstvoll, beim Gespräch über die Erkrankung kamen ihr freilich wiederholt die Tränen. Deutlich spürbar wurde, dass sie durch die chronisch verlaufene Krebserkrankung sehr geängstigt und verunsichert ist. Sie gab spontan im Fragebogen wenige Beschwerden in geringer Ausprägung an, erst bei eingehender Anamnese deutliche Beschwerden.

- PHQ-9: keine depressive Störung, an einzelnen Tagen Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten (3)
- GAD-7: minimale Ängstlichkeit, an einzelnen Tagen unkontrollierbare und übermäßige Sorgen, Schwierigkeiten zu entspannen (4)
- Somatoforme Beschwerden SSS-8: geringes Ausmaß: Verdauungsbeschwerden, Rücken-, Brustschmerzen, Müdigkeit (6)
- Distress (HSCL-11) unauffällig, ein bisschen angespannt, hoffnungslos, Gedanken an Tod (0,3)

Frau B. schilderte, dass die Diagnosestellung für sie ein „schlimmes Tief“ nach sich zog. Sie „musste ständig weinen“ und konnte ohne das Medikament Tavor nicht schlafen. Nach etwa vier Wochen sei es ihr besser gegangen, als sie mit der Chemotherapie begonnen habe und Gelegenheit gehabt habe zu kämpfen. Die Chemotherapie habe sie ganz gut vertragen, trotz Schwächesymptomen wurde sie etwa ein Jahr lang fortgesetzt. Sie hatte gerade seit einem halben Jahr ihre berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen, als eine Metastase diagnostiziert wurde. Sie bekam wieder Chemotherapie, konnte nicht mehr arbeiten, und sie suchte sich eine Psychologin, bei der sie einmal pro Woche ein Gespräch hatte, unterstützt durch Entspannung und Arbeit mit inneren Bildern. Guten Rückhalt fand sie bei ihrem Partner, ihren Eltern und ihrem sozialen Umfeld. Sie bemühe sich aktiv als Mutter, dass ihre Töchter nicht übermäßig durch ihre Erkrankung be-

lastet werden, was sie mit der Psychologin bespreche. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Erschöpfungssyndrom (ICD-10:F48.0, F54)
2. Anpassungsstörung mit wiederholten (v.a. morgendlichen) depressiven Einbrüchen (ICD-10:F43.2)

Die Erschöpfungssymptomatik äußert sich in verringerter körperlicher Belastbarkeit, Müdigkeit und Energielosigkeit, so dass sie sich weniger vornehmen könne und mehr Pausen brauche und schließlich bereits gegen Abend sich hinsetzen müsse und dann manchmal sofort einschlafe. Auch Joggen schaffe sie nicht mehr. Als weitere körperliche Beschwerden berichtet sie Durchfälle, die sie auf die Einnahme des Antikörpers gegen die Erkrankung zurückführe und Rückenschmerzen, die sie auf die Tumorerkrankung zurückführe.

Die Anpassungsstörung äußert sich neben Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit sowie Konzentrationsstörungen, bei näherem Nachfragen berichtet sie über ein deutliches Morgentief, in dem sie gegen ihre Verzweiflung und Todesängste ankämpfen muss. Auch berichtet sie trotz aller Bemühung ihr familiäres und soziales Leben normal weiter zu führen, manchmal regelrecht ein Gefühl wie Unwirklichkeit, wenn sie daran denken muss, dass sie im Grunde todkrank sei.

Insgesamt fiel auf, dass Frau B. deutlich dissimulierend erschien. Dies ist am ehesten als Ausdruck der Entschlossenheit anzusehen, gegen die Krankheit zu kämpfen. Spontan gibt sie im Fragebogen daher nur wenige Beschwerden und nur in geringer Ausprägung an, erst bei eingehender Anamnese werden erhebliche Beschwerden (insbesondere ihre Todesangst) deutlich. Sie ist fest entschlossen, ihr familiäres und soziales Leben trotz der Einbußen und Einschränkungen normal weiter zu führen, was bei ihr manchmal ein Gefühl wie Unwirklichkeit auslöse, dass sie im Grunde trotzdem todkrank sei.

Anpassungsleistung und Resilienz

Resilienz wird sehr unterschiedlich definiert. Beispiele sind

- Gesunde Adaptation an belastende Umstände
- (Wieder-)gewinnung psychischer Stabilität
- Fähigkeit, bisherige Funktionen wieder zu erlangen oder Wachstum

Deshields et al. (2015) unterscheiden persönliche und Umweltbedingungen (wie Optimismus, genetische und epigenetische Merkmale, soziale Einbindung) auf

die die Diagnose der Krebserkrankung trifft, die ihrerseits mit sehr unterschiedlichen Belastungen verbunden sein kann. Die Erkrankten wiederum reagieren mit sehr unterschiedlichen Reaktionen und Copingstrategien. Es resultiert ein Kontinuum von Resilienz und Distress. Im Sinne der Rekalibrierung vollbringen Patienten ständig Anpassungsleistungen. Dies kann zu chronischer Störung von normalen Funktionen, allmählicher Erholung, verzögerten Einbußen oder auch – im Sinne der Resilienz – mit guten psychischen Funktionen führen. Psychoonkologische Betreuung setzt an dem Resilienz – Distress – Kontinuum an und fördert mit der Resilienz auch die Anpassungsleistung der Patienten.

In der Auseinandersetzung mit einer schwerwiegenden Erkrankung stellt Trauer einen normalen und notwendigen Vorgang auf dem Weg zu Akzeptanz und innerer Neuorientierung dar, einen äußerst mühsamen und schmerzhaften Prozess. In der Trauer wird das Selbstwertgefühl nicht herabgesetzt. Bei Krebskranken setzen die vielfältigen Verluste in persönlicher und sozialer Hinsicht einen solchen Trauerprozess in Gang. Der Erwerb der Fähigkeit zu trauern kann die Überwindung von Depressionen signalisieren.

In einer aktuellen, registerbasierten Studie mit 687 Langzeitüberlebenden eines Malignen Melanoms fanden wir, dass Distress geringer und entsprechend Resilienz höher war (Beutel et al. 2015) bei:

- Höherem Lebensalter, dem Vorhandensein einer Partnerschaft und eher bei Männern
- Wenn keine psychische Vorerkrankung und keine weitere chronische Krankheit vorlagen
- Bei flexibler, problemfokussierter, gegenwartszentrierter Bewältigung und Optimismus
- Und bei guter familiäre Unterstützung und Kommunikation (vs. Enttäuschung).

Auch die beschriebene Patientin zeigt deutlich Resilienz im Umgang mit ihrer äußerst bedrohlichen Erkrankung, die mit großer Ungewissheit (unbekannter und metastasierender Primärtumor) und großer Sorge um die Versorgung ihrer „hart erkämpften“ Kleinkinder einherging. Dennoch gelang es ihr, mit guter sozialer und psychotherapeutischer Unterstützung ihre familiären Rollen weitestgehend auszufüllen und dadurch wiederum Selbstvertrauen und Zuversicht zu schöpfen.