



Gedanken zur Psychoonkologie¹

Irene Agstner

◆◆◆ **D**a es sich bei Krebs um eine schwere, potentiell lebensbedrohende Erkrankung handelt, ist die Konfrontation mit dieser Krankheit in hohem Maße angstbesetzt. Zur Verstärkung dieser Angst trägt auch der alltägliche Sprachgebrauch bei, meiner Meinung nach vor allem die Zuschreibung der „Bösartigkeit“. Selbst viele Mediziner schreiben dem Krebs Eigenschaften zu, wie „rücksichtslos, boshaft, heimtückisch“, unterstellen ihm die Fähigkeit, „strategisch“ zu handeln. In diesen Attribuierungen wird der Krebs personifiziert, mit eigenem Willen ausgestattet. Denn bösartig kann nur etwas sein, was bewusst und willentlich geschieht. Eine Folge davon ist die allgegenwärtige Feind-Metaphorik, wenn über Krebs gesprochen wird.

Lakoff und Johnson (2003) zeigen in ihrem Buch „Leben in Metaphern“, dass Metaphern nicht nur sprachliches Stilmittel sind, sondern dass unser Denken, Fühlen und Wahrnehmen von ihnen geprägt sind und in Folge auch unser Handeln. Jede Metaphorik rückt bestimmte Aspekte eines Sachverhaltes ins Licht, andere werden gleichzeitig verdunkelt.

Die Feindmetaphorik suggeriert, dass es nur eine Sache des Hart-genug-Kämpfens sei, um den Krebs zu besiegen. Die Beschränktheit des Waffenarsenals und des Wissens über den Feind erzeugt jedoch unausweichlich (Behandlungs-)Fehler und Verlierer. In diesem Kontext wird das Verlieren jedoch

nicht der Behandlung angelastet, sondern den PatientInnen. Der Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung wird als Niederlage erlebt. Einerseits verleitet der Wunsch weiterzukämpfen, nicht aufzugeben ÄrztInnen und PatientInnen dazu, Behandlungen durchzuführen, die wenig bis keinen Nutzen bringen. Andererseits wird Aufgeben oder Verlieren nicht akzeptiert und die Entscheidung, eine Therapie abzulehnen oder abzubrechen ist mit Gefühlen der Schuld oder Unzulänglichkeit begleitet.

Es gibt nur einen Ausweg, wenn wir den Krebs als das sehen, was er ist: eine Krankheit.

Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma? Nicht solange wir in der Feind-Metapher denken. Es gibt nur einen Ausweg, wenn wir den Krebs als das sehen, was er ist: eine Krankheit. Dies eröffnet andere Handlungsmöglichkeiten: man kann lindern, hegen, pflegen, heilen, genesen, sorgsam umgehen, sich ihr zuwenden; natürlich auch manchmal ungeduldig und grantig, verzweifelt und resigniert sein; man kann die Krankheit weghaben wollen, gegen sie kämpfen; man kann sie akzeptieren und mit ihr leben; man kann an/mit ihr sterben.

Der Fokus kann sich verlagern: der Blick ist nicht mehr auf einen Feind gerichtet, sondern auf eine Krankheit und



in weiterer Folge auf das Leben unter den Rahmenbedingungen der Krankheit. Der Blick kann darauf gerichtet werden, was in einer bestimmten Si-

tuation gut tut, wie man in einer bestimmten Situation – die man akut nicht verändern kann – reagieren kann.

Beispiel 1: Eine Patientin litt im Verlauf ihrer Erkrankung eine Zeit lang unter wiederkehrender Aszites (Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle). Zur Entlastung ließ sie sich ca. alle 14 Tage punktieren. In der ersten Woche danach ging es ihr immer sehr gut, doch im Verlauf der 2. Woche sammelte sich wieder viel Wasser im Bauch. Ein unangenehmer und irgendwie trivialer Punkt war, dass ihre Kleidung nicht mehr passte. Sie wehrte sich vehement, sich für diese Zeit bequemere Kleider zu kaufen. Aus ihrer Sicht bedeutete dies, der Erkrankung nachzugeben. Es

¹ Diesem Artikel liegt die Erkenntnistheorie des Kritischen Realismus zu Grunde, der eine strikte Unterscheidung von physikalischer und phänomenaler Welt postuliert. Meine Ausführungen betreffen ausschließlich Aspekte der phänomenalen Welt.

bedurfte einiger gemeinsamer Arbeit, dass sie der gegebenen Situation entsprechend handeln konnte und sich bequemere Kleidung besorgte. Interessanterweise verbesserte sich dann auch die Aszites.

Durch das Nicht-Annehmen des So-Seins einer Situation tritt eine Verhärtung ein. Oft höre ich, dass das Annehmen eines Hilfsmittels bedeute, sich der Krankheit zu ergeben und die Hoffnung auf Besserung aufzugeben. Aber gibt man wirklich auf, wenn man sich der Situation anpasst? Oder erweitert man durch die Akzeptanz und Anpassung nicht vielmehr seinen Handlungsspielraum?

Beispiel 2: Ein Patient haderte sehr mit seinem längeren Krankenhausaufenthalt, da er seine schwangere Tochter nicht sehen konnte. Er wollte nicht, dass sie ihn besuchen komme, weil er befürchtete, sie könnte sich mit einem Krankenhauskeim infizieren. Die Nicht-Akzeptanz seiner Situation verhinderte das Erkennen von Alternativen, wie z.B. ein Treffen im Café des Krankenhauses oder dass die Tochter Mundschutz und Handschuhe hätte verwenden können. Hinter dieser mangelnden Flexibilität steckt auch wieder die Sicht der Krankheit als Feind, von dem man sich nicht unterkriegen lässt und gegen den man standhält.

Die Kampfmetaphorik kann in bestimmten Situationen aber auch produktiv genutzt werden. Meistens haben PatientInnen das Gefühl, eine Chemo machen *zu müssen*. In Folge erleben sie sich in einer (er-)duldenen, passiven, ausgelieferten Position. Hier gilt es, den PatientInnen Raum zu bieten, das Pro und Kontra durchzudenken, so dass sie selbst die Entscheidung treffen und von dem *Müssen* zum *Wollen* kommen können. Entscheidet sich der/die PatientIn für die Chemo, kann er/sie diese als Waffe sehen, die die Medizin zur Verfügung stellt, die er/sie aber selbst führen und einsetzen wird. Dadurch kann sich der/die PatientIn aktiv und selbstbestimmt erfahren. Es ver-

ändert sich auch die Wahrnehmung bzw. Bewertung der Nebenwirkungen auf positive Weise. Trotzdem kann es auch Zeiten geben, in denen es schwer ist, die Therapie durchzustehen. In diesen Situationen gilt es die Anstrengung zu würdigen und zu achten.

PatientInnen haben Metaphern mit denen sie das Krankheitsgeschehen in begreiflichere Bilder übersetzen. Diese Metaphern können wir nicht einfach durch andere ersetzen. Wir können uns jedoch den verwendeten Metaphern explizit zuwenden, sie zu Ende denken und überprüfen, ob die Bilder adäquat sind und dem/der PatientIn ermöglichen, sie gegebenenfalls durch passendere zu ersetzen. Dazu ist die Offenheit des/der TherapeutIn notwendig, in Bezug auf den Krebs nicht nur in Feindmetaphern sprechen, denken und fühlen zu dürfen.

Beispiel 3: Ein 42-jähriger Patient mit Magencarcinom ist enttäuscht, weil ihm empfohlen wurde, eine präoperative Chemo zu machen. Er hat das Gefühl, im Moment nichts tun zu können, das Warten zermürbt ihn. Ich schlage ihm eine Visualisierungsübung vor: Wie würde sein Krebs ausschauen, begegnete er ihm als Wesen außerhalb seines Körpers. Er sieht ein Alien, so groß wie er selbst, schwarz, mit großem Gebiss – in Angriffstellung, ein paar Meter vor ihm, zum Sprung bereit. Er selbst hat eine große Axt in den Händen, bereit den Angriff abzuwehren. Ich spüre die unheimliche Spannung und Angst, versteckt hinter der Aggression. Beide lauern auf eine Bewegung des anderen. Wer ist Angreifer, wer Abwehrender? Ich frage den Patienten, ob er überprüfen könne, welche Absichten das Alien habe. Diesem Vorschlag steht er sehr ablehnend gegenüber, er wüsste gar nicht, wie er mit dem Alien sprechen solle. Schließlich wagt er den Versuch, das Alien zu fragen, ob es Deutsch spreche. Darauf schaut das Alien ganz erstaunt und antwortet mit „ja“. Der Patient ist seinerseits sehr erstaunt, sowohl ob der Antwort des Aliens als

auch über dessen Erstaunen. Erstaunen und Furcht schließen einander aus – die Situation entspannt sich ein wenig. In der folgenden Sitzung erzählt der Patient, dass er in der Zwischenzeit die Axt habe sinken lassen und sich das Alien hingewetzt habe.

Sehe ich den Krebs als Feind, so ist mein Blick auf ihn geheftet, auf seine Aktionen – ich bin in der Rolle des/der Reagierenden. Alles wird dem Kampf untergeordnet, der Blick darauf fokussiert. Durch die Abkehr von der Feind-Metapher kann der Fokus wieder auf das *Leben* gerichtet werden. Was braucht es für ein gelingendes Leben, auch oder besonders unter der Rahmenbedingung der Krankheit? Wenn ich den Krebs nicht als etwas sehe, das einfach nur weg muss, kann ich den PatientInnen „zumuten“ sich mit ihm zu identifizieren. In der Identifikation mit dem Krebs passiert eine Wandlung: wie auch in der Identifikation mit Alptraumfiguren zeigt sich ein Anteil der Persönlichkeit, der bislang nicht mitleben durfte – verdrängte oder abgespaltene Gefühle, Bedürfnisse. Es zeigen sich Fragen und Themen, die bearbeitet werden wollen, um ein erfülltes Leben leben zu können. Zu diesen Themen gehört auch die Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit, dem Tod.

Beispiel 4: Eine Patientin in palliativer Behandlung hatte eine Geschichte gelesen, in der der Tod als Freund gesehen wurde. Sie fand die Geschichte ansprechend, doch konnte sie ihn nicht als Freund betrachten. Sie fühlte sich von ihm bedroht und hatte das Gefühl, ihn ständig fernhalten zu müssen. Ich bat sie, sich umzuschauen und zu spüren, wo der „Tod“ gerade war. Sie sah einen Gang, an dessen Ende eine dunkle Gestalt stand. Der Tod. Es war schwer für sie hinzuschauen, Kontakt aufzunehmen, weil sie große Angst vor ihm hatte und fürchtete, ihn herauszufordern. Dennoch schaffte sie es, ihm zu sagen, dass sie sich von ihm bedroht fühle, weil er ihren Todeszeitpunkt bestimme. Das empfand sie als große Un-



gerechtigkeit. Ich bat sie daraufhin, die Rolle des Todes einzunehmen und aus seiner Position zu antworten. Da sagte dieser, es mache ihn traurig, dass sie sich vor ihm fürchte. Er wolle ihr nichts Böses und könne ihr nichts Böses. Seine Aufgabe sei es, ihre Seele abzuholen, zu empfangen, wenn es soweit sei. Doch es läge nicht in seiner Macht,

den Zeitpunkt ihres Todes festzulegen. Die Patientin war sehr ge- und berührt von seiner Aussage und meinte zum Schluss: „Jemand der da ist, wenn er gebraucht wird.“ ◆

Literatur

Agstner Irene (2008): Krebs und seine Metaphern in der Psychotherapie. Ein gestalttheoretischer Ansatz. Krammer Verlag, Wien

Lakoff George, Johnson Mark (2003): Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Carl-Auer-Systeme Verlag

Susen Gerhard R. (1996): Krebs und Hypnose. Hilfe vom inneren Freund. J. Pfeiffer Verlag, München

Irene Agstner MSc,

Psychotherapeutin an der Universitätsklinik für Chirurgie am Wiener AKH und in freier Praxis.
Lehrtherapeutin für Gestalttheoretische Psychotherapie.