

# Traumassensible Begleitung rund um die Diagnose Krebs

## Ein integrativer Ansatz<sup>1</sup>

Beatrix Teichmann-Wirth

Wien, Österreich

Nach der Beschreibung von spezifischen Facetten einer personenzentrierten Beziehung in der psychoonkologischen Begleitung werden die Symptome des Schocks, die mit einer Krebsdiagnose zumeist verbunden sind und oftmals denen einer akuten traumatischen Belastungsreaktion ähneln, sowie deren neurophysiologischer Hintergrund beschrieben. Es wird auf die Traumaspezifika und das Traumatisierungspotenzial einer Krebsdiagnose eingegangen. Es werden Elemente einer traumasensiblen Diagnose vorgestellt wie auch traumafokussierte Maßnahmen zur Akuthilfe, die einer potenziellen Traumatisierung entgegenwirken. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, mithilfe von traumaspezifischem Wissen einen Verstehenshintergrund für die teilweise heftigen Reaktionen nach einer Krebsdiagnose zu geben. Es werden Möglichkeiten vorgestellt, wie der Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsreaktion und dem damit verbundenen erhöhten Rezidivrisiko entgegengewirkt werden kann, damit die Krebsdiagnose als Herausforderung und nicht als Überforderung erlebt werden kann.

*Schlüsselwörter:* Krebsdiagnose, traumasensible Begleitung, akute posttraumatische Belastungsreaktion, personenzentrierte Beziehung, Psychoonkologie

**Trauma-sensitive professional support related to diagnosis of cancer. An integrative approach.** After describing specific facets of a person-centered relationship in professional psychooncological support, the symptoms of shock, which are in most cases related to a cancer diagnosis and which are often similar to the symptoms of an acute posttraumatic stress disorder, as well as their neurophysiological background are described. Following this, the trauma specifics and the trauma potential of a cancer diagnosis are elaborated on. Elements of trauma sensitive diagnostics are introduced as well as trauma focused measures for acute relief, which counteract potential traumatization. It is the goal of the present article to provide a framework for understanding the partially severe reactions following a cancer diagnosis by providing trauma-specific knowledge. Options are provided with which to prevent the development of a posttraumatic stress disorder and the accompanying risk of relapse so that the cancer diagnosis can be experienced as a challenging rather than an excessively demanding event.

*Keywords:* cancer diagnosis, traumasensitive professional support, acute posttraumatic stress disorder, person-centered relationship, psychooncology

### Einleitung

„Die Diagnose war ein Schock!“ ist wohl der meist gehörte Satz von Menschen, die mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind. Durch dieses einschneidende Ereignis wird der Mensch, wie zu zeigen sein wird, erheblich in seiner Selbstwirksamkeit beeinträchtigt. Die Selbstwirksamkeit, welche sich für mich aus der

Selbstregulation, – der Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu beantworten – und der Selbstbestimmung – dem Eintreten für eben diese Bedürfnisse und Wünsche – definiert, ist in meinem Verständnis *das* zentrale Agens am Krebsweg.

Mein Vorgehen in der Begleitung krebserkrankter (erwachsener) Menschen gründet auf einem personenzentrierten Beziehungsverständnis und traumatherapeutischem Wissen. Der persönliche Erfahrungshintergrund einer dreimaligen Krebsdiagnose ist dabei wesentlich. Ich habe andernorts über meine

---

**Beatrix Teichmann-Wirth:** Klinische und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien, Traumatherapeutin, langjährige Ausbilderin des Forum, zahlreiche Veröffentlichungen vor allem zu Psychotherapie und Krebserkrankung.

Arbeitsschwerpunkte: Krebsbegleitung, Psychosomatik, körperorientierte Psychotherapie, Traumatherapie, Spiritualität.

E-Mail: beawirth@yahoo.de. Website: www.krebscoaching.org.

---

1 Im Sinne der Gendersensibilität habe ich, wenn ich nicht beide Geschlechter benannt habe, zumeist die weibliche Form gewählt, vor allem, wenn es um Beispiele aus meiner Praxis geht, weil ich vornehmlich mit Frauen arbeite.

Erfahrungen und eine personenzentrierte Betrachtung (m)eines Krebsweges ausführlich gesprochen (Teichmann-Wirth, 2008), weshalb ich hier nur eine der wichtigsten Lernerfahrungen auf meinem Krebsweg betonen möchte: Jede Krebsdiagnose, auch wenn es sich um erneute Diagnosen derselben Krebsart bei demselben Menschen handelt, braucht eine spezifische „Antwort“, ein unterschiedliches Vorgehen und eine Genauigkeit mit sich und der Krankheit.

Der vorliegende Artikel richtet sich an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen sowie medizinisches Personal, aber auch an Betroffene und die, die sie begleiten.

Er beschäftigt sich mit dem ersten Schritt im Leben mit Krebs. Diese erste Phase rund um die Diagnose ist in ihrem Verlauf wegweisend und entscheidend dafür, wie die weiteren Schritte – Therapiewahl sowie Behandlungen – erfolgen, aber auch in Bezug auf das Rezidivrisiko.

### Die spezifische Beziehung in der Krebsbegleitung

Ebenso wie Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 579f.) halte ich es für hilfreich, „ein kontinuierliches Betreuungsangebot bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung zur Verfügung stellen zu können, da erfahrungsgemäß psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird“.

Auch Fischer und Riedesser (2009, S. 369) plädieren für eine Begleitung, die schon bei der Diagnose beginnt und auf die individuelle Eigenart der Patientin Rücksicht nimmt. Dem „holding environment“ (Winnicott, 1965) kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Traumatherapeutisches Wissen, um auch traumapräventive Maßnahmen setzen zu können, sind dabei unerlässlich.

In der Begleitung krebserkrankter Menschen sollte „die aktuelle Situation [die Diagnose, die Therapiewahl, das Erleben der Behandlung; Anm. der Autorin] thematischer Schwerpunkt der Therapie sein [...] und erst in zweiter Linie die Biographie bzw. Persönlichkeit“ (Schmelting-Kludas, 2006, S. 399).

Die psychotherapeutische Beziehung in der Begleitung krebserkrankter Menschen verändert sich: Stehen rund um die Diagnose die Krisenintervention, eine Stabilisierung und Reorientierung im Vordergrund, so ähnelt die Begleitung im weiteren Verlauf – z. B. bei der Ursachensuche – mehr einem „klassischen“, personenzentrierten Beziehungsangebot. Etwaige Veränderungs-schritte im Leben, die aufgrund der Ursachenforschung als notwendig erscheinen, brauchen meiner Auffassung (Teichmann-Wirth, 2008, S. 297) zufolge Ermutigung und Bekräftigung. Dem Therapeuten bzw. der Therapeutin kommt hier eine Mentorenfunktion zu mit aktiver(er) Unterstützung und der gemeinsamen Planung konkreter Schritte, aber auch der Hilfe bei deren Umsetzung (vgl. Le Shan, 1989/1993).

Das Vorgehen verlangt immer wieder einen Settingwechsel (vgl. Schmelting-Kludas, 2006, S. 400). In diesem Sinne „sollte der Psychotherapeut beispielsweise vorher klären, zu welchen Veränderungen des Settings er in der Lage ist, ob er bereit ist zu Besuchen im Krankenhaus oder zu Hause am Krankenbett“ (Macke-Bruck & Nemeskeri, 2003, S. 568).

Williges (2001, S. 25) versteht sich in seiner psychoonkologischen Tätigkeit zuallererst als „Freund und Anwalt des Körpers“ (ebd.): Der Krebspatient „braucht einen Freund und Begleiter, er braucht einen Begleiter durch alle diese Institutionen, der ihn auch einmal ermutigt oder ihm konkret sagt, was zu tun ist, um das Befinden zu verbessern und der Hoffnung Nahrung zu geben“ (ebd.).

Das Wissen um traumaspezifische, neurophysiologische Zusammenhänge scheint mir, wie auch Schmelting-Kludas (2006) sowie Fischer und Riedesser (2009), als Verstehenshintergrund in der Begleitung krebserkrankter Menschen notwendig. Nur auf dieser Grundlage kann ich wirklich Halt gebend sein, einerseits, weil ich diese teilweise hoch geladenen Prozesse einordnen kann und sie dadurch nicht erschreckend sind, andererseits, weil ich dieses Wissen auch psychoedukativ der Klientin zur Verfügung stellen kann, was einen beruhigenden Einfluss hat.

Sichernd ist auch, wenn der Therapeut bzw. die Therapeutin über Grundkenntnisse der Krebserkrankung, medizinische Abläufe und neue medizinische Behandlungsformen wie auch über die körperliche und medizinische Situation seines Patienten (vgl. Schmelting-Kludas, 2006, S. 400) verfügt. Indem ich z. B. darüber aufkläre, dass ein duktales Karzinom in situ nicht wie ein schnell wachsender, invasiver Tumor zu sofortigen Behandlungsmaßnahmen drängt, wirke ich dem irrationalen Verständnis von „Krebs ist gleich Krebs und damit lebensbedrohlich“ entgegen. Ideal wäre eine Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten und Ärztinnen.

Weiters ist es günstig, wenn der Therapeut bzw. die Therapeutin „selbst in der Lage ist, die krankheitsbedingten Belastungen, Entstellungen, körperlichen Veränderungen und die daraus resultierenden Affekte des Patienten sowie die auf seiner eigenen Seite dadurch entstehenden Affekte zu ertragen“ (ebd., S. 400), wenn er bzw. sie also ein geringes Triggerpotenzial in Bezug auf schwere, potenziell lebensbedrohliche Krankheiten hat.

### Facetten einer personenzentrierten Beziehung in der therapeutischen Begleitung krebserkrankter Menschen

Finke (1999) unterscheidet im Hinblick auf ein therapeutisches Beziehungskonzept zwischen Arbeitsbeziehung, Alter-Ego-Beziehung, Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung.

Auch wenn in einem längeren Krebsbegleitungsprozess all diese Formen zur Anwendung gelangen, stehen in der Begleitung rund um die Diagnose – meiner therapeutischen Erfahrung gemäß – in erster Linie die Arbeits- und Dialogbeziehung im Vordergrund.

### *Arbeitsbeziehung*

Die Arbeitsbeziehung spannt sich nach Finke (1999, S. 14) zwischen „Engagement“ und „distanziertem Beobachten“ aus.

Wie noch zu zeigen sein wird, befinden sich Menschen, die mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind, in einer (extremen) Notsituation. Hier sind in besonderer Weise eine „haltgewährende Zuwendung“ und ein „ressourcenmobilisierendes Moment“ (ebd., S. 17), sowie eine „im ausdrücklichen Sinne spezifische Stützung“ oder „Förderung der Bewältigungskompetenz“ (ebd., S. 18) angebracht.

Die Not der Klientin hat eine enorme Sogwirkung, ein appellierendes Verlangen nach (schnellen) Lösungen wird an die Therapeutin herangetragen. Diesem Sog können wir uns nur schwer entziehen, mit der Gefahr, die nötige Distanz zu verlieren. Um nicht in der Angst und Verzweiflung „unterzugehen“, ist es notwendig, dass wir immer wieder für den zweiten Pol der Arbeitsbeziehung sorgen, indem wir eine „nüchternvergleichende“ (ebd., S. 20) Aufmerksamkeit zur Verfügung stellen, um auf dieser Basis gemeinsam förderliche Schritte z. B. in Bezug auf die Therapiewahl auszuloten. „Dass wir aus größerer Distanz schauen, wirkt auf die verwirrte und erregte Person beruhigend“ (Brossi, 2014, S. 275).

In der Traumatherapie wird in besonderer Weise auf den Charakter einer Arbeitsbeziehung geachtet.

Das Vorgehen ist transparent, strukturiert und fokussiert und gibt damit den nötigen Halt.

Die Psychoedukation zählt dabei zu den wesentlichen therapeutischen Mitteln. Schmeling-Kludas (2006, S. 399) erachtet die Psychoedukation insbesondere als Wissensvermittlung über typische Abläufe bei der Krankheit oder Traumabewältigung und in Bezug auf den „Umgang mit dem sozialen Umfeld“ als wesentlich. Die psychoedukative „Übersetzungsarbeit“ (Münker-Kramer, 2006, S. 305) lässt das überwältigende Traumaschehen verstehen. Allein durch die Erklärung, wie Traumaprozesse ablaufen, warum z. B. eine Triggerung durch den Geruch von Desinfektionsmitteln im Krankenhaus eine Reaktion von unangemessener Heftigkeit auslöst, bewirkt eine große Entlastung.

### *Dialogbeziehung*

Bei der Krebserkrankung handelt es sich um ein (potenziell uns alle betreffendes) menschlich existenzielles Geschehen. In

diesem Sinne scheint es angebracht, dass die Therapeutin der Klientin als authentische, reale Person im Sinne einer von Finke (1999, S. 105) so benannten Dialogbeziehung gegenübertritt. Dazu gehört auch das „Mitteilen von Anteilnahme und Sorge“ (Finke, 2003, S. 68), ein lebendiges, engagiertes Interesse an den Prozessen des Krebsgeschehens und der je eigenen Vorgehensweise der Klientin sowie auch das „Bekunden von Solidarität“ (ebd., S. 26).

In der Regel weiß ich über die Kontrolluntersuchungstermine Bescheid, und es ist für mich selbstverständlich, dass ich danach für ein kurzes Telefonat zur Verfügung stehe. Aus psychohygienischen Gründen achte ich jedoch sehr darauf, wen und wie viele Krebspatientinnen ich in eine Begleitung aufnehme.

In meinem Verständnis ist die allerwichtigste Qualität in der Begleitung von krebserkrankten Menschen die unbedingte positive Selbstbeachtung (Rogers 1959a/1987, S. 36). Tausch (1981, S. 162) nennt diese Qualität die „offene Selbstauseinandersetzung des Helfers“.

Wie oben erwähnt ruft eine Krebsdiagnose in uns als Begleiterinnen eine Reihe von (emotionalen) Reaktionen hervor. Diese Reaktionen, die z. B. im Zuge einer Rezidivdiagnose bei einer Klientin, welche wir längere Zeit begleiten, auftreten, oder wenn der Klientin mitgeteilt wird, dass sie nicht mehr lange zu leben hat, oder auch, wenn die Klientin eine Therapieentscheidung trifft, von welcher wir annehmen, dass sie einer Gesundheit nicht förderlich ist, können heftig sein. Damit ist die Gefahr gegeben, dass wir, angesteckt von den im Raum stehenden Gefühlen schnell nach Lösungen suchen und mit Ratschlägen hilfreich sein wollen. Es ist daher notwendig, zunächst den eigenen inneren Reaktionen, den Ängsten und Bedrohungsgefühlen Gehör und eine wertschätzende Beachtung zu schenken. Dann kann ich sie auf die Seite stellen und mich erneut im Sinne der unbedingten positiven Beachtung (Rogers, 1959a/1987, S. 34) für den Moment und den Klienten bzw. die Klientin mir gegenüber öffnen.

In der vulnerablen Zeit rund um die Diagnose braucht es zuallererst die Qualität der Sicherheit. Die Therapeutin ist für die Klientin Ruhepol in all den Turbulenzen, eine Landstation, zu der man mit allem Belastenden unzensuriert kommen kann. Sie stellt damit eine „schützende Inselerfahrung“ (Gahleitner, 2014, S. 261; vgl. bereits Gahleitner, 2005, S. 63) zur Verfügung.

In den von Porges und Geller (2014/2017, S. 189) benannten therapeutischen Notwendigkeiten, um einer Traumareaktion im Sinne der Polyvagaltheorie entgegenzuwirken, finden sich ohne explizite Erwähnung hinsichtlich Präsenz, Kongruenz, empathischem Eingestimmtsein und authentischem differenziertem Ausdruck viele Parallelen zur personenzentrierten Psychotherapie.

## Diagnose Krebs – der Schock

In der Regel ist eine Krebsdiagnose ein großer Schock, teilweise wie ein Blitz aus heiterem Himmel, ohne jegliche Symptomatik bei einer Routineuntersuchung kommend, ist der Mensch von einem Augenblick zum anderen (scheinbar!) plötzlich (tod-)krank.

Andere tragen bereits über längere Zeit einen Knoten in der Brust, den wahrzunehmen sie jedoch nicht wagen, oder sie haben Symptome wie einen Hautausschlag, der nicht in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung gebracht wird. Die Krebsdiagnose ist, wenn schon nicht ein traumatisches Erleben, so doch eine Krise mit den „Gefühlen der Überforderung und des Ausgeliefertseins“ (Brossi, 2014, S. 279).

Viele Betroffene zeigen in der Folge der Diagnose Symptome einer akuten traumatischen Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0, DSM-5; vgl. Kolk, 2015). Sehr eindrücklich bringt die von Langbein (2014, S. 74f) zitierte Bettina Reiter zum Ausdruck, was in den folgenden Fachtermini beschrieben wird: „Es ist wie ein irrsinniger Flächenbrand, der sich über die ganze Person und über alle Möglichkeiten zu denken und zu empfinden drüberlegt, und dann hast du eh keine Chance, dann bist du von dieser Angst eingenommen.“

### *Symptome einer traumatischen Belastungsreaktion*

Die Diagnosekriterien der Akuten Belastungsreaktion in der ICD-10 (F43.0) bilden meiner Ansicht nach nur ungenügend die (großen) individuellen Unterschiede ab, was das Ereignis wie auch die Dauer der Reaktion betrifft. Genauere Angaben zu den konkreten Symptomen der Akuten Belastungsstörung macht das DSM-5. Hieraus und aus der Traumaliteratur (u. a. Kolk, 2015; Münker-Kramer, 2006) soll nachfolgend die wesentliche Symptomatik im Hinblick auf die Konfrontation mit einer Krebsdiagnose charakterisiert werden.

Akuter Stress löst eine Kaskade von Reaktionen im Körper aus: Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Glukokortikoide, was zu einem Ansteigen des Blutdrucks, einer Erhöhung des Pulsfrequenz und einer stärkeren Durchblutung von Muskeln und Gehirn führt. All dies sind sinnvolle Reaktionen, um uns für den Kampf oder die Flucht in einer gefährdenden Situation auszustatten. Wenn Kampf und Flucht aussichtslos erscheinen, wird der dorsale Vagus aktiviert, und es kommt zu einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten, was ein Gefühl der Betäubung, der Erstarrung (Totstellreflex), eine geringere Schmerz Wahrnehmung und eine Verringerung von Verdauung und Wachstumsprozessen auslöst.

In einem *natürlichen Traumaverlauf* (Fischer, 2003/2013, S. 21ff.) klingen diese Symptome sukzessive von der Schock über die Einwirkungsphase ab, bis in der Erholungsphase nach

zwei bis vier Wochen nach dem Traumaereignis die Dauererregung gesunken und die Energie nicht mehr ausschließlich an das Ereignis gebunden ist.

In der Zeit rund um die Diagnose bis Wochen nach dem belastenden Ereignis zeigen sich folgende Symptome:

- *Veränderung des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens:* Sinnesindrücke verändern sich – alles wird ganz langsam oder schnell, die Raumwahrnehmung verändert sich, einzelne Elemente werden gegenüber anderen überdeutlich: das Bild an der Wand hinter dem Arzt, das Wippen des Fußes der Patientin neben mir im Warteraum, ein Lied auf der Heimfahrt im Radio. Bestimmte Sinneseindrücke treten stark in den Vordergrund, während die Welt rundherum untergeht. Es herrscht ein Gefühl von Unwirklichkeit.
- *Emotionale Ebene:* Es findet entweder eine emotionale Taubheit oder Überschwemmung mit Gefühlen statt. Manche Menschen sind vor Angst erstarrt, können gar nichts empfinden, fühlen sich leer und leblos, andere haben es mit heftigen Gefühlszuständen zu tun, werden von wiederkehrender Panik, Trauer oder Wut ergriffen. Aufgrund der sehr hohen Erregung können sie nicht schlafen und sich auf nichts konzentrieren.
- *Handlungsebene:* Es erfolgt eine Erstarrung und Lähmung. Manche Menschen funktionieren wie Roboter, verabschieden sich vom Arzt bzw. von der Ärztin mit gebührender Höflichkeit, machen vielleicht gleich einen Operationstermin aus, gehen automatisch zum Auto, sind dabei aber ganz und gar nicht bei sich.
- *Neuronale Ebene:* Aus der Traumaforschung (Kolk, 2015, S. 575ff.; Münker-Kramer, 2006, S. 298) weiß man, dass es im Schockzustand zu einer Verminderung kortikaler Aktivität und damit zu einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt. Die Amygdala als Teil des limbischen Systems signalisiert eine Gefahr. Ist die Gefahr hoch und sind die nachfolgenden Maßnahmen nicht geeignet, eine Beruhigung herbeizuführen, so wird die Information nicht über den Hippocampus an das Großhirn weitergeleitet, wo im Sinne einer erfolgreichen Informationsverarbeitung „eine raumzeitliche Integration des Erlebten in das vorhandene Material aus Erfahrungen und Lebensgeschichten erfolgen kann“ (Münker-Kramer, 2006, S. 298). Dies ist auch nicht unbedingt notwendig, da in einer Gefahrensituation nur das unmittelbare, schnelle Handeln – Flüchten oder Kämpfen – gebraucht wird, und damit die Enervierung der entsprechenden Regionen im Körper Priorität hat. Auch das Broca-Zentrum, jene Region im Gehirn, in welcher eine Versprachlichung des Erlebten stattfindet, ist im Schockzustand nicht aktiviert. Das erklärt, warum Menschen wahrlich stumm vor Schreck sind, warum sie keinen klaren Gedanken fassen können, und warum sie nach der Diagnose nicht in der Lage sind, weitreichende Entscheidungen zu

treffen, die ja auf der Grundlage des Wissens und der kognitiven Einschätzung der Situation und der Konsequenzen beruhen sollten. Zu diesem Zeitpunkt getroffene Entscheidungen werden aus dem ältesten Teil unseres Gehirns, aus einem Überlebensimpuls und der Angst heraus getroffen.

- *Intrusion*: Im Sinne einer Überflutung tauchen immer wieder Elemente des Geschehens rund um die Diagnose auf, wie z. B. Aussagen des Arztes bzw. der Ärztin („Sie haben Krebs“) oder der Anblick der Röntgenbilder.

### *Unterschiede in der Reaktion Betroffener auf die Diagnose*

Die Reaktionen Betroffener auf die Diagnose sind sehr unterschiedlich – siehe dazu auch Topaloglou (2017), welche das Selbst-Erleben in all seinen Schattierungen im Zuge einer Krebserkrankung würdigt. In ähnlicher Weise lässt Anne-Marie Tausch (1981) in ihren „Gesprächen gegen die Angst“ Betroffene, Angehörige und Helfende zu allen Aspekten einer Krebserkrankung zu Wort kommen.

Es gibt Menschen, die sofort in Tränen ausbrechen oder schreien und so ihre Panik ausdrücken. Andere verstummen, ziehen sich in sich zurück. Manche beginnen, eifrig zu handeln, indem sie sogleich telefonieren oder im Internet recherchieren. Wieder andere verschweigen die Diagnose und versuchen, ganz allein damit umzugehen, weil sie vielleicht befürchten, dass die heftigen Reaktionen der Anderen sie noch mehr belasten und irritieren. Und einige entscheiden sich, die Diagnose gar nicht ernst zu nehmen. Sie bleiben weiteren Untersuchungen fern, verleugnen die Tatsache.

Die Reaktionen sind oftmals ohne ein traumaspezifisches Wissen schwer verstehbar. Traumatherapeutisch betrachtet dienen sie alle dem Versuch, mit einem unvorhergesehenen, überwältigenden Ereignis fertig zu werden, und sind in diesem Sinne als gesunde Verarbeitung eines Traumas (Fischer, 2013, S. 24) zu verstehen. Eine „Übersetzungsarbeit“ (Münker-Kramer, 2006, S. 309), die der betroffenen Person, aber auch den Angehörigen die teilweise schwer verständlichen Reaktionsweisen und ihre Hintergründe erklärt, wirkt erleichternd.

Werden die Symptome jedoch nicht in diesem Sinne gewürdigt, und wird dem Schock, der Angst und der Not keine Erholungszeit eingeräumt, kann es zu einer Chronifizierung bis zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen (vgl. Schmeling-Kludas, 2006, S. 397).

### Diagnose Krebs – das Traumatisierungspotenzial

„Krankheiten, die mit der Erwartung eines lebensbedrohlichen Ausgangs verbunden sind, stellen eine potentiell traumatische Situation dar, welche zur Ausbildung von psychotraumatischen

Symptomen und Syndromen führen kann“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 365). Liegt die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für das Vollbild einer PTBS nach ICD-10 bei 7–12 %, so fällt sie bei Krebs- und anderen schweren Organerkrankungen mit 15–20 % deutlich höher aus (Münker-Kramer, 2006, S. 296).

Laut Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 575) ist die Vulnerabilität besonders groß, wenn sich eine Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung bereits in der Kindheit entwickelte. Fischer und Riedesser (2009, S. 366) sprechen von einem größeren Belastungspotenzial, wenn traumatische Vorerfahrungen bestehen.

Ich selbst habe jedoch auch die Erfahrung gemacht, dass viele Klientinnen ungeachtet einer traumatischen Vorbelastung im Angesicht einer Krebsdiagnose nicht geahnte Stärken und innere Ressourcen mobilisieren können, sie sozusagen über sich hinauswachsen.

Fischer und Riedesser (2009, S. 84) definieren ein psychisches Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Bei einer Krebserkrankung tragen meinem Verständnis zufolge vor allem zwei Faktoren zum Traumatisierungspotenzial einer Krebsdiagnose in diesem Sinne bei.

### *Faktor 1: Krebs als Metapher*

Susan Sontag (2002) hat in ihrem beeindruckenden Buch „Krankheit als Metapher“ beschrieben, wie Krebs in unserem Bewusstsein verankert ist. Dazu gehören:

- *Krebs als Todesurteil*: Zumeist wird Krebs eng mit einem nahen Tod verknüpft. Es ist beeindruckend, dass sich diese irrationale Überzeugung so hartnäckig hält, obwohl dies nicht der statistischen Realität entspricht. Laut Statistik Austria (2018) starben 2017 24,33 % an einem Tumorgeschehen und 39,78 % an einer Herz- Kreislauferkrankung. Bei Krebs handelt es sich zumeist um eine chronische Erkrankung. Dennoch kommt für viele Patienten und Patientinnen eine Krebsdiagnose einem Todesurteil gleich.
- *Krebs als Wucherung und unkontrolliertes Wachstum*: „Krebszellen stammen von normalen Körperzellen ab. Diese beginnen eines Tages, sich unkontrolliert zu teilen und zu wachsen“ (Weber, 2011, S. 16). Dieser unkontrollierte Wachstumsvorgang scheint auch im Bewusstsein der Patienten und Patientinnen derart verankert zu sein, dass Krebs in besonderer Weise mit Kontrollverlust in Zusammenhang gebracht wird. Das Bild der Wucherung – „da wächst etwas ungehindert in meinem Körper“ – scheint im subjektiven Empfinden bedrohlicher zu sein als die Gefahr eines Herzinfarkts oder

Schlaganfalls. Auch dies entspricht nicht der Realität: „Der Vorgang des Entstehens einer Krebszelle scheint im menschlichen Körper häufig aufzutreten, und die Krebszelle scheint sich ebenso häufig wieder zurückzubilden“ (ebd., S.16f.).

Die beiden genannten Aspekte bewirken ein Gefühl existenzieller Bedrohung sowie hilflosen Ausgeliefertseins und stellen die Realität, dass es sich zumeist um eine chronische Erkrankung handelt und dass man viele Möglichkeiten zur Verfügung hat, um eine Heilung oder zumindest eine Lebensverlängerung zu ermöglichen, (vgl. dazu z. B. Turner, 2015), in den Bewusstseins-Schatten.

Die Terminologie rund um den Krebs ist der Kriegsführung entnommen. Es wird vom Bekämpfen, den Feind Besiegen, den Kampf Antreten gesprochen. Dies hat weitreichende Folgen. Es ist der bewusstseinsmäßige Boden, auf den eine Krebsdiagnose fällt, ein Boden, der undifferenziert einen unheilvollen Weg vorzeichnet, wo das Schicksal von vornherein besiegelt scheint. Die natürlichen Reaktionen sind verständlicherweise Abwehr, ein Wegschauen und Weghaben-Wollen. Im Sinne eines Beitrags zur Prophylaxe ginge es demgegenüber darum, den Krebs zu entdämonisieren und hoffnungs- und vertrauensbildende Überzeugungen zu fördern, sodass Betroffene ihren Krebsweg auf einem realistischen, rationalen Boden beschreiten können.

### *Faktor 2: die Diagnosemitteilung*

Die Diagnosemitteilung ist ein hoch suggestiver Zustand, in dem der Arzt bzw. die Ärztin zugleich als „Urteilsverkünder“ und „Retter“ erlebt wird.

Oftmals wird eine Krebsdiagnose leider unempathisch und ohne das nötige traumaspezifische Wissen mitgeteilt. So fügte der Arzt einer meiner Klientinnen, die ihn wegen Atemproblemen aufsuchte, nach der Mitteilung der Diagnose Lungenkrebs gleich an: „Ich sage Ihnen gleich, der kommt wieder!“

Andere Menschen, die bemerkenswerterweise den Krebs dauerhaft überlebten, bekamen zu hören:

„Nehmen Sie den Buben vom Tisch, wir können nichts mehr für ihn tun“ (Hartl & Hofer, 2008, S. 73).

„Ich lag im Spitalsbett, plötzlich spazierten zehn Leute in den Raum und glotzten mich an. Einer von ihnen sagte mir, dass der Tumor bösartig ist. Er sagte irgendetwas von einer Chemotherapie und alles Mögliche, das ich nicht verstand. Wie in einem schlechten Film“ (ebd., S. 117).

Solche Sätze rauben jegliche Hoffnung und Zuversicht. Darüber hinaus wirken sie wie „ein situativer Entmündigungsprozess“ (Williges, 2001, S. 25), der zu „Ohnmacht und Kontrollverlusten“ (ebd.) führt.

Ich stimme mit Fischer und Riedesser (2009, S. 369) überein, dass es von (überlebenswichtiger) Bedeutung wäre, dass

jedliches medizinische Personal über traumaspezifisches Wissen verfügt, damit die Traumareaktionen gering bleiben.

### *Spezifika der Traumatisierung*

Fischer und Riedesser (2009, S. 365) nennen zwei Situationsmerkmale der Traumatisierung durch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit:

- *Der bedrohliche Einfluss stammt nicht aus der Außenwelt:* Bei einer Krebsdiagnose kommt der bedrohliche Einfluss aus dem Körperinneren. Damit wird das Kampf-Flucht-Muster zwar wie bei einem äußeren Ereignis auf einer physiologischen Ebene aktiviert, kann sich jedoch nicht im Handeln ausdrücken.

„Die ‚traumatische Reaktion‘ (im Sinne unseres Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung) ist demnach durch das Paradox gekennzeichnet, vor etwas fliehen oder etwas vermeiden zu wollen, was innen liegt, im Binnenraum des psychophysischen Selbstverhältnisses und daher nicht vermieden werden kann. Eine grundlegende Abwehrstrategie besteht darin, mit den Mitteln der Projektion den erkrankten Körper der Außenwelt zuzuschlagen, um die Krankheit dann wie einen äußeren Feind zu bekämpfen“ (ebd., S. 365).

- *Es gibt keine Erholungsphase nach dem Schock:* Wie bereits beschrieben, wird bei einem normalen Traumaverlauf zwischen einer Schock-, einer Einwirkungs- und einer Erholungsphase unterschieden. Die Erholungsphase, die normalerweise nach zwei bis vier Wochen stattfindet, bleibt im Zuge einer Krebsdiagnose oftmals aus, wegen neuerlicher schockierender Diagnosen oder aber wegen des Beginns belastender Therapien. „Insofern bleibt eine ‚Restbelastung‘ aus jeder traumatischen Sequenz bestehen und wird in die nächste Sequenz hineingetragen. Die Vollendung des Trauzirkels“ (ebd., S. 366) bleibt aus. Rothbaum, Foa, Murdock, Riggs und Walsh (1992) weisen in ihrer Studie nach, dass in der 1. Woche 90 % der von einem traumatischem Ereignis Betroffenen Symptome einer akuten Stressreaktion haben, in der vierten Woche sind es immerhin noch 63 %, und im zweiten Monat weisen noch 50 % Belastungssymptome auf (vgl. auch Rost & Münker-Kramer, 2016, S. 174). In der Regel werden bei einer Krebserkrankung bereits in diesem Zeitraum wegweisende Entscheidungen getroffen und/oder Therapien begonnen.

### *Elemente einer traumasensiblen Diagnosemitteilung*

Die im Folgenden beschriebenen Elemente einer traumasensiblen Diagnose mögen selbstverständlich und daher nicht erwähnenswert erscheinen. Wie oben gezeigt, kann man davon aber leider nicht ausgehen, weshalb ich sie – in idealtypischer Weise – explizit ins Bewusstsein rücken möchte.



*Angemessener Ort und genügend Zeit:* Diagnosen werden oftmals nebenbei oder am Krankenbett, in Gegenwart Anderer, ohne Intimität und die Möglichkeit zu reagieren geäußert. Einer meiner Klientinnen wurde das Vorhandensein von Metastasen im Bauchfell nicht mitgeteilt, sie erfuhr davon, als sie auf dem Weg zu einer Untersuchung war und noch einen Blick in ihre Krankenakte warf.

Optimalerweise findet ein Diagnosegespräch in einem abgeschlossenen, ruhigen Raum statt, wo keine Störung durch Heinkommende droht und genügend Zeit zur Verfügung steht.

Weber (2011, S. 137) meint, dass Betroffene nach der Diagnosemitteilung etwa sieben bis acht Minuten in einer Starre verharren, in der sie nicht ansprechbar sind, und auch von dem Gesagten nichts mitbekommen. Es wäre notwendig, diese Minuten abzuwarten, um anschließend zu fragen, was vorgegangen ist. Damit wird auch eine neuerliche Reorientierung im Hier und Jetzt ermöglicht.

*Psychisch stabile Halt gebende Begleitperson:* Es ist immer gut, wenn eine Begleitperson aus dem Umfeld des/der Betroffenen das Geschehen und das Gesagte mit wahrnehmen kann. Dabei sollte es sich um eine Person handeln, die nicht selbst durch die Diagnose so affiziert ist, dass sie nicht Halt gebend zur Verfügung stehen kann. Oftmals sind hier entferntere Verwandte oder Freunde bzw. Freundinnen geeigneter als die nächsten.

*Zugewandtheit des Arztes bzw. der Ärztin:* Gemäß der Polyvagalthorie von Porges (2017) verfügt das parasympathische Nervensystem über zwei Äste. Sehr verkürzt ausgedrückt ist in Sicherheit der ventrale Vagus mit einer ruhigen Atmung und Herzschlag aktiv sowie mit der Fähigkeit zum Austausch mit anderen Menschen, während bei hoher, unvermeidlicher Gefahr und der Unmöglichkeit zu reagieren der zweite Ast, der dorsale Vaguskomplex aktiviert wird. Die Aktivierung dieses Panik- bzw. Defensivsystems drückt sich im Abschalten und in einer ganzheitlichen Erstarrungs- und Totstellreaktion aus.

Dieses Wissen hat weitreichende Implikationen für die Diagnosesituation. Einerseits kann die Ärztin anhand der oben erwähnten Kriterien erkennen, wenn die Patientin bereits „abgeschaltet“ ist und für sichernde Maßnahmen sorgen. Andererseits kann der ventrale (auch sozial genannte) Vagus über den Gesichts- und Sprachausdruck (des Arztes) aktiviert werden (Porges & Geller, 2014/2017, S. 204). Die sogenannte Vagusbremse hemmt sowohl die sympathische Erregung wie auch die Erstarrungsreaktion.

Bei Aktivierung des dorsalen Vagus funktioniert zudem die sogenannte luftübertragene Kommunikation nicht, was das Hören einschränkt (ebd., S. 47). Dies mag ein Grund dafür sein, dass viele Menschen bei der Konfrontation mit einer Krebsdiagnose gar nicht hören können, was ihnen mitgeteilt wird. Auch aus diesem Grund sollte das Gespräch in einem

ruhigen, von Hintergrundgeräuschen soweit wie möglich befreiten Raum stattfinden, weil im Zustand der dorsalen Vagusaktivierung die menschliche Stimme nicht aus Hintergrundgeräuschen herausgefiltert werden kann.

Konkret bedeutet es, dass sich der Arzt bzw. die Ärztin beim Sprechen der Patientin explizit zuwenden und mit einem differenzierten Ausdruck die Diagnoseaufklärung über die Mimik und die Stimme vornehmen sollte. Optimalerweise geschieht dies mit einem „warmherzigen Gesichtsausdruck, eine[r] Offenheit signalisierende[n] Körperhaltung sowie eine[m] entsprechenden Klang der Stimme und stimmlichen Ausdruck (Intonation und Rhythmus der stimmlichen Äußerungen)“ (Porges & Geller, 2014/2017, S. 201; Änd. v. Verf.).

*Kongruenz und Authentizität des Arztes bzw. der Ärztin:* Die Spiegelneuronen (Lux, 2007, S. 135) sind die Basis für organische Resonanz durch verkörperte Simulation, die implizit-automatisch erfolgt und „wodurch direkt gespürt wird, wie sich eine beobachtete Handlung oder ein Emotionsausdruck anfühlt“ (ebd., S. 136f.).

Über die Spiegelneuronen nehmen wir wahr, was sich *eigentlich* beim anderen Menschen vollzieht. Es wird daher von dem Patienten bzw. der Patientin sehr genau wahrgenommen, ob etwaige beruhigende Mitteilungen wirklich so gemeint sind. Der Arzt bzw. die Ärztin sollte sich in diesem Sinne um Kongruenz (Rogers, 1959a/1987, S. 32) bemühen, also wahrzunehmen, was sich in ihm/ihr selbst innerlich vollzieht, ob es Angst, Sorge, Mitgefühl, eigene Betroffenheit ist, und diese in angemessener Form mitteilen. Dies gibt im neurozeptiven Sinn ein unbewusst, viszeral wahrgenommenes Gefühl von Halt gebender Sicherheit (Porges & Geller, 2014/2017, S. 199), während Inkongruenz eine tiefe Verunsicherung und Irritation hervorruft. Im oben angeführten Beispiel („Ich sage Ihnen gleich, der Krebs kommt wieder!“) wäre sich jener Arzt, so er in Fühlung mit sich ist, seiner Angst bewusst, auch seiner Sorge – handelte es sich bei meiner Klientin doch um eine junge, sehr vitale Frau, der aufgrund der (statistischen) Prognose eines kleinzelligen Lungenkarzinoms jedoch nur mehr eine kurze Lebensdauer beschieden schien. Auch weckte diese Begegnung eigene Ängste, war er doch wie sie Kettenraucher und im selben Alter. Im Bewusstsein all dieser inneren Vorgänge hätte er in authentischer, der Situation angemessenen Weise die Diagnose mitteilen können. Da hätte auch seine Sorge Platz gehabt und nicht verzerrt symbolisiert werden müssen.

*Umgang mit Prognosen:* Eine – am falschen Ort und zum falschen Zeitpunkt gegebene „umfassende Information [...] kann in der Hand der Ärzte auch zur Waffe werden, die krank macht“ meint Langbein (2014, S. 75) und verweist darauf, wie sehr z. B. eine der Aufklärungspflicht gehorchende Auskunft über eine statistische Prognose zur selbsterfüllenden Prophezeiung werden kann.

Im Bemühen um eine traumasensible Diagnosemitteilung halte ich eine ungefragte Mitteilung der Prognose für ungünstig. Falls diese jedoch angefragt wird, ist sie selbstverständlich behutsam zu nennen, zugleich aber auch zu relativieren – mit dem Hinweis, dass die Statistik nichts über den individuellen Verlauf einer Erkrankung aussagt (Servan-Schreiber, 2010, S. 25).

Auch könnte es günstig sein, auf die mittlerweile zahlreich dokumentierten Spontanheilungen (z. B. Turner, 2015), auf ungewöhnliche Heilungsverläufe von Menschen, welche sich bereits in einem späten Stadium oder einer als tödlich gewerteten Krebserkrankung befanden (z. B. Hartl & Hofer, 2008), hinzuweisen.

*Metakommunikation:* „Ich spreche in dieser Situation so lange mit dem Patienten über seine Gedanken und Gefühle, bis sich das Chaos aufgelöst hat und die Schockwirkung vorbei ist“ (Weber, 2011, S. 141). Nach der Phase des Schockerlebnisses und nachdem den Emotionen Raum gegeben wurde, wäre zudem eine Frage an den Patienten bzw. die Patientin angebracht, was er bzw. sie von dem Gesagten mitbekommen hat, ob es z. B. Fragen gibt. Für mich war es sehr entlastend, dass mein Röntgenologe telefonisch für die sogleich auftretenden weiteren Fragen zur Verfügung stand und diese auch bereitwillig und klar beantwortete. In diesem Sinne verstehen Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 575) „Aufklärung als prozesshaftes Geschehen, in welchem den Patienten die zu vermittelnden Informationen, auch über das Behandlungsprozedere, wiederholt und angemessen dargelegt werden müssen“.

*Informationen über Therapieindikationen* wie Operation, Strahlen-, Chemo- und Immuntherapie sind meines Erachtens zwar im Zuge des Diagnosegespräches zu erwähnen, um eine hilfreiche Orientierung zu geben, jedoch finde ich es äußerst ungünstig, wie es leider oftmals der Fall ist, sofort den Patienten unter Druck setzend zu einer Entscheidung und Vereinbarung eines Behandlungsbeginns zu drängen. Wie bereits ausgeführt, haben Untersuchungen gezeigt, dass wie bei jeder anderen akuten Traumatisierung das Großhirn nur eingeschränkt funktioniert, daher also keine im wahrsten Sinne des Wortes vernünftige Entscheidung getroffen werden kann. Weber (2011) und Irmey (2007) weisen darauf hin, dass man sich nahezu bei allen Krebsarten mit dem Behandlungsbeginn (einige Wochen) Zeit lassen kann. Damit ist gewährleistet, dass die Therapieentscheidung profund getroffen wird bzw. der Schock der Diagnose sich dann bereits soweit gelöst hat, dass die betroffene Person die teilweise fordernden Therapien mit Stärke mittragen kann.

*Die Vermittlung von Halt im Gefühl von Gemeinsamkeit und Zuversicht:* Ich fände es günstig, dass derselbe Arzt, welcher die Diagnose mitteilt, für weitere Fragen zur Verfügung steht und optimalerweise auch für die Begleitung während der Behandlung. Ich ermutige meine Klientinnen dafür einzutreten, dass

die Befundbesprechungen immer mit derselben Person stattfinden, um eine vertraute Ansprechpartnerin zu haben. Dies gibt in einer derart ängstigen Situation ein gewisses Maß an Sicherheit. Lux (2007, S. 140) zitiert eine Studie von Uvnäs-Moberg (2003), wonach die Wirkung von Oxytocin (dem Bindungshormon) neben der Stressminderung und einer Anhebung der Schmerzwahrnehmungsschwelle auch im Stiften von Vertrauen und Zuversicht besteht, Qualitäten, welche im Zuge einer Krebsdiagnose und der nachfolgenden Behandlungen gebraucht werden. Die Oxytocinausschüttung wird einerseits durch Körperkontakt ausgelöst, aber auch durch psychische Wärme, Unterstützung und Gemeinsamkeit. Im Zusammenhang mit einer traumatischen Belastung ist auch die deaktivierende Wirkung auf die Amygdala (ebd., S. 141) bedeutsam.

### Traumafokussierte Unterstützung

Eine traumafokussierte Unterstützung begründet sich auf dem psychophysiologischen Geschehen, das sich unter dem Eindruck einer traumatischen Belastung zeigt. Wie beschrieben reagieren Menschen in den Wochen und Monaten, bzw. im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch noch Jahre, danach mit einem Reaktionssyndrom, das sich in Desorientierung, Übererregung, Angst und Panik oder auch durch Vermeidung von Situationen, die mit der Traumasituation zusammenhängen, äußert.

Das erste Ziel ist es, den Prozess der Schockverarbeitung zu unterstützen, sodass sich keine Chronifizierung der Symptome im Sinne einer PTBS entwickelt.

Die folgenden Anregungen werden dem Klienten bzw. der Klientin zunächst psychoedukativ hinsichtlich ihrer spezifischen Wirksamkeit erklärt und dann gemeinsam durchgeführt, damit sie bei Bedarf selbstständig angewendet werden können. Erfahrungsgemäß stärkt es die Selbstwirksamkeit und die Autonomie, wenn etwas zur Verfügung steht, das selbstständig angewendet werden kann.

#### *Reorientieren und Stabilisieren*

Wie gezeigt wurde, findet im Zuge der Belastungssituation eine Desorientierung im Zeit-Raum-Erleben statt. Die Reorientierung (vgl. Fischer, 2003/2013; Münker-Kramer, 2006) wird durch Folgendes unterstützt:

*Berichten Lassen:* Nach Münker-Kramer (2006, S. 310) ist es in der Krisenintervention nach Akutbelastungen förderlich, den Ablauf chronologisch zu schildern, um die Erinnerung an das Ereignis zu strukturieren, die „normale“ Informationsverarbeitung zu unterstützen und das narrative Gedächtnis zu aktivieren. Dies kommt dem Bedürfnis vieler Patientinnen entgegen,



die die Diagnosesituation und ihre Erlebnisse oftmals detailliert schildern möchten. Dabei ist es notwendig, Trigger und Erregungsgeschehen im Auge zu behalten und ggf. durch eine der nachfolgenden Wahrnehmungsübungen entgegenzuwirken.

*Körperwahrnehmung:* Die Aufmerksamkeitslenkung erfolgt auf das Hier und Jetzt im ganz ursprünglichen, körpernahen Sinne, z. B. durch das Spüren des Angelehntseins an eine Stuhllehne. Die verbale Symbolisierung dieser Körperempfindungen dient der Aktivierung des Kortex, insbesondere des Broca-Zentrums.

*Reorientierung durch Aktivierung kognitiver Funktionen und des Großhirns:* Wie bereits gezeigt, findet während einer (akuten) Belastungsreaktion eine Verminderung kortikaler Aktivität und auch eine Suppression des Broca-Areals statt. Die Frage nach den Gedanken in der Diagnosesituation und knapp danach ist hilfreich, um kortikale Verarbeitungsprozesse erneut anzuregen.

Auch das Benennen von Gegenständen im Raum oder das Lösen komplizierter Rechenaufgaben fördert kortikale Aktivität und damit eine Reorientierung.

Das Einholen einer zweiten Meinung ist eine Möglichkeit, sich zu vergegenwärtigen, dass ich dem Geschehen nicht hilflos ausgeliefert bin und als Erwachsene die nötigen Entscheidungen selbst treffen kann. Dies ist auch ein wesentlicher Beitrag, um erneut Selbstwirksamkeit zu erlangen.

*Umgang mit Gefühlen und Angst-Management – Übungen zur Selbstberuhigung und Distanzierung:* Das Wichtigste ist, den Gefühlen – der Wut, der Trauer, der Verzweiflung und der Angst – explizit Erlaubnis zu geben, da zu sein: Dafür ist es gut als Therapeutin, dem eigenen Bedürfnis nach Beruhigung und Beschwichtigung zu widerstehen und der Klientin zu verstehen zu geben, dass es ganz normal ist, wenn in einer derartigen Situation starke Gefühle hochkommen. Auch die Anregung eines selbstreflexiven Prozesses in Bezug auf starke Gefühle (kein Eintauchen!) fördert die Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Gefühlen und ermöglicht eine Distanzierung. Ein imaginatives Arbeiten mit Gefühlen, wie dies z. B. bei Reddemann (2011, S. 164ff.) in der Arbeit mit dem inneren Kind stattfindet, ist dabei eine gute Möglichkeit.

Bei der Konfrontation mit einer Krebsdiagnose steht oftmals die Angst im Vordergrund. Besonders beim Einschlafen, in den Nachtstunden oder in der Früh nach dem Aufwachen werden Krebspatienten und -patientinnen von den „Dämonen“ heimgesucht. Fischer (2003/2013) und Rost (2010) haben eine Reihe von den Atem einbeziehenden Techniken vorgestellt, die dabei sehr hilfreich sein können.

Auch die Externalisierung (Fischer, 2003/2013, S. 79), bei der der Angst eine Form, eine Farbe gegeben wird, und das Partialisieren (Gendlin & Wiltschko, 1999) bewirken, dass zur Angst eine selbstreflexive Beziehung hergestellt werden kann.

### *Umgang mit intrusiven Symptomen*

Durch gezielte imaginative Distanzierungsübungen, wie Bildschirm- und Containing-Techniken (Huber, 2009, S. 213ff.) ist es möglich, sich von Bildern, Sätzen und Flashbacks der Diagnosesituation zu distanzieren.

*Beruhigung und Entspannung:* Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft neben der Entspannung, den Körper näher kennenzulernen und die unterbrochenen Handlungsansätze – die Kampf- und Fluchtimpulse – wahrzunehmen. Einfache Yogaübungen aus dem traumasensiblen Yoga (Emerson, 2015) sind meiner Erfahrung nach hilfreicher als Meditation, weil die äußere Stille oftmals das innere Geschehen noch intensiver erleben lässt.

*Bei Erstarrung und Lähmung:* Oftmals reagieren Menschen auf die Schocknachricht einer Krebsdiagnose mit Erstarrung und Lähmung. Die einfache Frage, was im Moment gut wäre, z. B. aufzustehen, sich zu strecken, ein paar Schritte zu gehen, lässt den Körper wieder in den Bewegungsfluss kommen. Nach Fischer (2003/2013, S. 12) wird das „Trauma als eine unterbrochene Handlung“ verstanden. Auch im Somatic-Experience-Ansatz von Levine (2011, S. 115) geht es darum, dem Körper zu helfen, den Traumaablauf zu vervollständigen. Lade ich die Klientin ein zu fühlen, welcher Impuls z. B. als Antwort auf eine Verspannung entsteht und diesen in der Fantasie oder tatsächlich auszuführen, verhilft dies dem Körper zu einer derartigen Vervollständigung.

Auch die gemeinsame gedankliche Planung der nächsten Schritte lässt die Klienten und Klientinnen ins Handeln und in Bewegung kommen. Die Leitfrage „Was ist der nächste gute Schritt?“ wirkt einer Überforderung entgegen.

### *Ressourcenarbeit*

Die größte Ressource ist es meiner Erfahrung nach, die je eigene Umgangsform mit der Diagnose Krebs zu würdigen. Manche Menschen gehen sehr pragmatisch und unaufgeregt damit um, andere mit heftigen Gefühlen, wieder andere damit, sogleich ganz tatkräftig nächste Schritte in die Wege zu leiten. Meiner Erfahrung nach wissen Krebspatientinnen sehr genau, was für sie in dieser Situation „dran“ ist (Teichmann-Wirth, 2010). Im Sinne der unbedingten positiven Selbstbeachtung gilt es, als Therapeutin die eigenen Annahmen über einen „richtigen“ Umgang mit Krebs wahrzunehmen und sie nicht unbewusst weiterzugeben.

Das Zusammenstellen eines „Notfallkoffers“ mit allem, was guttut – z. B. Düften, Tüchern, Musik, Büchern, Freundinnen, Schreiben –, kann in belastenden Situationen wie Befundbesprechung und Chemotherapie beruhigend und stärkend sein und Halt geben.

*Der Körper als Ressource:* Oftmals ist der Körper im Zuge einer Krebserkrankung zum Hort des Schreckens geworden. Dennoch kann er als Ressource genutzt werden, indem man ihn z. B. in seiner Lebendigkeit wahrnimmt. Ein guter Ort im Körper kann zu einer „Insel der Sicherheit“ (Levine, 2011, S. 109) und des Wohlbefindens werden.

*Ressourcenarbeit mithilfe von Imaginationsübungen:* Durch die Visualisierung z. B. eines sicheren Ortes (Fischer, 2003/2013, S. 54) wird die Neuroplastizität des Gehirns angeregt und Ressourcenbereiche, welche durch die Traumatisierung inaktiv waren, können aktiviert werden. Unterstützend kann es wirken, die damit auftretenden Empfindungen z. B. der Ruhe, Sicherheit und des Wohlfühls mit bilateraler Stimulierung – einer Vorgehensweise aus dem Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Rost, 2010; siehe unten) – zu ankeren.

Da Krisen Erfahrungen von Diskontinuität sind (Brossi, 2014, S. 280), ist es gut, an hilfreiche Gewohnheiten (z. B. Spazierengehen, Fernsehen, Handarbeiten, Kochen, Alltägliches) anzuknüpfen. Auch das Finden eines Tagesrhythmus ist dabei förderlich.

### *Traumatherapeutische Unterstützung durch EMDR*

Gelingt es nicht, durch geeignete Maßnahmen (siehe oben) eine Verarbeitung der Information – Diagnose Krebs – im Sinne des Adaptive Information Processing Modells (AIP) (Rost, 2016, S. 17) zu gewährleisten, kann sich im Anschluss an eine Krebsdiagnose sogar eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 nach ICD-10; Hofmann, 2014; Kolk, 2015) mit den Symptomen der Übererregung, der Intrusion, der Vermeidung, der Einschränkung der Handlungsfähigkeit („Agency“; Kolk, 2015, S. 117) und einer Veränderung in den (Selbst-)Überzeugungen herausbilden.

Die Symptome einer PTBS haben in Bezug auf eine Krebserkrankung weitreichende Auswirkungen:

- Die *Dauererregung* erschüttert das psychophysische Gleichgewicht und hat einen großen Einfluss auf psychoneuroimmunologische Prozesse (Schubert, 2016, S. 139ff.) mit der Folge einer Schwächung der zellulären Immunabwehr (ebd., S. 159).
- *Intrusion:* Im Falle einer Traumatisierung werden verschiedene Aspekte der Erinnerung fragmentiert gespeichert. Dies erklärt, weshalb einzelne Reize aus den verschiedenen Sinnessystemen die Macht haben, heftige Traumareaktionen auszulösen. Im Falle einer Krebserkrankung können folgende Trigger auslösend sein: Reize visueller Art (Ort der Traumatisierung: das Krankenhaus), Gerüche (z. B. Desinfektionsmittel), taktile Reize (z. B. Spritzen), Geräusche (z. B. Magnetresonanztomografie [MRT]), Geschmack (manche meiner Klientinnen konnten nach der Behandlung

keine Medikamente mehr zu sich nehmen bzw. hatten eine Abscheu vor Nahrungsmitteln, die sie während der Chemotherapie zu sich genommen hatten), bei anderen lösen Körperempfindungen (z. B. ein flaes Gefühl im Magen) heftige Reaktionen aus.

- *Vermeidung:* Manche Menschen verleugnen die Tatsache, dass sie eine Krebsdiagnose haben. Sie gehen nicht zu Kontrolluntersuchungen, lassen sich in keiner Weise behandeln. Von großer Relevanz sind die sogenannten *negativen Kognitionen*: ein „negatives situationsbezogenes Denken“ (Hofmann, 2009, S. 51), „eine irrationale, gleichbleibende Überzeugung, die eine deutlich gefühlsmäßige Resonanz hat und beim Fokussieren auf die traumatische Erinnerung bewusst wird“ (ebd.). So verändert sich z. B. die Überzeugung „Ich sterbe gleich“ trotz konträrer Erfahrung (dass man z. B. lange nach der Krebsdiagnose noch immer lebt) nicht und wird in Belastungssituationen, z. B. bei Kontrolluntersuchungen oder einem Rezidiv, wachgerufen (Pupulin, 2006; Teichmann-Wirth, 2015). Im EMDR-Prozess zeigen sich im Hinblick auf eine Krebsdiagnose negative Kognitionen meiner Erfahrung nach hauptsächlich aus den Themenbereichen „Sicherheit/Überleben“ und „Wahlmöglichkeiten“: Um den Ressourcenbereich des Gehirns zu aktivieren, wird im EMDR-Prozess auch nach einer positiven Kognition aus demselben Themenbereich gefragt. So könnte z. B. zur negativen Kognition aus dem Bereich Sicherheit/Überleben „Ich bin todgeweiht, ich sterbe“ die positive Kognition „Ich bin am Leben“ lauten oder aus dem Themenbereich der Wahlmöglichkeiten „Ich bin gefangen, (zum Tode) verurteilt, dem Krebsgeschehen ausgeliefert“ die positive Kognition „Ich kann den nächsten guten Schritt tun“.

Im Sinne der Rezidivprophylaxe ist es meines Erachtens äußerst relevant, neben der Behandlung einer PTBS aufgrund einer Krebsdiagnose auch jene PTBS traumatherapeutisch zu behandeln, die aufgrund von traumatischen Belastungen entstanden ist, vor allem nach fortgesetzter Traumatisierung in der Kindheit. Ich selbst wende hierzu bevorzugt EMDR (Shapiro, 1995/2012; Hofmann, 2014), eine von Shapiro (2012) zwischen 1987 und 1989 entdeckte Methode, die – sehr verkürzt gesagt – die Integration belastender Erfahrungen über bilaterale Stimulierung anregt, wodurch diese im biografischen Gedächtnis als vergangene Erinnerung abgespeichert werden kann. EMDR wird einerseits zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen angewandt. Zur Entlastung einer akuten Belastungssymptomatik z. B. durch die Krebsdiagnose eignen sich Akutsets (Rost & Münker-Kramer, 2016), die der Desensibilisierung und Distanzierung (z. B. von Intrusionen) dienen. Zur Ressourcenstärkung hat Rost (2010) eine Vielzahl von Möglichkeiten vorgestellt.

Der EMDR-Prozess folgt einer klaren, bewährten Struktur, einem Protokoll. Mittlerweile existiert eine Vielzahl von

Protokollen für die verschiedensten Anwendungsgebiete, u. a. von Pupulin (2006) bei Krebs.

Eine gelingende Traumaverarbeitung ist ein Beitrag zur Resilienz und zum „traumatischen Wachstum“ („traumatic growth“; Rost & Munker-Kramer, 2016, S. 195). Wenn es darüber hinaus sogar möglich ist, die Krebserkrankung mit Bedeutung im Lebenskontext zu versehen und im finalen Sinn als Weckruf zu verstehen, können die weiteren Schritte in der je eigenen Art gemacht werden.

### *Eine personenzentrierte Begleitung rund um die Diagnose Krebs*

Die Krebserkrankung ist von Anfang an ein individuelles Geschehen, das es personenzentriert zu begleiten gilt. Der Fokus liegt für mich auf dem Menschen, der es mit der Krebskrankheit zu tun hat. Ihn gilt es anzusprechen und zu stärken.

Im Bemühen um eine unbedingte positive (Selbst-)Beachtung achte ich als begleitende Psychotherapeutin darauf, mir meiner eigenen Wertungen und Gefühle in Bezug zur Krebserkrankung bewusst zu werden. Wenn das gelingt, kann ich von ihnen absehen oder sie in angemessener Weise zum Ausdruck bringen. Erst dann kann ich den je eigenen Umgang der Klientin mit der Krankheit würdigen. Die Einbeziehung von traumatherapeutischem Wissen lässt mich die vielleicht unangemessen anmutenden Reaktionen nachvollziehen, und ich kann dieses Wissen im psychoedukativen Sinne zur Verfügung stellen, um ein Selbstverstehen der Klientin zu ermöglichen.

Die im vorliegenden Artikel beschriebenen traumatherapeutischen Interventionen mögen dem Anspruch auf Nondirektivität des Personenzentrierten Ansatzes widersprechen. Hat die Therapeutin diese Interventionsmöglichkeiten jedoch in einem tiefen Verständnis um deren Wirksamkeit im Sinne einer Mehrsprachigkeit zur Verfügung und sind sie im Bewusstsein, dass es sich im Falle einer Krebserkrankung, die ja ein gesamtorganismisches (virulentes) Geschehen ist, sehr fein auf den einzelnen Prozess abgestimmt, so unterstützen sie die Klientin in ihrer Selbstwirksamkeit und Autonomie und sind damit einem Aktualisierungsprozess förderlich. Derart gesichert, wird die „Überlebenskraft und -kreativität“ (Gahleitner, 2014, S. 261) angeregt, und ein Prozess, welcher im Zuge der Traumatisierung in der erhaltenden Funktion der Aktualisierungstendenz stecken geblieben ist, gelangt wieder zur Entfaltung. Dann kann die Krebsdiagnose, wie Le Shan (1989/1993) sagt, „Wendepunkt und Neubeginn“ werden.

### Literatur

- Brossi, R. (2014). Krisenintervention. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 269–280). Wien: Springer.
- Emerson, D. (2015). *Trauma-Yoga in der Therapie. Die Einbeziehung des Körpers in die Traumabehandlung. Eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2015: *Trauma-sensitive yoga in therapy. Bringing the body into treatment*. New York: Norton).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G. (2013). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen* (8., unveränd. Aufl.). Ostfildern: Patmos (Erstaufl. erschienen 2003).
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktual. u. erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2014). Trauma. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 259–267). Wien: Springer.
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (Reihe: Leben lernen, Bd. 131). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hartl, T. & Hofer, R. (2008). *Geheilt! Wie Menschen den Krebs besiegten. Tatsachenberichte von „unheilbar“ Kranken*. Wien: Ueberreuter.
- Hofmann, A. (Hrsg.). (2014). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome [Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen]* (5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Huber, M. (2003). *Trauma und Traumabehandlung. Bd. 2: Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Irmeijer, G. (2007). *Heilimpulse bei Krebs. Von der Hoffnung zum Vertrauen: Ihr Wegweiser für ein persönliches Therapiekonzept. Checkliste zur Entscheidungsfindung. Erfahrungsberichte, die Mut machen: „Das hat mir geholfen“*. Stuttgart: Haug.
- Kolk, B.v.d. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2014).
- Langbein, K. (2014). *Weissbuch Heilung. Wenn die moderne Medizin nichts mehr tun kann*. Salzburg: Ecowin.
- Le Shan, L. L. (1993). *Diagnose Krebs, Wendepunkt und Neubeginn. Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1989: *Cancer as a turning point. A handbook for people with cancer, their families, and health professionals*. New York: Dutton).
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel (englisches Original erschienen 2010: *In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Lux, M. (2007). *Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften* (Reihe: Personenzentrierte Beratung und Therapie, Bd. 6). München, Basel: Reinhardt.
- Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2003). Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter in der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 563–585). Wien: Springer.
- Munker-Kramer, E. (2006). <F43.0> Akute Belastungsreaktion. <F43.1> Posttraumatische Belastungsstörung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 293–321) Wien: Springer.

- Porges, S. W. (2017). *Die Polyvagal Theorie und die Suche nach Sicherheit. Gespräche und Reflexionen. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2017: The pocket guide to polyvagal theory. The transformative power of feeling safe. New York: Norton).
- Porges, S. W. & Geller, S. M. (2017). Therapeutische Präsenz – Neurophysiologische Mechanismen, die in therapeutischen Beziehungen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. In S. W. Porges, *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Gespräche und Reflexionen. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung* (S. 189–214). Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2014: Therapeutic presence. Neurophysiological mechanism mediating feeling safe in therapeutic relationships. Journal of Psychotherapy Integration, 24[3], 178–192).
- Pupulin, P. (2006). *EMDR Protokoll bei onkologischen Erkrankungen*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT® – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psycho-traumatologie* (Reihe: Leben lernen, Bd. 241; 6., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch [Hrsg.], Psychology. A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context [S. 184–256]. New York: McGraw-Hill).
- Rost, C. (2010). *Ressourcenarbeit mit EMDR. Bewährte Techniken im Überblick* (2., unveränd. Aufl.). Paderborn: Junfermann (Erstaufl. erschienen 2008).
- Rost, C. (2016) Die Entstehung von EMDR. In C. Rost (Hrsg.), *EMDR zwischen Struktur und Kreativität. Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen* (S. 15–23). Paderborn: Junfermann.
- Rost, C. & Münker-Kramer, E. (2016). EMDR – nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen: EEI – Early EMDR Intervention In C. Rost (Hrsg.), *EMDR zwischen Struktur und Kreativität. Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen* (S. 170–200). Paderborn: Junfermann.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Murdock, T., Riggs, D. S. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455–475. Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jts.2490050309> [2. 4. 2019].
- Schmeling-Kludas, C. (2006). Gesprächspsychotherapie bei körperlich Kranken und Sterbenden. In J. Eckert, E. M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 393–407). Wien: Springer.
- Schubert, C. (2016). *Was uns krank macht, was uns heilt. Aufbruch in eine neue Medizin. Das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele besser verstehen*. Manderling: Fischer & Gann.
- Servan-Schreiber, D. (2010). *Das Antikrebs-Buch. Was uns schützt: Vorbeugen und Nachsorgen mit natürlichen Mitteln* (2., unveränd. Aufl.). München: Goldmann (englisches Original erschienen 2008: Anticancer. A new way of life. London: Joseph).
- Shapiro, F. (2012). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatischer Menschen* (Reihe: Fachbuch – EDMR; 2., überarb. Aufl.). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1995: Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford).
- Sontag, S. (1978). Krankheit als Metapher. München: Hanser (englisches Original erschienen 1978: Illness as metaphor. New York Times, 16. 7. 1978).
- Statistik Austria (2018). *Todesursachen gesamt. Aktuelle Jahresergebnisse [2017]*. Wien: Statistik Austria. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html) [2. 4. 2019].
- Tausch, A.-M. (1981). *Gespräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben*. Reinbek: Rowohlt.
- Teichmann-Wirth, B. (2008). (M)eine Krebserkrankung. Eine personzentrierte Wegbeschreibung. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie. Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 291–305). Wien: Krammer-Verlag.
- Teichmann-Wirth, B. (2010). Die wissende Lücke. Zur Weisheit des Organismus im Leben mit Krebs. *Focusing Journal*, 11 (2 [Nr. 24]), 20–23.
- Teichmann-Wirth, B. (2015). *Leben Dürfen – Leben Wollen. EMDR in der Onkologie*. Vortrag bei der Tagung des EMDR-Netzwerks Österreich, 19. 9. 2015 in Wien.
- Topaloglou, H. M. (2017). *Im Erleben einer Krebserkrankung. Personzentrierte Psychotherapie zwischen Diagnose, onkologischer Versorgung und Lebensrealität* (Reihe: Psychotherapiewissenschaft in Forschung, Profession und Kultur, Bd. 19). Münster: Waxmann.
- Turner, K. A. (2015). *9 Wege in ein krebsfreies Leben. Wahre Geschichten von geheilten Menschen*. München: Irisiana (englisches Original erschienen 2014: Radical remission. Surviving cancer against all odds. New York: Harper).
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The oxytocin factor. Tapping the hormone of calm, love and healing*. New York: Da Capo Press (schwedisches Original erschienen 2000: Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen. Stockholm: Natur och kultur).
- Weber, W. (2011). *Hoffnung bei Krebs. Der Geist hilft dem Körper* (vollst. überarb. Neuaufl.). München: Herbig.
- Williges, R. (2001). Wortmeldung. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (ÖGPO) (Hrsg.), *Außergewöhnlich günstiger Verlauf einer Krebserkrankung. Ergebnisse einer Expertentagung* (S. 11–30). Wien: Krammer.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.