

Reinhard J. Topf

# Krebs: Die Überschätzung psychologischer Faktoren als Krankheitsursache

Cancer: The Overestimation of Psychological Factors as a Cause of Disease

## Zusammenfassung

In der pädiatrischen Onkologie werden von den Eltern die ätiologischen Faktoren oft bei sich selbst oder in ihrer nächsten Umgebung gesucht. Es kommt zu einer teilweise außerordentlichen Über- schätzung psychosozialer Faktoren. Die Folge sind einerseits schwere Selbstvorwürfe, andererseits wird immer wieder eine Suche nach einer „pas- senden alternativen“ Therapie ausgelöst, um die an- geschuldigten Ursachen zu beseitigen. Die äußerst erfolgreiche klassische „schulmedizinische“ Be- handlung, welche heute einem krebskranken Kind im Schnitt eine Überlebenswahrscheinlichkeit von ca. 85 % ermöglicht, wird aus diesen Überlegungen heraus in Zweifel gezogen. Dieser Beitrag versucht einerseits den psychologischen Hintergrund dieser Situation zu beleuchten, andererseits mögliche Ar- gumentationshilfen für die Gesprächsführung in der Betreuung dieser Familien anzubieten.

**Schlüsselwörter:** Pädiatrische Onkologie, Psychoonkologische Überlegungen, Eltern- betreuung, Ätiologie von Tumorkrankheiten, Systematische Wahrnehmungsfehler

## Abstract

Quite often the parents of children with pediatric malignancies see themselves as a cause of the disease. This phenomenon originates from an over- estimation of psychological factors. Consequently, parents of these children develop an attitude of heavy self-reproach, which compels them to search for “suitable alternative” treatments. Drawing from these considerations, they question today’s highly suc- cessful, classic “conventional medicine” treatment, which has a long-term success rate of 85% among cancer-stricken children. This article attempts to shed light on the psychological background of this phenomenon and offers possible talking points for discussions regarding the care of such families.

**Keywords:** pediatric oncology, psycho-oncolog- ical considerations, parental care, etiology of cancer, systematic error in perception

Dr. Reinhard J. Topf  
Leiter der Psychosozialen Abteilung  
St. Anna Kinderspital  
Universitätsklinik für Kinder- & Jugendheilkunde  
Medizinische Universität Wien  
Kinderspitalgasse 6, A-1090 Wien  
reinhard.topf@stanna.at

## Verhältnis von Tumorerkrankungen im Erwachsenenalter und im Kindesalter

Es gibt ein seltsames Phänomen, wenn man Menschen spontan fragt, wie häufig kindliche Krebserkrankungen jährlich im Altersbereich vom 1. bis zum 18. Lebensjahr auftreten. Fast alle Menschen überschätzen zum Teil die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krebs im Kindes- bzw. Jugendalter um das Zehn- bis Tausendfache. Der Autor hat es sich seit Jahren zur Gewohnheit gemacht, bei Vorträgen oder Aufklärungsgesprächen mit Eltern von krebskranken Kindern nach den Schätzungen der Gesprächspartner zu fragen. Die Schätzungen gehen dabei in der Regel von 1.000 bis 300.000 neu erkrankten Kinder jährlich in Österreich aus. Es tritt immer ein erhebliches Erstaunen ein, wenn man in der Folge die tatsächlichen Zahlen nennt: auf ungefähr 1,8 Millionen Kinder und Jugendliche in Österreich erkranken jährlich ungefähr 220 bis 260 Kinder neu.<sup>1</sup> Das macht auf 100.000 Kinder einer Bevölkerung ungefähr 12 bis 14 neuerkrankte Kinder pro Jahr. Diese Zahl ist übrigens in allen Staaten, bei denen es valide und transparente statistische Aufzeichnungen gibt, ähnlich.<sup>2</sup> Man könnte sagen, dass es ein Rätsel ist, wie bemerkenswert gleichförmig gleichverteilt über Jahrzehnte diese Erkrankungsrate ist.

### Erklärungen der Überschätzung

Wie ist diese massive Überschätzung psychologisch zu erklären? Zum einen wahrscheinlich durch die Medienpräsenz der Krankheitsgeschichten krebskranker Kinder, welche den meisten Personen den Schluss nahelegt, es sei eine sehr oft auftretende Krankheit. Zum anderen aber sicherlich durch einen Generalisierungseffekt: Es wird von den eigenen Erfahrungen mit Erwachsenen, welche an Krebs erkrankten, auf die Kinder geschlossen. In Österreich treten jährlich bei ungefähr 38.000 Menschen Krebserkrankungen auf.<sup>3</sup> Rechnet man diese Zahl auf das Lebensalter eines Menschen um, kann man das Lebenszeitrisiko bestimmen. Dieses liegt für Männer bei ca. 31%, für

Frauen bei ungefähr 24%, d. h. jede 3. bis 4. Person muss damit rechnen, von einer Krebserkrankung betroffen zu werden.<sup>4</sup> Das bedeutet auf eine statistisch durchschnittliche Familie herunter gerechnet, dass bei dieser vorher erwähnten Inzidenz jede Kernfamilie zumindest zweimal, wenn nicht sogar dreimal, im Zuge der Spanne von 75 Jahren statistisch von einer Krebserkrankung betroffen sein könnte. Zugrunde gelegt wäre bei dieser Rechnung die Kernfamilie eines Kindes mit den Eltern und seinen Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits.

Dramatisiert man diese Rechnungen um die jährlichen ungefähr 20.000 Todesfälle, die auf Krebserkrankungen zurückzuführen sind,<sup>5</sup> so wird deutlich, dass Krebserkrankungen üblicherweise gedanklich eng mit dem Tod assoziiert sind.

Die Zahlenspiele lassen außer Acht, dass sich im Zuge von 75 Jahren sowohl bei der Häufigkeit als auch bei der Mortalität sicherlich Änderungen ergeben werden. So sind heute bereits viele Krebsarten heilbar, bei denen vor Jahren noch wenig Hoffnung auf ein Überleben bestanden hat. Die Schulmedizin ermöglicht heute einem krebskranken Kind im Schnitt eine Überlebenswahrscheinlichkeit von ca. 85%.<sup>6</sup> Bei den derzeitigen Fortschritten der Medizin kann daher von einer weiteren Verbesserung der Situation ausgegangen werden.

Die sinnlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit Krebs hängen des Weiteren vom Alter der Eltern der krebskranken Kinder ab. Da besagt wiederum die Statistik, dass die Wahrscheinlichkeit, von Krebserkrankungen betroffen zu werden, mit dem Alter steigt.<sup>7</sup> Das heißt, dass sehr junge Eltern möglicherweise noch keine eigenen Erfahrungen mit den Folgen einer Krebserkrankung bei sich oder den Generationen davor gemacht haben. Ab einem Lebensalter der Eltern von ungefähr 45 Jahren aufwärts, steigt sich die Wahrscheinlichkeit enorm, mit Krebserkrankungen aus dem eigenen Personenumkreis Bekanntschaft zu machen.

Die Rechnungen helfen in der Regel dem Psychologen in der Gesprächsführung mit Menschen,

um plausibel zu machen, dass fast jeder Mensch im Zuge seines Lebens mit Tumorerkrankungen in unmittelbarer Nähe Erfahrungen machen wird bzw. schon gemacht hat.

Die genannten konkreten Erfahrungen werden reflexartig auf die Häufigkeit bei Kindern übertragen und führen zu massiven Überschätzungen. Diese Wahrnehmungsverzerrungen der realen Verhältnisse haben nicht nur theoretische Auswirkungen auf das Seelenleben von Menschen, sondern auch praktische, wenn Elternteile mit einer Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert werden. Die Überschätzung der Häufigkeit bewirkt leicht eine Fehlinterpretation der Ursachen, da die Schlüsse aus dem jeweiligen Lebenszusammenhang eines Menschen genommen werden. Wie später noch kurz angesprochen, ist diese Vorgehensweise bei Erklärungsversuchen zur Entstehung von Krebserkrankungen bei Erwachsenen teilweise gar nicht so unrichtig – dort können tatsächliche gewisse Lebensweisen (z. B. Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum, usw.) das Risiko für eine Erkrankung erhöhen.<sup>8</sup>

## Ursachenerklärungen und deren Folgen

Nicht wenige Personen, insbesondere Eltern krebskranker Kinder, beginnen nach der Diagnosestellung eine intensive Ursachenforschung, wobei sich zeigt, dass die Mütter hier besonders intensive Anstrengungen unternehmen. Diese Ursachenerklärung ist natürlich subjektiv, da sie regelhaft aus der eigenen Lebensgeschichte mit dem Kind erfolgt. Man spricht in der Psychologie deswegen auch von „subjektiven Krankheits- und Gesundheitserklärungen“.<sup>9</sup>

Die Eltern gehen im Grunde logisch vor, indem sie alle für sie selbst möglichen naturwissenschaftlichen und lebensgeschichtlichen Vorstellungen als Erklärungen heranziehen. Sie kommen dabei dem untenstehenden Modell (vgl. Abb. 1) von Christoph Hürny (1986) sehr nahe, der in einem Modell zur Entstehung von Karzinomen versucht hat, die möglichen Ursachen systematisch darzustellen. Dieses Modell wird als theoretisches allgemeines Konstrukt für psychoonkologische Fragestellungen noch immer herangezogen.<sup>10</sup> Insbesondere die in der wissenschaftlichen Psychoonkologie direkten psychosozialen postulierten Faktoren werden aber

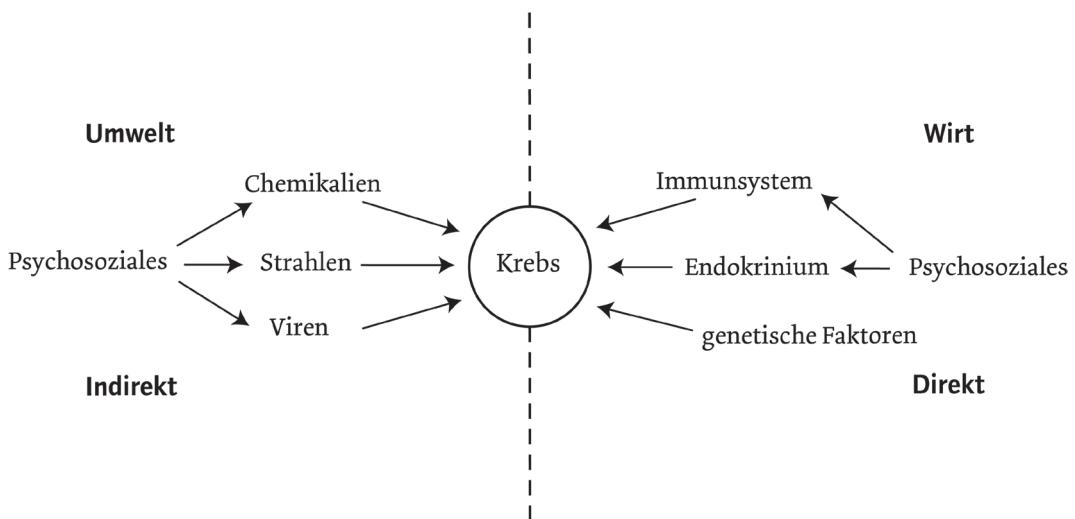


Abb. 1: Krebskrankheit. Multifaktorielle Karzinogenese. Grafik aus Hürny Ch. (1986).<sup>12</sup> Das Modell postuliert, dass psychosoziale Faktoren indirekt durch unangepasstes Verhalten oder direkt (als Stressoren oder Persönlichkeitscharakteristika) auf die Krebsentstehung einwirken.

schon seit längerem aus nachvollziehbaren methodischen Gründen heftig kritisiert und als unwissenschaftlich abgeurteilt.<sup>12</sup> Die diesbezüglichen Vorstellungen halten sich allerdings hartnäckig. Der Hintergrund hängt wahrscheinlich mit dem unten ausgeführten Bedürfnis des Menschen nach Sinngebung dramatischer Ereignisse zusammen (vgl. weiter unten das „Prinzip der Nachträglichkeit“).

Die individuelle Ursachenforschung der Eltern soll das Verständnis für die eigene Vergangenheit erhöhen, um die zukünftige Lebensplanung besser steuern zu können. Viele Personen versuchen, durch das Verständnis der Vergangenheit die Kontrolle über die Zukunft zu erlangen. Im Grunde geht es bei diesen Fragen für die Eltern immer nur um die eine alles entscheidende Frage: „Wenn ich wüsste, wie der Tumor bei meinem Kind entstanden ist, könnte ich einen möglichen Rückfall vielleicht verhindern“. Die subjektiven Erklärungen haben somit Auswirkungen auf die angedachten Handlungsmöglichkeiten einer Familie bezüglich der Beseitigung angeschuldigter Ursachen. Sie beeinflussen in der Folge die Compliance des Patienten und der Familie mit dem Spital, da je nach angeschuldigter Ursache die Methode zur Behandlung gesucht werden wird, die Hoffnung auf Heilung verspricht. Methoden, die vorgeben, sie seien in der Lage, die verursachenden Faktoren zu eliminieren bzw. aufzulösen, sind damit für Betroffene attraktiv. Andere Methoden, die nur versprechen können, die Folgen zu beseitigen, können somit unter Umständen weniger anziehend sein als die vorhergenannten.

Man stelle sich vor, jemand hätte in der Erklärung ein eindeutiges psychosomatisches Konzept vor Augen. Diese Person würde natürlich die verabreichte Chemotherapie anders erleben, vielleicht eher ablehnen, da die chemotherapeutische Behandlung ja nicht an die Wurzel des Übels herankommt, sondern lediglich auf die Beseitigung der malignen Zellen abzielt, also symptom-orientiert im Therapieansatz ist. Es ist anzunehmen, dass diese Person eher psychologischen Therapiekon-

zepten gegenüber aufgeschlossener wäre, die von einer seelischen Traumatisierung des Kindes im Vorfeld, beispielsweise durch eine Scheidung der Eltern, ausgingen und diese kausal für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich machen würden. Die Therapie wäre dann logischerweise in der Bemühung zu sehen, die traumatisierenden psychosozialen Verhältnisse zu beseitigen. Es wäre in diesem Falle naheliegend, alternative psychologische Therapiekonzepte zu suchen, die Heilung auf der psychosozialen Ebene versprechen würden. Zweifel an der chemotherapeutischen Behandlung wären unter diesem Aspekt folgerichtig.

Aus der Erfahrung zeigt sich tatsächlich, dass manchmal die Überlegungen der Eltern, die eine schulmedizinische Therapie des Kindes ablehnen, auf solchen psychologischen Konzepten beruhen. Wie die klinische Erfahrung lehrt, hat eine alternative psychologisch orientierte Therapie ein krebskrankes Kind nie geheilt. Die sogenannten alternativen Therapien gibt es schon sehr lange Zeit, sie waren allerdings in diesem Bereich der Medizin schon immer machtlos. Der Durchbruch in der Heilung ist erst in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts durch den Einsatz der chemotherapeutischen Therapie erzielt worden. Davor ist der Tod des Kindes sehr wahrscheinlich gewesen.<sup>13</sup>

Diese Erkenntnis ist für alternativ-medizinisch orientierte Eltern bitter, da sie dadurch den Therapieansätzen der naturwissenschaftlichen Medizin mehr oder weniger ausgesetzt sind. Dieser naturwissenschaftliche Standpunkt ist logischerweise den meisten Eltern aus dem unmittelbaren eigenen Erfahrungshorizont nicht zugänglich, sondern kann ihnen nur im Rahmen der medizinischen Aufklärung vermittelt werden. Bei einer sehr ambivalenten Haltung der sogenannten „Schulmedizin“ gegenüber, ist der Zweifel an den Ausführungen der Ärzte allerdings schnell vorhanden. Es kann zu fatalen Auswirkungen auf den Behandlungsvertrag und zu massiven Kooperationsproblemen kommen – im schlimmsten Fall zum Behandlungsabbruch. Ich werde unten einen

Fall vorstellen, bei dem diese Einstellung fast den Tod des Jugendlichen herbeigeführt hat.

Es gibt aber auch Erklärungen von Eltern in Richtung einer direkten Vererbung, entsprechend dem Modell von Hürny (vgl. Abb. 1) wäre dies ein „direkter Faktor“. Diese Vorstellung kann zu einer überwertigen Ursachenerklärung führen, welche konkrete Auswirkungen zum Beispiel auf die Familienplanung haben kann: So werden unter Umständen keine weiteren Kinder mehr gezeugt, da gefürchtet wird, es könnte zu einem neuerlichen Auftreten der Krankheit bei einem weiteren Kind kommen. Statistisch gesehen ist dies aber genauso selten wie eine Neuerkrankung eines Kindes.<sup>14</sup> Diese Angst vor einem möglichen „zweiten Schicksalsschlag“ durch eine Zweiterkrankung eines Kindes ist in Familien, in denen schon häufiger eine Krebserkrankung aufgetreten ist, häufiger aufzufinden. Es ist nachvollziehbar, dass die Frage nach einer schlechten genetischen Ausstattung in so einer Situation schneller gestellt wird. Die Auswirkung solcher Überlegungen kann bedenklich werden, wenn einzelne Mitglieder angeschuldigt werden, Träger „schlechter Genetik“ zu sein und in der Folge diskriminiert werden. Intensive medizinische Aufklärung ist in diesen Fällen dringend notwendig.

Eine andere Folge einer subjektiven Ursachenerklärung kann in Richtung der Schädlichkeit von sogenannten „Erdstrahlen“ gehen. Diese Erklärungen sind vor allem bei Familien aus dem ländlichen Bereich verbreitet und können in der Folge ebenfalls zu massiven Eingriffen in familiäre Systeme führen. Sind solche Vorstellungen vorhanden, kommt es zur Konsultation eines Energetikers, meistens eines sogenannten „Wünschelrutenkundigen“, der dann zu Hilfe gerufen wird. Dieser findet erfahrungsgemäß immer an zwei Orten des Hauses, in welchem das erkrankte Kinder lebt, etwas: nämlich beim häufig benutzten Sitzplatz am Esstisch und beim Bett des Kindes. Der Autor hat in seiner Betreuungstätigkeit noch nie gehört, dass sogenannte „Kreuzungssadern von unterirdischen Erdströmungen“ im Bad, auf der Toilette oder an

einem anderen viel frequentierten Ort des Hauses gefunden worden wären. Ergänzt sei weiters noch, dass der Autor noch nie von Familien gehört hat, bei denen der Energetiker bei einer Konsultation nichts gefunden hätte.<sup>15</sup> Die Eltern sind aber in der Folge bereit, hohe finanzielle Lasten auf sich zu nehmen, um ihre Häuser oder Wohnungen entsprechend den Anweisungen des Energetikers zu adaptieren. Das verständliche Motto ist: Es soll alles versucht werden, um das Überleben des Kindes langfristig zu sichern.

Für den wichtigsten Bereich der Ursachenerklärungen halte ich allerdings die bereits oben erwähnten direkten oder indirekten psychosozialen Vermutungen der Eltern, da sie die weitreichenden Auswirkungen sowohl auf die weitere Lebensplanung, die subjektive Aufarbeitung der Krankheit und auf das Vertrauen in die Behandlung des Kindes haben.

Nicht selten erlebt man in der Betreuung von Familien mit einem krebskranken Kind abwehrend-ängstliche Reaktionen von Eltern in Bezug auf eine psychologische Betreuung, die sich als Überschätzungen der psychologischen Faktoren herausstellen. Manche Mütter formulieren im Verlauf der Betreuung, das Auftreten eines Psychologen zu Beginn der Diagnosestellung hätte reflexartig ihre inneren Sorgen und Nöte in Bezug auf ihre eigenen Phantasien über die seelischen Ursachen bestätigt. Nachdem diese Mütter sich regelhaft selbst anschuldigen, ist das Erscheinen eines klinischen Psychologen für sie auf einer mehr oder weniger unbewussten Ebene eine Bestätigung ihrer inneren Annahmen und kann zu einer Ablehnung von psychologischer Konsultation führen, da sie sich „aufgedeckt“ fühlen können. Gelingt es, diese verständliche Abwehrreaktion durch das Gespräch zu überwinden, kann diesen Eltern durch die psychologische Aufklärung im Gespräch recht gut geholfen, seelische Erleichterung und Entlastung geschaffen werden.

Es ist aber auch eine gegenteilige Reaktion, als die oben beschriebene, möglich. Manche Eltern erheben Vorwürfe, warum die Behandlungsstra-

tegie im Krankenhaus nicht psychosomatischer orientiert sei, da doch alles für eine seelische Erkrankung spreche. Erst wenn es gelingt, in den medizinischen und psychosozialen Aufklärungs Gesprächen diesen Personen die Begründungen nachzureichen, dass eine solche konzeptuelle Ausrichtung eines Betreuungskonzeptes in der pädiatrischen Onkologie geradezu ein „Kunstfehler“ wäre, da er psychosomatische Ursachen suggerieren würde, wo keine seien, kommt es zu einem spürbaren Aufatmen der betroffenen Eltern.

### **Das Prinzip der Nachträglichkeit: Die Eltern**

Ausgelöst durch die Konfrontation mit dem möglichen Tod des Kindes wird – wie bereits oben dargestellt – sowohl im Patienten (allerdings je nach Alter unterschiedlich) als auch in den Angehörigen ein in die Vergangenheit gerichteter Prozess ausgelöst, der als Ziel das Verständnis der Gegenwart hat.<sup>16</sup>

Es wird die Kette der Gedankenverbindungen, die mit dem eigenen Leben, dem Kind, der Krankheit „Krebs“ und dem Bereich „Tod und Sterben“ in Verbindung sind, rückwirkend überprüft und neu bewertet. Die Vergangenheit gewinnt somit nachträglich eine neue Bedeutung und wird neu strukturiert. In dem von S. Freud<sup>17</sup> formulierten seelischen „Prinzip der Nachträglichkeit“ liegt der Versuch der Seele, die „Lücken“ in den gedanklichen Verbindungen mit neuen Konstruktionen zu überbrücken und losgelöste Affekte neuerlich zu binden. Nicht nur die realen Begegnungen mit schwerer Krankheit spielen somit eine Rolle, sondern auch die unbewussten Phantasien der Vergangenheit zu diesen Themenkomplexen werden aktiviert und spielen in der Bewältigung der Gegenwart eine bedeutsame Rolle. So kann es sein, dass eine Mutter schon immer ambivalent dem Kinderwunsch gegenüber gestanden ist. Möglicherweise war sie vom Zeitpunkt der Schwangerschaft mit dem Kind überrascht und hätte diese lieber später gehabt. Es wäre nicht überraschend, wenn in dieser Situation eine Mutter den Gedanken an eine

Abtreibung des Kindes gehabt hätte. Auch wenn sie sich letztendlich doch für das Leben des Kindes entschieden hat, wäre in ihrem Unbewussten diese Ambivalenz eingeschrieben.

Dazu ein Fallbeispiel:<sup>18</sup> Nach der Diagnosestellung einer Leukämie bei ihrem Sohn bricht die Mutter mit streng katholischem Hintergrund im ärztlichen Gespräch zusammen. Es bricht aus ihr heraus, dass sie dieses Kind nur schweren Herzens geboren habe. Das Kind sei ein sogenannter „Nachzügler“ gewesen – sie habe sich nach den drei anderen Kindern bereits zu alt gefühlt, um sich nochmals den Beschwerden einer Schwangerschaft und einer weiteren Erziehungsaufgabe zu stellen. Auch habe sie Angst vor den finanziellen Folgen des weiteren Kindes auf die Familie gehabt. Ihr Mann habe ebenfalls zögerlich reagiert. So habe sie ernsthaft daran gedacht, das Kind abtreiben zu lassen. Und dies, obwohl sie selbst sehr religiös sei und der Gedanke daran sofort schwere Schuldgefühle in ihr ausgelöst habe – nur der Gedanke an eine Abtreibung alleine sei ja bereits eine schwere Sünde. Letztendlich habe sie sich deshalb doch für die weitere Schwangerschaft entschieden. Die Diagnose „Leukämie“ erlebe sie jetzt aber als die gerechte Strafe Gottes wegen ihrer damaligen Gedanken. Sie werde wahrscheinlich nun für diese sündigen Gedanken von Gott bestraft. Im Gespräch schreit sie weinend auf: „Aber was kann mein ‚Bua‘ (= Sohn) dafür, dass ich damals gesündigt habe?“. Sie könne es nicht fassen, welches Leid sie ihrem Sohn jetzt in der Gegenwart wegen der damaligen schweren Sünde durch die Chemotherapie auferlege. Diese dramatische Szene ist nicht untypisch für die nachträgliche Interpretation der Vergangenheit nach einer Diagnosestellung bei Kindern.

Es treten die von mehreren Autoren<sup>19</sup> beschriebenen zwei Funktionen der Nachträglichkeit ein. Es kommt einerseits zu einer Nachwirkung vergangener realer und phantasierter Ereignisse, andererseits zu einer Neuinterpretation der Vergangenheit selbst. Das „Prinzip der Nachträglichkeit“ stellt somit einen umfassenden seelischen Selbstheilungs-

vorgang dar. Vielleicht beschreiben Eltern genau diesen Vorgang, wenn sie manchmal sagen, ihr Leben und ihre Lebenseinstellung haben sich durch die Erkrankung ihres Kindes grundlegend geändert.

Betrachtet man die formale Wirkweise und Logik des „Prinzips der Nachträglichkeit“ genauer, so merkt man, dass diese übergeordnete Struktur in unserer Seele selektiv und nach dem Ähnlichkeitsprinzip vorgeht.<sup>20</sup> Es werden nämlich jene Ereignisse in Bezug auf das Kind, welche als kausal verursachend für die Diagnose „Krebs“ gelten könnten, aus der Vergangenheit ausgesucht. „Aug‘ um Aug‘“, „Zahn um Zahn“ lautet das älteste Rechtsprinzip – das Talionsprinzip –, welches hier immer wieder zur Anwendung kommt.

Jene kritischen Lebensereignisse im Leben der Eltern gewinnen an Bedeutung, von welchen sie meinen, sie hätten traumatisierenden Charakter auf das Leben des Kindes gehabt und hätten dadurch mit einer Langzeitverspätung in der Gegenwart den Ausbruch des malignen Geschehens verursachen können. Aus ihrer inneren Verflochtenheit mit dem Kind werden jene Ereignisse um das Kind, bei denen sich die Eltern ein eigenes Versagen unterstellen, neu bewertet und nachträglich kausal für das Entstehen der malignen Krankheit verantwortlich gemacht. Im Gegensatz zur Medizin und einer naturwissenschaftlichen Auffassung von Krebserkrankungen gehen die Eltern deshalb in der Regel von psychosomatischen Zusammenhängen aus.

Die Folge sind schwere Schuldgefühle und Selbstvorwürfe der Eltern. Ereignisse oder auch Phantasien, die sich Eltern im Nachhinein zum Vorwurf machen, sind z. B. Fragen eines ambivalenten Kinderwunsches und mögliche Abtreibungsvorstellungen, Schwierigkeiten um die Schwangerschaft und Geburt, Ambivalenzen in der Elternliebe im Zuge der Erziehung, frühe Berufstätigkeit nach der Geburt usw. Je mehr die vergangenen Geschehnisse oder damaligen Phantasien mit dem Tod in Verbindung gebracht werden, umso mehr wirkt das Talionsprinzip und umso heftiger sind

die Schuldgefühle. Der Grundstein für Selbstmordgedanken nach dem Ableben eines Kindes liegt hier verborgen. Die Eltern fühlen sich in einem derartigen Ausmaß schuldig, dass ein Weiterleben nach dem Tod des Kindes nicht mehr denkbar und der eigene Tod als gerechte Strafe für ihr selbst unterstelltes elterliches Versagen erscheint. Das Motto lautet dann: „Ich bin bereit, mit meinem Leben für dein Leben zu bezahlen, mein Kind!“. Und ein weiterführender innerer Dialog könnte lauten: „Und so bin ich dann mit dir im Tode vereint...!“

In der klinischen Praxis zeigt sich, dass Mütter offensichtlich aufgrund der biologischen und psychosozialen engeren Verbundenheit mit dem Kind stärker von den Folgen des „Prinzips der Nachträglichkeit“ betroffen sind als Väter. Sie reagieren als „Leibärztinnen“ des kranken Kindes mit einer intensiven Ursachenforschung ähnlich wie ein Arzt, der zu einer Diagnose kommen will, damit er die richtige Behandlung einleiten kann. Naturgemäß suchen die Mütter dabei nach den Ursachen aus dem Lebenszusammenhang mit dem Kind und weniger in objektiven Bedingungen.<sup>21</sup>

### **Das Prinzip der Nachträglichkeit: Das Kind**

Wie sehr sich die Kinder als Patienten, bedingt durch die Diagnosestellung, mit ihrer Vergangenheit beschäftigen, hängt sehr vom Entwicklungsstand und Lebensalter des Kindes ab. Je jünger Kinder sind, desto egozentrischer sind sie in ihren Erklärungen. So kann es sein, dass beispielsweise ein 5jähriges Kind die Erkrankung mit seiner Essenseinnahme in Verbindung bringt und den behandelnden Arzt fragt, ob die Krankheit deswegen gekommen sei, weil es unregelmäßig Gemüse gegessen habe. Die Mama habe ja immer gesagt, „wenn du nicht gesund isst, wirst du noch krank werden!“<sup>22</sup> Überhaupt muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass die Interpretationen von der Entstehung der eigenen Krankheit stark an die Entwicklung des Todesbegriffes beim Kind gebunden sind.<sup>23</sup> Nachdem Kinder erst um das 14. Lebensjahr einen ähnlichen Todesbegriff wie Erwachsene ha-

ben, räumt man ihnen ab diesem Alter inzwischen fast die gleichen Rechte und Pflichten wie Erwachsenen ein. In dem Altersbereich davor bewegen sich die Erklärungen auf einem recht anschaulichen Niveau.<sup>24</sup> Rechtlich nennt man diese Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren „mündige Minderjährige“.<sup>25</sup> Man unterstellt einerseits eine noch beschränkte Einsichts- und Urteilsfähigkeit, stellt sie aber andererseits fast auf die gleiche Ebene wie mündig Erwachsene. Im klinischen Alltag ist allerdings zu beobachten, dass die Frage nach der Entstehung der Erkrankung die Kinder offensichtlich insgesamt viel weniger interessiert als die betreuenden Erwachsenen. Meistens nehmen die Kinder die Ereignisse recht pragmatisch hin, wollen wissen, wie sie wieder gesund werden können und konzentrieren ihre Kräfte auf den Überlebenskampf.

Bei mündigen Minderjährigen kann sich allerdings im Einzelfall die Frage der Zustimmung zur Therapie zu einem äußerst dramatischen Verlauf der Behandlung entwickeln, wie anhand eines Fallbeispiels anschließend dargestellt wird. In diesem Fall hat der betroffene Jugendliche eine psychosomatische Vorstellung seiner Krankheit entwickelt und verweigert vorerst die Therapie.

**Fallvignette:** Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Mann – rechtlich gesehen also um einen mündigen Minderjährigen –, welcher mit seinen Angehörigen von der chirurgischen Abteilung eines anderen Krankenhauses zur chemotherapeutischen Behandlung mit der Diagnose B-Zell-Lymphom zugewiesen wird. Der Tumor wächst im linken Nackenbereich, hat den Epiduralraum bereits befallen und eine Größe von 25 cm im Durchmesser; ein hoher Querschnitt droht. Es zeigt sich in der Folge, dass der Patient gemeinsam mit den Eltern die klassische Tumortherapie bereits seit über einem Jahr in einem anderen österreichischen Landeskrankenhaus abgelehnt hat; den Angeboten der klassischen medizinischen Behandlung wird nicht geglaubt. Die in Wien in weiterer Folge vom Patienten und seinen Eltern angedachte Operation soll hauptsächlich die Tumormasse ohne den Einsatz

von Chemotherapie entfernen, was von den aufgesuchten Ärzten dieser chirurgischen Abteilung verweigert wird. Im Zuge dieser Fallbesprechung wird lediglich auf den Teil der Fallgeschichte eingegangen, der notwendig ist, um die Motivation des Jugendlichen zu verstehen.

Die klassische Behandlungsstrategie (Chemotherapie, dann operative Tumorentfernung und postoperative Chemotherapie) wird bei uns ebenfalls abgelehnt; der Patient und zum Teil auch seine Eltern sind der Überzeugung, der Tumor sei durch Stress ausgelöst worden. Die Größe des bestehenden Tumors wird als Erfolg der bereits bestehenden alternativen Tumortherapie gesehen: Das sogenannte Austreiben des Tumors sei – wie man an der Größe des Tumors sehe – ja erfolgreich gewesen. Es müssten immer die zugrundeliegenden Ursachen beseitigt werden, um zu einer Heilung zu kommen. Nähere Details werden zu dem Zeitpunkt noch nicht genannt. Da alle Gespräche, die auf einen Behandlungsvertrag abzielen, auch bei uns scheitern, werden wegen der bestehenden Lebensgefahr sowie dem drohenden Querschnitt die Behörden eingeschaltet und gebeten, die Urteils- und Einsichtsfähigkeit des jungen Mannes zu prüfen. Diese schwerwiegende Maßnahme wird in der weiteren Folge von den Eltern und dem Patienten selbst als positiv gewertet werden; sie erzählen später, sie „hätten sich in der Kommunikation miteinander sehr verstrickt gehabt – so sei durch diese Intervention vieles deutlicher und klarer geworden“. Das Familiengericht entschied in der Folge nach Bestellung eines psychiatrischen Gutachters, der Patient sei einsichts- und urteilsfähig und könne über sein Leben entscheiden. Der Patient weitet seine alternativen Heilverfahren in der Folge weiter aus, kommt erst nach einem halben Jahr wieder zu uns, nachdem der Tumor aufgebrochen und exulzeriert ist; er entwickelt schnell eine schwere lebensbedrohliche Sepsis, die einen Aufenthalt auf der Intensivstation notwendig macht. Inzwischen ist er volljährig geworden. Erst jetzt, angesichts der unmittelbaren erlebten Bedrohung seines Lebens bzw. auch der

großen Schmerzen im Tumorbereich, lässt sich der Patient auf mehr ein. Er ist zu tiefgreifenden Gesprächen bereit und willigt in eine klassische Tumorbehandlung ein, die ihn letztendlich langfristig heilt. Der hohe Querschnitt kann verhindert werden. Inzwischen ist er wieder gesund.

### **Psychosoziale Trias für eine Bereitschaft zu einer alternativen Tumorbehandlung**

In den von ihm und den Eltern geforderten und gut angenommenen psychologischen Gesprächen zeigt sich die klassische psychosomatische Trias eines alternativen Systems:

1. Die Familie steht schon seit längerem aufgrund eigener Erfahrungen zur „Schulmedizin“ in einem hoch ambivalenten Verhältnis und schildert mehrere Beispiele aus dem eigenen Leben, bei denen die sogenannte klassische Medizin „versagt“ habe. Insbesondere hätten unangenehme Erfahrungen mit der Schulmedizin im Zuge der Behandlung einer Tumorerkrankung eines inzwischen verstorbenen Großelternteils die Glaubwürdigkeit von Ärzten weiter angegriffen.
2. Die Vorstellungen über die Entstehung organischer Krankheiten sind psychologisch verbrämmt; jede Krankheit wird als Ausdruck der Seele genommen. Die Ideen zur Entstehung der Tumorerkrankung folgen dabei immer einer klassischen Linie der Erklärung: Es habe im Körper einen schweren seelischen Stress gegeben, der traumatischen Charakter auf das Immunsystem gehabt habe. Bedingt durch das angeschuldigte Trauma sei das Immunsystem derartig geschwächt worden, dass die eigene Immunabwehr versagt habe und die Tumorzellen nicht mehr vernichtet hätten werden können. Der Tumor sei somit ein Zeichen der Seele. Das Motto ist dabei üblicherweise: „Was einen gekränkt hat, macht einen krank!“. Die weiteren metaphorischen Aussagen gleichen sich wiederkehrend und regelhaft: „Was einen kränkt, frisst einen auf!“ Viele dieser Theorien

gehen dabei laienhaft von einem durch psycho-soziale Umstände auszulösenden sogenannten „Selbstmordprogramm“ des Körpers aus. Der Fluss der inneren Kräfte, gleichbedeutend mit den „Säften“, sei durch diese Kränkung gestört worden und müsste durch geeignete psychologische Maßnahmen harmonisiert werden. Diese Zeichen müssten entschlüsselt werden, um zu einem Verständnis der Verletzung und zu einer Heilung zu kommen.

3. Um den Kontakt mit der Schulmedizin abzubrechen, muss es in der Regel schon einen Zugang zu einem alternativen Heilsystem und berechtigte Hoffnung auf Heilung durch dieses System geben. In der Begründung der Ablehnung der klassischen naturwissenschaftlichen Medizin werden den Vertretern dabei zwar einerseits große Erfolge mit ihren Methoden zugestanden, andererseits wird ihnen aber auch oft eine „seelenlose Vorgehensweise und Medizin“ unterstellt. Auch bei der Familie unseres Fallbeispiels gibt es diese Bahnungen aufgrund der vorher angedeuteten Krankheiten. Diese sogenannten alternativen Schulen sind in ihrer Denkstruktur in der Regel ähnlich aufgebaut und stehen somit dem Denken des betroffenen Menschen näher. Zu beobachten ist dabei erstaunlich oft, dass dann im Nachhinein selbst der möglicherweise erfolgte Tod als „naturgegeben und schicksalhaft“ angenommen wird. Der Hader mit den alternativen Methoden hält sich in Grenzen; die eigene Wahl der Methode scheint mildernd zu wirken.

Bei unserem Patienten stellt sich in der Folge durch die psychologische Anamnese und Betreuung heraus, dass er im Vorschulalter an sich selbst eine psychologische Veränderung durch die Geburt seines Bruders erlebt habe. Offensichtlich jahrelang zuvor ein Einzelkind, kränkt ihn die Ankunft des Bruders so sehr, dass er in der Folge zur Introversion neigt und „still wird“. Wie die Eltern bestätigen, ist seine Geburt selbst die Folge „eines medizinischen Wunders“, nachdem die Bemü-

hungen der Gynäkologie zuvor gescheitert sind. Der Patient hat an diese Vorschulzeit klassische, szenische innere Bilder, sogenannte „eingefrorene szenische Standbilder“, und dazu passende Erinnerungsketten in sich, die – klinisch psychologisch bewertet –, tatsächlich für einen traumatisierenden Charakter der Entthronung durch das nachkommende Geschwisterkind sprechen. Aus der Anamnese mit den Eltern ergibt sich eine Bestätigung: Die Geburt des Geschwisterkindes hat aus einem fröhlichen Kind zuerst ein aggressives und in der Folge sehr zurückgezogenes Kind gemacht. In der Pubertät mit ungefähr 16 Jahren schlittert der bis dorthin vollkommen angepasste junge Mann in eine schwere Lebenskrise, die mit einem Schulabbruch endet. Er habe daraufhin beschlossen, sein Leben zu ändern. Er wolle wieder „extrovertiert“ werden und sich dem Leben mehr widmen. In diese Phase der Neuorientierung fällt die Entstehung des Tumors, den er in der Folge metaphorisch interpretiert: Der Tumor stehe für die bösen, vergiftenden Kräfte in ihm selber, welche nun nach außen streben würden. Das Tumorgewachstum sei Austreibung, verursacht durch die heilenden Kräfte in seinem Körper. Mit der chirurgischen Entfernung des Tumors wäre das Übel weggeschnitten und ein neuer positiver Lebensweg möglich. Die Umkehrung der tatsächlichen naturwissenschaftlichen Verhältnisse findet bei den Naturheilern Bestätigung und wird so noch verstetigt. Die Glaubwürdigkeit der naturwissenschaftlichen Welt der Medizin kann mit ihren Erklärungen über Entstehung und Behandlung angesichts dieser hoch aufgeladenen persönlichen Erklärungen natürlich nicht mithalten. Obwohl man sich in der Betreuung des Patienten und der Familie ständig am Rande des „Hinauswurfes“ bewegt und bedroht ist, in die Rolle des „hilflosen Helfers“ zu geraten, ist es möglich, dem Patienten und seinen Eltern durch die psychologische Betreuung Aufklärung und Hilfestellung insoweit zu geben, dass eine klassische medizinische Behandlung und dadurch eine Heilung erreicht werden

kann. Insbesondere ist es psychologisch wichtig gewesen, sich in diese subjektive Welt einzulassen und diese nicht *a priori* abzuwehren. Die psychologische Annahme der Gedankenwelt wird vom Patienten und den Eltern selbst überwiegend als sehr erleichternd wahrgenommen und führt in der Folge zu einer sichtbaren Verbesserung der Compliance. Es muss allerdings angemerkt werden, dass es manchmal wirklich schwierig ist, überhaupt in die Position des interessierten und verstehenden Psychologen zu kommen, da es sich – wie oben angedeutet – oft um geschlossene Regelkreise der Erklärungen handelt, welche eine nicht unerhebliche psychologische Abwehr gegen andere Positionen mit sich bringen.

### **Psychoedukation als Mittel der Wahl in Bezug auf die Relativierung und Objektivierung der subjektiven Ursachenerklärungen**

Viele Eltern sind froh, wenn ihnen der Arzt im Zuge der ersten medizinischen Gespräche, auf eine ihrer drängendsten Fragen, jene nach dem „Warum?“ eine Antwort geben kann. Diese Antwort lautet in der Regel, dass niemand sagen könne, warum ein Kind an Krebs erkrankte und die genauen Ursachen nicht bekannt seien. Die Standardantwort in der medizinischen Aufklärung lautet, dass es auf alle Fälle ziemlich ausgeschlossen sei, dass es an Umweltfaktoren, einer Vererbung oder an psychosozialen Faktoren läge. Es wird auf genetische Aspekte verwiesen, die für den Ausbruch der Tumorkrankheiten mitverantwortlich sein könnten.

Die meisten Eltern sind durch diese gegebenen Erklärungen für das Erste erleichtert. Bald aber stellen sich im Untergrund für die Betroffenen die Fragen nach dem „Warum?“ wieder neu ein; spätestens dann, wenn die Eltern mit ihren eigenen Verwandten, Freunden und Bekannten in enge Berührung kommen und mit den üblichen Erklärungen, welche dem oben diskutierten Modell von Hürny folgen, konfrontiert werden. Dann röhren diese von außen kommenden Fragen die eigenen Zweifel neu auf. Schnell fühlen sich die Eltern einerseits

eingeklemmt zwischen der ärztlichen Autorität und ihrem Wunsch, dieser Autorität „glauben“ und folgen zu wollen; andererseits werden sie aber von den eigenen lebensgeschichtlichen Vorstellungen bedrängt, die geradezu nach anderen Erklärungen verlangen. Wie oben ausgeführt, sind diese eigenen Interpretationen im Zuge des Lebens eines jeden Einzelnen entstanden und unterliegen einem systematischen Interpretationsfehler.

Um den Eltern bei ihren Sorgen und Nöten psychologische Hilfe geben zu können, ist es notwendig, die Argumentationsstränge in der medizinischen und psychosozialen Aufklärung so einleuchtend und nachvollziehbar zu gestalten, dass es nicht um die Frage des „Glaubens“ geht, sondern um die Möglichkeit der eigenen vernünftigen Abwägung – man ist letztendlich gezwungen, an die Vernunft der Angehörigen zu appellieren und zu hoffen, dass diese überwiegt. Es müssen also den Eltern neue Methoden und Instrumente in die Hand gegeben werden, die die Vernunft stärken und die die Eltern in die Position versetzen, selbst zu einer Position und Zustimmung zur medizinischen Behandlung zu kommen, ohne am Ende das Gefühl zu haben, bloß manipuliert worden zu sein. Es müssen Instrumente und Inhalte sein, die öffentlich zugänglich sind, um die „Gewichte“ zwischen alten und neuen Erfahrungen in diesem Bereich neu positionieren zu können. Eine Methode, die sich dabei anbietet, ist jene der „empirischen Gegenüberstellung“. Damit ist gemeint, dass in einem Dialog mit den Betroffenen unter Zuhilfenahme von öffentlich einsehbarem Zahlenmaterial die Relationen neu gestaltet werden können.

Im Folgenden möchte ich die folgenden bewährten Argumentationsketten vorstellen:

Zuerst ist es notwendig, die empirische Ausgangslage zwischen Kinder- und Erwachsenenonkologie darzulegen. Meistens beginnt sich hier schon ein „Aha-Effekt“ zu zeigen. Es gelingt damit schnell, Interesse bei den Eltern zu wecken. Meistens kommen in dieser Phase sehr persönliche und dramatische Erzählungen über vergangene

Erlebnisse mit der Medizin zum Vorschein. Erzählungen über Angehörige oder andere Personen, welche an Krebs erkrankten bzw. sogar verstorben, dominieren die Darstellungen. Sehr oft sind die betroffenen Eltern erstaunt, wenn sie feststellen müssen, dass sie selbst aber noch nie oder nur im Ausnahmefall ein Kind kannten, welches einen Tumor hatte. Schnell kommt es alleine durch die Gegenüberstellung der Häufigkeit von Krebserkrankungen bei Erwachsenen und Kindern zu einem intensiven Nachdenken und, was psychologisch gesehen noch bedeutsamer ist, zu einem Hinterfragen der eigenen Position.

An diesem Punkt angekommen, bewährt es sich, das Wort „Rätsel“ einzuführen. Gibt man den Eltern den Hinweis, dass es mehrere offene Fragen bei der Klärung der Ursachen gibt, sind sie meistens recht offen für ein weiteres Gespräch und werden neugierig. Es interessiert sie, warum der Arzt zuvor im Gespräch meinte, man könne über die Ursachen ehrlicherweise nicht mehr sagen, als dass es mit einem persönlichen Verhalten der Eltern, des Kindes oder der Umgebung sicherlich nichts zu tun habe.

Das Wort „Rätsel“ stärkt die Erkenntnis, dass die Ursachen unklar sind, und versucht die Eltern an die „Schicksalhaftigkeit“ dieser tatsächlichen Tragödie heranzuführen. Indem man als „Rätsel“ die Tatsache im Gespräch bezeichnet, dass es in Österreich – wie bereits am Anfang der Arbeit ausgeführt – laut Aufzeichnungen der Statistiker seit Jahrzehnten ungefähr gleich viel neu erkrankte Kinder und Jugendliche (12 – 14 Kinder der Altersgruppe bis 18 Jahre, das sind ca. 220 bis 260 Neuerkrankte) gibt, ist immer die Neugierde geweckt und das Erstaunen erheblich. Führt man in den Gesprächen einerseits weiter aus, dass dieses statistische gleiche Auftreten über Jahrzehnte erstaunlich sei, da sich andererseits in diesen letzten Jahrzehnten die Lebensbedingungen der österreichischen Bevölkerung nachweislich erheblich geändert hätten, ist der Nachdenk- und Überlegungsprozess in den Eltern meistens bereits voll entflammt. Je nach persönlicher Einstellung

zu den letzten Jahrzehnten kommen dann von den Eltern unterschiedliche Diskussionsbeiträge zu den veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Die einen Familien sprechen in diesen Gesprächen von sich aus bald die unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten, die anderen Familien die veränderten Familienbedingungen an. Ein Beispiel, welches sich ganz besonders bewährt, ist jenes der stark gestiegenen Familienscheidungen mit mitbeteiligten Kindern in den letzten Jahrzehnten, welche offensichtlich keine Auswirkungen auf die Inzidenz von Tumorerkrankungen im Kindesalter gehabt haben. Es ist für viele Eltern nachvollziehbar, dass jede Scheidung eine große seelische Auswirkung auf das Kind hat. Es überrascht die meisten Eltern dann aber doch die Tatsache, dass die gestiegene Scheidungszahl mit involvierten Kindern offensichtlich keinen Einfluss auf die Evidenz von Krebserkrankungen im Kindesalter gehabt haben kann. In der Regel beginnen die Eltern von sich selbst aus ihre eigenen, zum Teil traumatischen Lebenserfahrungen zu gewichten und neu zu bewerten. Schnell kommen sie dann selbst zum Schluss, dass es stimmen müsse, dass sich seelisches Leid nicht so einfach in körperliches Leid verwandeln lasse. Der Konsens, der an dieser Stelle immer wieder gefunden werden kann, ist folgender: Selbstverständlich haben viele Ereignisse dramatische und folgenreiche, manchmal auch langfristige Auswirkungen auf das Seelenleben des Kindes; es scheint aber nicht so leicht zu sein, den Körper durch psychosoziale Maßnahmen dahin zu bringen, dass er sich selbst vernichtet. Hier existiert geradezu eine offensichtliche Unverwüstlichkeit des kindlichen Körpers und der Seele. Diese Erkenntnis wirkt für die Eltern nachhaltig befreiend und erleichternd. Es gibt Eltern, die viele Jahre nach Abschluss der Behandlung die signifikante Nachhaltigkeit dieser psychoedukativen Gespräche bestätigen. Die Methode der vernünftigen Abwägung, welche ihnen in die Hand gegeben wurde, habe sie einer unabhängigen Gewichtung der Behandlungsmethoden – „schulmedizinisch versus alternativ-medizinisch“ – geführt.

Ein weiteres Beispiel, welches in dieser Phase der Gesprächsführung hilfreich ist, ist der Vergleich des ökologischen Umfeldes, in dem Kinder aufwachsen. Erzählt man Eltern in diesem Zusammenhang, dass es seit Jahrzehnten keine signifikanten regionalen Unterschiede zwischen Kindern aus dem ländlichen und dem städtischen Bereich gibt, so verstärkt sich das Erstaunen. Nachdem es den meisten Eltern sehr wichtig ist, dass ihr Kind in einer gesunden Umwelt aufwächst, aber dem ländlichen Raum hier in Bezug auf Umwelt weniger Belastungen zugestanden wird, wird schnell Beweglichkeit in der weiteren Diskussion gewonnen. Es wird an diesem Punkt tatsächlich immer rätselhafter, wieso Kinder aus sogenannten „gesünderen Umgebungen“ gleich vom Auftreten der Krankheit „Krebs“ betroffen sind wie Kinder aus schwierigeren Umwelten.

Die Erweiterung in der Argumentationskette besteht in der Einführung einer europäischen bzw. weltweiten Perspektive. Legt man den Eltern die den Wissenschaftlern in der Regel bekannten Ergebnisse der epidemiologischen Studien zum Auftreten der Krebserkrankungen im Kindesalter vor, so können fast immer die letzten Zweifel genommen werden. Es ist ja nicht nur für die Eltern, Laien und den Experten ein Rätsel, wieso es nicht nur auf nationaler Ebene (siehe die bereits zweimal erwähnten Inzidenzen), sondern auch im internationalen Vergleich eine über Jahrzehnte hinweg gleiche Erkrankungsrate<sup>26</sup> gibt, obwohl zwischen diesen Ländern erhebliche Unterschiede in Bezug auf Lebensstil und Umweltbedingungen festzustellen sind.

Allerdings ist der Verweis auf die langfristigen Folgen ungesunder Lebensbedingungen und -führung auf die Inzidenz bei Krebserkrankungen im Erwachsenenalter<sup>27</sup> wichtig, um den Unterschied zur Kinderonkologie herauszuarbeiten. An dieser Stelle erzählen Eltern regelhaft ihre Erlebnisse von bekannten Personen, die jahrelang dem Zigarettenkonsum nachgegangen sind und letztendlich an einem Karzinom erkrankt bzw. daran verstorben sind.

Es ist weiters weitgehend in der Bevölkerung unbekannt, dass es im Kindesalter nur wenige der möglichen Krebsdiagnosen gibt.<sup>28</sup> Wie Mediziner wissen, handelt es sich bei den Erkrankungen im Kindesalter um eine andere Biologie, welche hauptsächlich für eine Umweltunabhängigkeit und für eine zufällige Entgleisung im Zuge der biologischen Entwicklung des kindlichen Körpers spricht.<sup>29</sup>

Anhand dieses Unterschiedes in der Biologie der Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters einerseits und der Erkrankungen im Erwachsenenalter andererseits, kann den Eltern recht anschaulich die Unwahrscheinlichkeit einer direkten eigenen Beteiligung am Entstehen der Tumorerkrankung beim eigenen Kind erklärt werden. Die Eltern können nachvollziehen, dass es einen gewissen selbstverantwortlichen Beitrag zur Gesundheit im Erwachsenenalter gibt. Das bereits genannte Beispiel mit dem intensiven und jahrelangen Zigarettenmissbrauch eignet sich beispielweise hervorragend, um den Zusammenhang schlechter Stressbewältigung und erhöhtem Zigarettenkonsum zu erklären. Die oben im Modell von Hürny zitierten indirekten mitbeteiligten psychosozialen Faktoren in der Entstehung von Tumorerkrankungen können dadurch recht gut erläutert werden. Die meisten Eltern können nachvollziehen, dass bei Kindern hier offensichtlich andere Verhältnisse vorliegen. Ergänzt man diese Aufklärungen noch um das Detail, dass es mit dem Ausgang der Pubertät bzw. Adoleszenz um das 18. Lebensjahr langsam zu einem Wechsel im Auftreten der Tumorentitäten kommt und die Karzinome zunehmend auftreten,<sup>30</sup> so können sich die Eltern selbst mit den Unterschieden auseinandersetzen.

Führt man die Gespräche im klinischen Alltag entlang dieser beschriebenen Linie, so gelingt es gut, den Eltern selbst Argumentationsketten in die Hand zu geben und die Position einer psychosomatischen Krebsgenese aufzuweichen. Diese beschriebene Gesprächsführung akzeptiert die mannigfaltigen persönlichen Vorerfahrungen der Eltern mit der Krankheit „Krebs“ und bietet somit

Respekt vor der subjektiven Vorstellungswelt der Eltern. Neue Einsichten können gewonnen werden, ohne dass die Eltern gezwungen sind, sich einem medizinischen System unterwerfen zu müssen und bedingungslos zu „glauben“. In der Regel geht es dann möglicherweise mehr um miteinander abgestimmte komplementärmedizinische Unterstützung für das Kind als um alternative Behandlungsformen, da eingesehen wurde, dass das gar nicht möglich bzw. notwendig ist.

Der Appell an die Mündigkeit der Eltern hat somit wieder seinen Rang in der medizinischen Aufklärung erlangt. Ein Behandlungsvertrag um das Kind muss immer die „leibärztlichen“ Anliegen der Eltern und die ärztlichen Belange des Behandlungsteams gleichermaßen berücksichtigen und zu vereinen versuchen. Nur in der Synthese und im Bemühen um das Verständnis der manchmal gegensätzlichen Positionen kann man dem Wohl des Kindes in der Behandlung gerecht werden.

Bei mündig Minderjährigen erweitert sich die Anzahl der rechtlich Beteiligten. Mit Sorgfalt in der Aufklärung sowie Einfühlungsvermögen und Offenheit in der Kommunikation muss allen Personen gegenübergetreten werden, um zu einer gemeinsamen Linie in der Behandlung zu kommen.

## Referenzen

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Kollegen, Herrn Doz. Dr. Leo Kager und Herrn Doz. Dr. Andishe Attarbaschi, für ihre Literaturempfehlungen bedanken.

- 1 Statistik Austria, *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich* (2014)
- 2 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., *Epidemiologie, Ätiologie, Prävention*, in: Gadner H., Gaedicke G., Niemeyer C., Ritter J. (Hrsg.), *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*, Springer, Heidelberg (2006), S. 421-436
- 3 Statistik Austria, siehe Ref. 1
- 4 Statistik Austria, siehe Ref. 1, S. 16
- 5 vgl. Statistik Austria, *Pressemitteilung: 9.691-133/10, 11. 06. 2010*, S. 1-4, S. 1
- 6 Gatta G. et al., *Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of Eurocare-5, a population-based study*, Lancet Oncol (2014); 15(1): 35-47

- 7 ebd., S. 3
- 8 vgl. WHO, *World Cancer Report 2014*, Stewart B., Wild C. P. (Ed), Paper Back (2014)
- 9 Lohaus A., Ball J., *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*, Hogrefe, Göttingen (2006); Koch U., Weis J., *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*, Schattauer, Stuttgart (1998)
- 10 Tschuschke V., *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*, Schattauer, Stuttgart (2011)
- 11 Schwarz R., *Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität*, Schattauer, Stuttgart (1994); Helm-kamp M., Paul H., *Psychosomatische Krebsforschung*, Huber, Bern (1987); ebd.
- 12 Hürny C., *Krebskrankheit*, in: Heim E., Willi J., *Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psychosozialer Sicht. Klinik und Praxis*, Bd. 2, Springer Verlag, Berlin (1986), S. 551-562, S. 552, Abb. 10.1
- 13 Nobile L. *Krebs bei Kindern*, Huber, Bern (1992); Gut-jahr P. (Hrsg.), *Krebs bei Kindern und Jugendlichen: Klinik und Praxis der pädiatrischen Onkologie*, Deutscher Ärzte-verlag, Köln (2004)
- 14 Winther J. F., Sankila R., Boice J. D., Tullinius H., Bautz A., Barlow L., Glattre E., Langmark F., Möller T. R., Mulvihill J. J., Olafsdottir G. H., Ritvanen A., Olsen J. H., *Cancer in siblings of children with cancer in the Nordic countries: a population-based cohort study*, The Lancet (2001); 358(9): 711-717
- 15 vgl. dazu Ellenberger H. F., *Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*, Diogenes Verlag, Zürich (2005), S. 436
- 16 Die folgenden Absätze sind an diese Veröffentlichung angelehnt und modifiziert: Topf R. J., *Die Mutter als „Leibärztin“: Das Kind, die Krankheit und der Tod*, Psyche (2009); 63(6): 566-588, hier S. 569-570
- 17 Freud S., *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen* (1898), Freud-Studienausgabe V, Fischer, Frankfurt (1989), S. 11-36, hier S. 31
- 18 Bei allen Fallbeispielen wurden die Daten so verändert, dass ein Wiedererkennen schwer möglich sein sollte. Die wichtigsten Daten für die jeweilige Falldarstellung wurden allerdings unverändert gelassen.
- 19 vgl. Kerz-Rühling I., *Nachträglichkeit*, Psyche – Z Psychoanal (1993); 47: 911-933; Kettner M., *Das Konzept der Nachträglichkeit in Freuds Erinnerungstheorie*, Psyche – Z Psychoanal (1999); 53: 309-342
- 20 vgl. Laplanche J., Pontalis J. B., *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt (1973), S. 313-320
- 21 vgl. dazu Topf R. J., *Die Mutter als „Leibärztin“: Das Kind, die Krankheit und der Tod*, Psyche (2009); 63(6): 566-588
- 22 Lohaus A., Ball J., siehe Ref. 9
- 23 Topf R., siehe Ref. 16
- 24 vgl. Topf R. J., Bergsträßer E., *Palliative Betreuung und Behandlung*, in: Topf R. (Hrsg.): *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*, nap (new academic press), Wien (2014), S. 264-287, hier S. 266-268 [erstmals publiziert in: Gardner H. et al. (Hrsg.), *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*, Springer, Berlin (2006), S. 1112-1122]
- 25 Kletecka-Pulker M., *Medizinrechtliche Aspekte der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher*, in: Topf R. (Hrsg.), *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*, nap (new academic press), Wien (2014), S. 204-219
- 26 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., siehe Ref. 2
- 27 vgl. WHO, siehe Ref. 8
- 28 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., siehe Ref. 2
- 29 vgl. Bleyer A., Barr R., Hayes-Lattin B., Thomas D., Ellis C., Anderson B., *The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults*, Nature (2008); 4: 288-297
- 30 vgl. ebd.