

Biografie und Krebs – zwischen „Schuld“, „Schicksal“ und „Chance“

HENDRIK VÖGLER

Bearbeitete Fassung eines Vortrages im Rahmen der Weiterbildung „Anthroposophische Onkologie“ vom 24.–26.10.2008 im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Biografie und Krebs – zwischen „Schuld“, „Schicksal“ und „Chance“

■ Zusammenfassung

Die Diagnose Krebs stellt den Patienten vor die Frage, welcher Zusammenhang zwischen ihm und seiner Erkrankung besteht. Sein leiblicher, seelischer und geistiger Lebenslauf ist Ausdruck seiner Individualität. Krebs ist vorrangig eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte und kann eine Chance weiterer Entwicklung eröffnen. Persönlichkeitsfaktoren und Coping erweisen sich Lichte neuerer psychoonkologischer Studien für Verlauf und Prognose als signifikant. Aspekte von „Schuld“ und „Schicksal“ gewinnen eine neue Dimension unter der Perspektive des Selbstgewählten im Verlauf wiederholter Erdenleben. Geisteswissenschaftliche und psychoonkologische Ansätze werden im Hinblick auf die Biographie entwickelt.

■ Schlüsselwörter

Krebs
Biographie
Schuld
Schicksal
Psychoonkologie
Coping

Biography and cancer— between “guilt”, “destiny” and “chance”

■ Abstract

The cancer-diagnosis brings up the question to a patient about the relation between him and his disease. His physical, psychic and mental development expresses his individuality. Cancer is mainly a disease of the second half of life and may offer a chance to further development. Personal factors and coping appear significant for progress and prognosis through actual psychoonkological studies. Aspects of “guilt” and “fate” find a new valuation in the view of self-responsibility through reincarnation. Approaches of Anthroposophy and Psychooncology are elaborated by the biography.

■ Keywords

Cancer
Biography
Guilt
Fate
Psychooncology
Coping

Das Thema „Biografie und Krebs“ stellt sich in ätiologischer Hinsicht mit der Frage: Gibt es Entstehungsbedingungen in der Biografie des Patienten, Belastungen und Überforderungen in jeder Form, die eine Krebsentstehung begünstigen? und in prognostischer Perspektive mit der Überlegung: Inwieweit hat ein Verständnis eines möglichen Zusammenhanges zwischen „Krebs und Biographie“ und ein entsprechendes modifiziertes Verhalten (Coping) eine günstige Wirkung für die Krankheitsbewältigung - sowohl im Hinblick auf die Überwindung des Tumors, auf die Verlängerung der Lebenszeit, die Steigerung der Lebensqualität (Zuwachs an Erkenntnis, Entwicklung, Sinnhaftigkeit) oder auch im Hinblick auf Ertragen von Krankheit und Tod?

Eine ganzheitliche Betrachtung der Krebserkrankung in einem ganz grundsätzlichen Sinne geht davon aus, dass der Patient als Person an den Naturvorgängen von Gesundheit und Krankheit beteiligt ist: *Er selbst* spielt eine Rolle. Aber wie?

Das ist eine der entscheidenden Fragen an den Arzt: „Wie hängt die Krankheit mit mir zusammen?“ Aus dieser Frage entstehen die Aspekte des Untertitels: zwischen „Schuld“, „Schicksal“ und „Chance“. Der Arzt wird dem Patienten zu dieser Frage wenig sagen können, ohne zunächst sinngemäß die Frage zu stellen: Wer bist Du eigentlich? Der Patient wird ihm bestimmt einiges aus seiner Lebensgeschichte erzählen, vielleicht auch von seinen Plänen, von seinen Perspektiven für sein weiteres Leben. Und es wird vielleicht aus beidem ein Bild davon entstehen, welche Vorstellung von „Biografie“, von Entwicklung im menschlichen Leben ihn prägt, ob er eine Idee von „Freiheit“ hat, welches Bild von seinem individuellen Lebenslauf in ihm lebt.

In welchem Verhältnis steht der eigene, der individuelle Lebenslauf zu dem allgemeinen Typus eines menschlichen Lebenslaufes?

Biografie

Man kann drei verschiedene Ebenen, in gewissem Sinne „Austragungsorte“ im menschlichen Lebenslauf ausmachen: Zunächst die „Anpassung an die Biologie“, an die Physiologie, an die „Natur“. Das sich inkarnierende Geist-Seele-Wesen beginnt sich in der Embryonalentwicklung in die noch von den Eltern kommenden or-

ganischen Substanzen und Prozesse ühend einzuarbeiten. Das große Anfangsmotiv ist das „Leibergreifen“ am vererbten Modell. Dieser Prozess ist mitgeprägt von aktuellen körperlichen Lebensbedingungen, z. B. der Bewegungsarmut und der Reizüberflutung in der gegenwärtigen Zivilisation.

Das zweite große Thema ist die „Anpassung an das soziokulturelle Leben“, an die regionale Sprache und die soziale Gemeinschaft, der Prozess der „Sozialisation“: als Türke in Anatolien oder als Türke in Berlin-Kreuzberg, im Waldorfkindergarten und/oder in der Patchworkfamilie, Wege in die Gemeinschaft und/oder Isolation.

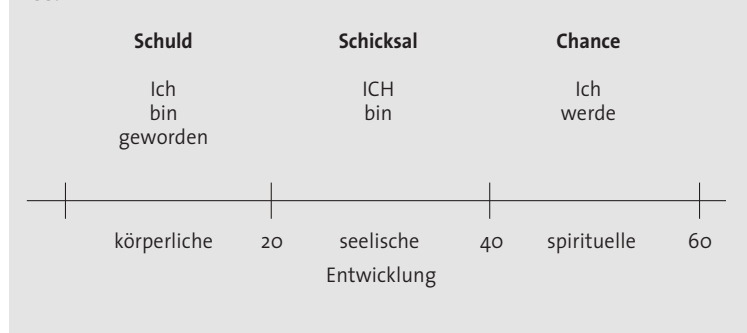
Die dritte Ebene ist die „Anpassung an das eigene Karma“, die Verwirklichung vorgeburtlicher Intentionen. Dies führt zu dem, was von verschiedenen Perspektiven aus Individuation genannt werden kann.

Diese drei Ebenen verschränken sich im Lauf des Lebens ineinander und es entsteht aus diesem Zusammenwirken die individuelle menschliche Biografie, die den allgemeinen Typus modifiziert (Abb. 1).

Als Typus entstehen drei große Etappen, die hier nur skizzenhaft als Panorama für unsere Fragestellung dargestellt werden sollen. Die erste Etappe führt zur Individualisierung des Körpers und dauert ca. 20 Jahre. Sie beginnt in der Embryonalentwicklung und realisiert sich in einem ersten großen Schritt in der „Abnabelung bei der Geburt“. Die kindliche Individualität ergreift danach den Leib vom Kopf schrittweise bis in die Peripherie und es kommt im ersten Jahrsiebt zur Ausreifung des Nervensinnes-Systems. Diese Phase ist eine Art „Embryonalentwicklung“ für die Geburt des individualisierten Ätherleibes etwa zur Zeit des Zahnwechsels, wodurch neue Lernkapazitäten des Kindes freigesetzt werden. Das zweite Jahrsiebt führt zur Ausreifung des mittleren Rhythmischen Systems und bildet die „Embryonalentwicklung“ für die Geburt des individualisierten Astralleibes zur Zeit der Pubertät. Religiosität und Sexualität kommen in die eigene Verfügbarkeit des Jugendlichen. Das dritte Jahrsiebt führt schließlich zur Ausreifung des Stoffwechsel-Gliedmaßen-Systems mit voller physischer Kraftentfaltung und Geschicklichkeit. In allen, auch immer wieder neu erfundenen Sportarten und Tanzkünsten (Skaten, Surfen, Biken, Breakdancen ...) geht es um das Ergreifen des physischen Organismus und die Selbsterfahrung in der Überwindung des Widerstandes am Leib mit Höchstleistungen und Belastbarkeit im Bereich des Sports, des Militärs, in der Akrobatik.

Die zweite große Etappe der Individualisierung bezieht sich auf den Bereich der Seele in der Mitte des Lebens bis ca. 40 Jahre. Wie können wir uns – so wie das Instrumentarium des Körpers – die Welt der Emotionen „aneignen“? Hier prägen zunächst im 4. Jahrsiebt oft große, zum Teil recht abenteuerliche Reisen und flammender Idealismus die Erlebnisse, die zur Ausreifung der Empfindungsseele führen. Im 5. Jahrsiebt steht eine differenziertere Intellektualisierung im sozialen Kontext mit Beruf und Projekten im Vordergrund, die zur Ausreifung der Verstandesseele und einem „zu sich kommen“ führen. Im folgenden 6. Jahrsiebt kann die große Frage

Abb. 1

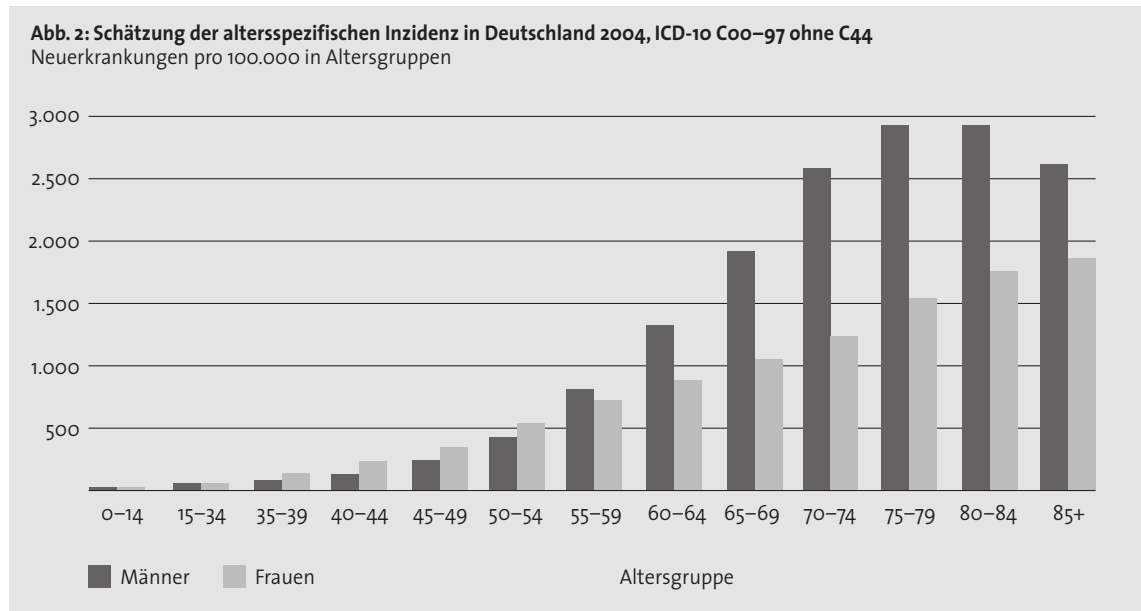


entstehen – wenn keine Impulse mehr von außen kommen –, welche Impulse denn von innen kommen? Was will ich aus meinem Leben machen? Diese Auseinandersetzung mit der eigenen Emotionalität – immer auch durch die Begegnung mit anderen Menschen im Erwerben von Teamfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Selbstbehauptung – führt zur Ausreifung der Bewusstseinsseele mit dem Ziel der Aneignung, der Individualisierung einer stabilisierten, belastbaren Seelenwelt, wie sie sozial verantwortliche und stressbelastete Berufe brauchen, z. B. Lehrer, Therapeuten, Manager, Astronauten.

In der dritten großen Etappe beginnt im 7. Jahrsiebt die Individualisierung des geistigen Menschen an neuen Ideen, Projekten und Gründungen in der Welt, ein „eigenes Leben“ führen. Man kann den Eindruck gewinnen, dass der Mensch seine „embryonalen Hüllen“, die Spur seiner geistigen Herkunft, die er mit der Geburt hinter sich lassen muss, als sein kulturelles Werk in der Welt und in der Gesellschaft wieder neu selbst erschafft. Das 8. Jahrsiebt, häufig die Zeit der Menopause, ist oft geprägt von Umbrüchen, Rückschlägen und Traumata, deren Bewältigung zu einer neuen Konsolidierung und Autonomie führen kann. Im Weiteren geht es um die Realisierung sozialer Verantwortung, die Förderung der anderen, Jüngeren, um Selbstlosigkeit. Indem man das „So-Sein“ bejahen lernt und einen individuellen Ansatz in der Spiritualität findet, kann man in dem Sinne dann auch selbst Lehrer werden.

Biografiearbeit wird oft verstanden als das Herausarbeiten von allgemeinen Gesetzmäßigkeiten im Lebenslauf, der Analyse von verschiedenen Lebensphasen und -rhythmen. Sie bekommt einen Sinn, wenn die Biographie des Einzelnen im Hinblick auf diesen im Prinzip skizzierten Typus betrachtet wird: die Biografie als eine Antwort auf eine Art künstlerische Fragestellung zwischen dem Woher und dem Wohin, dem Warum und dem Wozu, der Kausalität und der Finalität. Wenn sie als ein individueller kreativer Akt entdeckt wird, kann man Motive und eigene Sinngebungen herausarbeiten.

Wo sind im Erwachsenen die Keimkräfte in der Biografie verborgen, die sich z. B. im unermüdlichen Aufrichteprozess des kleinen Kindes so nachdrücklich äußern? Wie hat sich dieser Lebens- und Entfaltungswille verwandelt und vielleicht verborgen, wenn der Erwachsene mit der Diagnose „Krebs“ konfrontiert wird?



Biografie und Krebs

Meist wird dieses Thema in seinem individuellen Aspekt betrachtet: Die Krebserkrankung in der Biographie des einzelnen Patienten. Wir wollen aber zunächst einmal fragen, wie es mit der Krebserkrankung im Hinblick auf den allgemeinen Typus von Biographie aussieht. Wann tritt Krebs in der Biografie am häufigsten auf? Also die Frage nach der Altersverteilung der Krebserkrankungen (Abb. 2).

Wenn man die altersspezifische Inzidenz von Tumor-neuerkrankungen betrachtet, dann findet man ein deutlich ansteigendes Maximum zwischen dem 65. und dem 85. Jahr. Die altersspezifische Mortalität für Leukämien, Lymphome (mit einigen Ausnahmen), Kehlkopftumore, Bronchialkarzinome, Speiseröhrentumore, Magen-Darm-Karzinome, Leber-Galle-Pankreas-Tumore, endokrine Tumore, genitale Tumore (mit einigen Ausnahmen bei Männern und Frauen) Nieren-Blase-Prostata-Tumore liegt in diesem Alter (2). Die Ausnahmen hiervon finden sich oft bei Organen mit gesteigerter proliferativer Aktivität.

Damit ist der Krebs vorrangig eine Erkrankung des Menschen in der zweiten Lebenshälfte. (Eine Betrachtung der Tumorformen im kindlichen und jugendlichen Alter bedarf weiterer Gesichtspunkte, die diesen Rahmen übersteigen würden.) Der Anfang des Lebens ist sehr gesetzmäßig allgemein menschlich: die ersten Embryonalwochen, die Schwangerschaft, die Geburt, die frühe kindliche Entwicklung ist so allgemein „verbindlich“, dass man Vorsorgeuntersuchung zur Überprüfung der „altersgemäßen“ Entwicklung einrichten konnte. Nach dem Zahnwechsel und der Pubertät wird das Leben potentiell immer individueller, selbstgestaltet, so das Alter, und Tod ist ein äußerst individueller Vorgang.

Was bedeutet also Krebs in der zweiten Hälfte der Biografie? Krebs als eine Erkrankung der „Individualisierung“? Verbinden wir mit dem Begriff „Individualisierung“ den Begriff von Freiheit, von Vervollkommnung? Oder liegt darin auch eine Nötigung zur Authentizität,

der Stress, sich ständig neu erfinden zu müssen, um im kulturellen Zivilisationskampf bestehen zu können?

Alain Ehrenberg hat kürzlich darauf hingewiesen, dass die Ausbreitung der Depression in den letzten 40 Jahren mit der „Individualisierung“ zusammenhängen kann (3). „Sie (die Depression, HV) ist eine Krankheit der Verantwortlichkeit, in der ein Gefühl der Minderwertigkeit vorherrscht. Der Depressive ist nicht voll auf der Höhe, er ist erschöpft von der Anstrengung er selbst werden zu müssen.“ ...„Das Individuum wird nicht mehr an seiner Gefügigkeit gemessen, sondern an seiner Initiative.“ Wo dieser radikale Umschwung der Lebenseinstellung, der einerseits von außen nahegelegt und andererseits nur von innen bewältigt werden kann, nicht sofort gelingt, „verwandelt sich das Leben in eine chronische Identitätskrankheit“ mit den sich seither epidemisch ausbreitenden Erscheinungen von Sucht und Depression.

Hier sind wir alle gleichermaßen „Betroffene“, die sich zwischen Egoismus, Narzissmus und Autonomie selbst bestimmen lernen müssen. Was bedeutet es, dass Krebs vorwiegend ein Thema nach der Lebensmitte ist, zwischen 55 und 75? Welche Hypothesen bilden wir innerlich, wenn wir mit dieser Tatsache konfrontiert werden, auch im Hinblick auf „Schuld, Schicksal und Chance“? Diese unter Umständen halb- und unbewussten Hypothesen sind wirksam in der Begegnung mit Krebspatienten. Es ist wichtig, sie zu kennen und zu prüfen.

„Chance“

Ein Grundsatz des Lebenslaufverständnisses der Anthroposophischen Medizin, so wie eben auch skizziert, liegt in der „Entwicklung zur Freiheit“. Das Ich will sich zur Freiheit entwickeln, zu einem Kulturwesen, das eigene Lebensziele wählen und realisieren kann – mit unter Umständen krisenhaften Übergängen. Dies gilt für die „Gesundheit“. „Krankheit“ kann unter dieser Perspektive so aufgefasst werden, dass diese Entwicklung zur Freiheit auf eine Art gehemmt wird und dass das Ich „gebunden“ bleibt. In der Krankheit kann das, was so

nicht „freiwillig“, selbstverantwortlich geschehen kann, durch einen Naturprozess, schicksalhaft oder karmisch sich vollziehen (sozusagen als Plan B!).

Man kann Krankheit auffassen als eine Chance zur Überwindung der Hemmung, Chance zur Überwindung der Gebundenheit. Sie gibt dem Patienten eine Möglichkeit in der Entwicklung, die er ohne sie nicht hätte. Aus dieser Perspektive entsteht eine Herausforderung zu einer anderen Auseinandersetzung mit der Krankheit, die Frage nach dem „Sinn der Krankheit“. Es kann als etwas „Christliches“ in der Medizin angesehen werden, dass das häufig manipulative, invasive Element, das der Patient über sich ergehen lassen muss, den „Eingriff“ z. B. bei Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapien, durch die Eigenaktivität des Patienten in der Auseinandersetzung mit dem Kontext der Erkrankung ergänzt werden kann. Darin liegt ein Werdeimpuls. Dieser Aspekt ist ein zentrales Element der Anthroposophischen Medizin (und auch in anderen medizinischen Richtungen) und wird in der Praxis häufig thematisiert.

Rudolf Steiner hat formuliert: „Jede Krankheit ist eine Gabe des Schicksals zur Selbstbesinnung“.

„Schuld“

Bei einem Vortrag zu diesem Thema haben einige anwesende Krebspatientinnen geäußert, diese Anschauung könne Schuldgefühle in ihnen auslösen. „Was habe ich falsch gemacht in meinem Leben, dass ich so geworden bin, dass ich Krebs kriegen muss?“ Zunächst stellt sich die Frage nach den Lebensgewohnheiten. Es gibt leichtsinnigen Umgang mit eindeutigen Risikofaktoren, z. B. mit Nikotin, mit Lösungsmitteln, mit Alkohol u. a. Durch eine Verhaltensänderung kann in solchen Fällen signifikant das Risiko an Krebs zu erkranken verringert werden.

Allerdings ist ein Zusammenhang oft nicht so ohne weiteres erkennbar. Von Christian Morgenstern stammt der Satz: „Kein freier Mensch ist krank“. Er hat dieses Prinzip auf die Spitze getrieben. Man kann sich fragen: Ist es ein Ideal – oder ist es anthroposophischer Fundamentalismus? Er sagt natürlich nicht: Kein kranker Mensch ist frei, sondern wohl eher: Wenn einer frei ist, hängt es nicht davon ab, ob er gesund oder krank ist. Dennoch spielen an dieser Stelle subtile Vorurteile eine Rolle.

Es gibt viele Beispiele von Prominenten mit Vorbildcharakter, die an Tumorerkrankungen leiden. Immer ist damit untergründig die Frage verbunden, wie man diese Entwicklungen innerlich bewertet. Begegnet man ihnen mit Hypothesen, Unterstellungen, Projektionen (Irgendetwas müssen sie doch falsch gemacht haben!)? Oder äußert sich gerade darin ein Abwehrmechanismus – die eigene Angst vor Krebs, der man durch ein „gesundheitsbewusstes, Ich-haftes Leben“ begegnen will und die man versucht, damit abzuwehren? (Als nur ein Beispiel sei der ehemalige Asienkorrespondent des „Spiegel“ Tiziano Terzani genannt, dessen Bücher über seinen Wandel im Alter und seine Krebskrankheit Bestseller wurden (4)).

Persönlichkeitsfaktoren und Spontanremissionen

Man kommt über den Begriff des sogenannten „Ich-haften“ zwangsläufig zu dem Bereich der in der Onkologie sogenannten „Persönlichkeitsfaktoren“, die vielfach auch im Zusammenhang mit Spontanremissionen bei Krebserkrankungen erforscht worden sind. Der bayrische Onkologe Herbert Kappauf hat im Kapitel „Spontanremissionen“ über „psychologische und psychoneuroimmunologische Mechanismen“ folgendes zusammengefasst: „Nur wenige Fälle von Spontanremissionen, die mit einem religiösen Hintergrund und starker Glaubensüberzeugung einhergingen, sind gut dokumentiert ... Unklar bleibt aber, ob hier eine kausale oder koinzidentelle Assoziation vorliegt. Subjektive Krankheitstheorie, Kontrollüberzeugung und andere psychosoziale Aspekte spielen für das Krankheitsverhalten, die Krankheitsadaptation und somit die Lebensqualität von Betroffenen während und nach einer Krebserkrankung eine wichtige Rolle. Menschen, die von einer Krebserkrankung geheilt werden, gewinnen durch die Auseinandersetzung mit ihrer existentiellen Bedrohung oft eine gelassene, positivere Lebenseinsicht ... Vorsicht ist somit gegenüber Erklärungsmodellen geboten, die Spontanremissionen unkritisch auf gewisse bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, willentliche Anstrengung oder andere spezifische Verhaltensweisen zurückführen. Auch die substantielle Zahl von Spontanremissionen bei Säuglingen und Kleinkindern sowie dokumentierte Fälle von Spontanremissionen bei kognitiv erheblich eingeschränkten Erwachsenen und die auf-fällige Epidemiologie von Spontanremissionen erlauben es bisher nicht, eine dominante kausale Rolle von psychischen, psychosozialen oder psychospirituellen Faktoren bei einer spontanen Krebsrückbildung zu postulieren“ (5).

Damit ist der Einfluss der „Persönlichkeitsfaktoren“ auf Entstehung und Verlauf der Krebserkrankung nachdrücklich relativiert – allerdings in einem Kompendium zur Anwendung von Chemotherapie.

Auch der renommierte Psychoonkologe Reinhold Schwarz hat sich in seinem Buch „Krebspersönlichkeit, Mythos und klinische Realität“ 1994 intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt (6). Er kommt zu der Einschätzung, dass die „Krebspersönlichkeit“ nicht Ursache sondern Folge der Erkrankung sei: „Die in Reaktion auf eine Krebserkrankung unausweichlich erscheinende Frage ‚warum gerade ich?‘ findet bei nahezu 60 % der Kranken Antworten, die Vorstellung einer psychischen Überlastung repräsentieren, oft mit selbstanklagender Tendenz und schuldhafter Verarbeitung ... Persönliche Ursachenzuschreibungen im Sinne einer subjektiven Kausalität können nicht als ein wissenschaftlich gültiges Datum hinsichtlich der Karzinogenese gewertet werden sondern sind als Ordnungs- und Sinnstiftungsversuche zu verstehen im Kontext mit der Auseinandersetzung mit der Krankheitsrealität oder den Krankheitserwartungen.“ Vor allen Dingen durch die Analyse der Designs älterer Studien kam Schwarz zu der Auffassung, dass das, was „Krebspersönlichkeit“ genannt wird, sich als Folge der Erkrankung und der Diagnosestellung entwickelt.

Ein sicherlich begrüßenswerter Impuls besteht darin, Patienten in einer Grenzsituation wie der Krebserkrankung primär zu entlasten. Jedes individuelle salutogene Potential, um Krankheit und Therapie zu bewältigen, sollte nicht durch falsche, projizierte Schuldgefühle gehemmt werden. Schwarz' Auffassung liegt damit ganz auf der Linie einer Pathophysiologie, die den Krebsprozess als einen primären Organvorgang ansieht – als eine Regulationsstörung der Proliferation und damit die Position vertritt, dass ausschließlich Genetik (und Zufall!) hier ursächlich zu sehen sind. Eine Welt ohne Mitwirkung des „Ich“. Darin offenbart sich ein Dilemma der Schulmedizin inklusive bestimmter Bereiche der Psychoonkologie: Es gibt keine Schuld – aber es gibt auch keinen Einfluss!

Neue Bewertung psychoonkologischer Studien

Allerdings ist aktuell Bewegung in die Bewertung psychoonkologischer Studien durch einen kürzlich veröffentlichten Artikel von Volker Tschuschke aus dem Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln gekommen (7). Ein Focus dieser Arbeit liegt auf einer genaueren Analyse von Studiendesign und verwendeten Befragungsinstrumenten (Fragebogen oder Interview) bei Studien zum Einfluss von „Coping“ auf Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen.

„Coping dagegen ist in der Regel ein bewusster Prozess der Erlangung von Sicherheit und Kontrolle (Bewältigung) über die Person betreffende Situationen, wie z. B. bestimmte medizinische Behandlungsmaßnahmen über sich ergehen zu lassen bzw. gezielt mitzutragen. Als Beispiele für ein aktives und als hilfreich angesehene Coping wären Informationssuche, Problemanalyse, Compliance, Antizipation bzw. Selbstkontrolle oder für als ungünstig angesehene Bewältigungsstrategien Resignation, Hadern, Grübeln, Fatalismus, Vermeidung oder sozialer Rückzug zu nennen“ (6).

Eine große 2002 veröffentlichte Metaanalyse hatte ein negatives Ergebnis im Hinblick auf den Einfluss von Coping auf die Krebserkrankung erbracht (8). Allerdings ergab jetzt eine Revision dieser und anderer Studien durch Tschuschke, dass zur Durchführung großer Studien mit vielen Probanden immer Fragebögen als Erhebungsinstrumente eingesetzt worden waren und diese jeweils ein negatives Ergebnis mit sich brachten. Kleinere Studien, in denen Interviews angewendet worden waren, hatten dagegen positive Ergebnisse.

Tschuschke kommt daraufhin zu dem bemerkenswerten Schluss: „Damit erweist sich der Forschungsstand für die Bedeutung von Coping bei Krebserkrankungen als ungeklärt!“ Die zentrale Frage hierzu formuliert Tschuschke so: „Kann der menschliche Organismus durch die Aktivierung von Hoffnung und Lebenswillen über Auswirkungen auf die hormonellen und immunologischen Systeme den Tumor günstig beeinflussen oder nicht? Diese sogenannte Mediationshypothese ist in ihren einzelnen Kettengliedern empirisch nachgewiesen: Psychische Erlebnisqualität beeinflusst das Immunsystem (Stress drosselt die Immunaktivität, Freude, Hoff-

nung und Optimismus aktivieren es). Das Immunsystem selbst beeinflusst Tumorgewebe (es ist zu schwach oder stark und attackiert und gibt den Tumorzellen den Befehl zum Zelltod). Warum also sollte eine Verbesserung des Lebenswillens (Coping) und -mutes (z. B. durch psychoonkologische Intervention) nicht neuroimmunologische Mechanismen günstig beeinflussen, die wiederum Tumorgewebe attackieren?“ (7)

Seine Zusammenfassung endet mit einer Übersicht über aktuelle Studien zu diesem Thema mit teilweise überraschenden Detailergebnissen: So ergab sich bei 120 Frauen mit metastasierendem Mammakarzinom unter psychoonkologischer Intervention nach zehn Jahren ein signifikanter Überlebens-effekt bei Patientinnen, deren Tumore nicht hormonsensitiv waren. Es ergab aber keinen signifikanten Überlebens-effekt bei Patientinnen mit hormonsensitiven Tumoren (9)!

„Schicksal“

Auch wenn solche Ergebnisse noch nicht bewertet werden können, ist umfänglich nachgewiesen, dass neben „Persönlichkeitsfaktoren“, die sich als Coping auf den Krebsprozess auswirken können, familiäre Zusammenhänge eine große Rolle spielen. Sogenannte „familiäre Belastungen“, die sich in einer genetischen Disposition manifestieren, bilden gleichzeitig einen Großteil dessen, was oft „Schicksal“ genannt wird. Auch um die Auseinandersetzung mit dem Begriff „Schicksal“ kommt der Arzt bei der Krebserkrankung „nicht herum. Bei Novalis finden wir den Satz „Wähle ich nicht seit Ewigkeiten alle meine Schicksale selbst? Alles was geschieht, will ich“.

Schicksal ist selbst gewählt? Bis in die Familienkonstellation? Eine geisteswissenschaftliche Darstellung zur „Wahl der Familie“, wie Rudolf Steiner sie entwickelt hat, würde an dieser Stelle zu weit führen. Diese Perspektive ist aber neben der Familienwahl auch eine Herausforderung hinsichtlich aller „Unfälle“ und „Zufälle“, die im Leben auf mich zukommen. Wie kann man Schicksal ertragen? Nur, wenn Schicksal einen Sinn hat? Dieser Ausblick entsteht in erster Linie, wenn Schicksal als Chance gesehen werden kann im Hinblick auf eine Entwicklung zur Freiheit, zur Ganzheit.

Während Persönlichkeitsstrukturen und psychische Faktoren in manchen Bereichen der Psychoonkologie als Ursachen für die Krebserkrankung abgelehnt werden, hat sich aber nachweisen lassen, dass Einstellungen der Patienten, z. B. ihr Schicksalsbegriff und ihr Menschenbild eine wesentliche prognostische Rolle sogar auch im Hinblick auf den Verlauf und die Wirksamkeit einer Chemotherapie spielen! Hierzu hat Grossarth-Maticek viele Untersuchungen im Zusammenhang der Salutogenese-forschung publiziert (10).

Alle diese Themen: Schicksal, Sinn des Lebenslaufes, Entwicklung durch Krisen, Entwicklung durch Krankheit, Entwicklung durch einen „natürlichen“ Tod können ihre wirklichen Dimensionen nur entfalten, wenn man den Gesichtspunkt wiederholter Erdenleben mit einbezieht. Aber wie kann ein solches Thema mit einem Patienten

ohne Vorkenntnisse in der normalen Arztpraxis angesprochen werden?

Ich habe festgestellt, dass dies z. B. doch auf folgende Weise möglich ist, auch wenn der Patient sich bisher mit solchen Fragen nicht auseinandergesetzt hat. Alle Menschen haben ungelebte Anteile, Seiten des Lebens und der Biographie, die sie nicht umsetzen konnten. Eine Fülle von Träumen, von Sehnsüchten gibt es stattdessen. Es werden Impulse erlebt, aber es konnten keine Fähigkeiten und Möglichkeiten, keine Mittel für die Umsetzung ausgebildet werden. Oft wird gerade dies als wesentlicher Verlust erlebt, bis dahin, dass der Eindruck entsteht, dass scheinbar „alles umsonst“ war. Diese ungelebten Impulse sind Keime, die eine Realität in der Seele sind, eine Realität so real wie der aktuelle Blutdruck! Sie werden Keime in einer weiteren Inkarnation, die sich auswirken bei der kommenden Bildung einer neuen individuellen Seelenkonfiguration und einer entsprechenden Leibskonfiguration. Sie sind nicht verloren, umsonst, sondern sie werden sich später verwirklichen! Viele Menschen lassen diese Vorstellung erstaunt durch ihre Seele ziehen, oft sprachlos und nachsinnend. Bisher hat noch kein Patient diese Sichtweise zurückgewiesen oder versucht, sie zu widerlegen. Diese Betrachtung ist gleichzeitig ein Verständnisansatz für den Novalis-Satz für das jetzige Leben: Was (jetzt) ist, habe ich (früher) gewollt.

Zur Auseinandersetzung mit dem selbstveranlassten Schicksal kommt oft eine weitere wesentliche Einsicht, die zum Erwachsenwerden unerlässlich ist: dass ich von vornherein noch kein Ganzes bin. Ich bin widersprüchlich, ich bin zerrissen. Mit der Reifung tauchen immer mehr verschiedene Seelenanteile auf, dominante Anteile und unterdrückte Anteile. Helle Anteile, mit denen wir uns brüsten, dunkle Anteile, die wir verdrängen, in der Terminologie der Anthroposophie auch der „Doppelgänger“. Erwachsenwerden bedeutet: Aufmerksam werden darauf, dass ich für alle Anteile verantwortlich bin und mich frage, wie sie zu integrieren sind, wie es zu einem Ganzen durch mich werden kann.

In der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung entsteht oft die schmerzhafteste Einsicht, dass es auch selbstschädigende Anteile gibt, Handeln wider besseres Wissen und/oder das Unterlassen von Handlungen, Versäumnisse, z. B. sich nicht gewehrt haben ...

In einem weiteren Schritt der Selbstbegegnung kann der Patient dann auch darauf aufmerksam werden, dass es darüberhinaus auch noch eine Instanz gibt, die auf all dies aufmerksam wird, die fragt: „Was ist mir angemessen, was ist mir entsprechend, wie kann ich mich diesem meinem Leben stellen (sich stellen!)“?

ICH BIN

Eine Instanz, die keine Vorwürfe macht, die nicht urteilt, nicht straft, sondern anschaut. Es ist dies ein Schritt von den Anteilen der Seele zum Geist. Bin ich der, der widersprüchlich ist und zerrissen oder bin ich der, der bemerkt, dass er widersprüchlich und zerrissen ist? Natürlich beides bin ich. Die geistige Instanz will in den Dialog mit dem Arzt über Entscheidungen zur Therapie mit einbezogen sein. Viele therapeutische Ansätze, die mit dem

Begriff der *Achtsamkeit* verbunden sind, bemühen sich ebenfalls um diese Dimension.

Patientenkompetenz

Dies ist auch die Linie, die Ivan Nagel und Annette Bopp in ihrem Buch zur Selbsthilfe aufgreifen „Was kann ist für mich selbst tun? – Patientenkompetenz in der modernen Medizin.“⁽¹¹⁾ Die Schulmedizin ist in der Lage, relativ genaue Wahrscheinlichkeitsaussagen über die Wirksamkeit einer Therapie zu machen, z. B. wirkt eine bestimmte Chemotherapie bei Lymphomerkrankungen in einem bestimmten Stadium in 80 % der Fälle. Aber sie kann keine zuverlässigen Aussagen machen für den Einzelfall! Der Patient will wissen, ob er zu den 80 % oder eventuell zu den 20 % gehört. Diese Frage wird nur mit dem Patienten zu klären sein, nicht ohne ihn. Arzt und Patient können in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess einen Eindruck gewinnen, welches der richtige nächste Schritt sein kann. Es wird darum gehen, dass Ärzte lernen, Patienten so zu befragen, dass sich an diesem Punkt für beide Seiten Evidenz bilden kann und eine dritte interaktive Ebene entsteht.

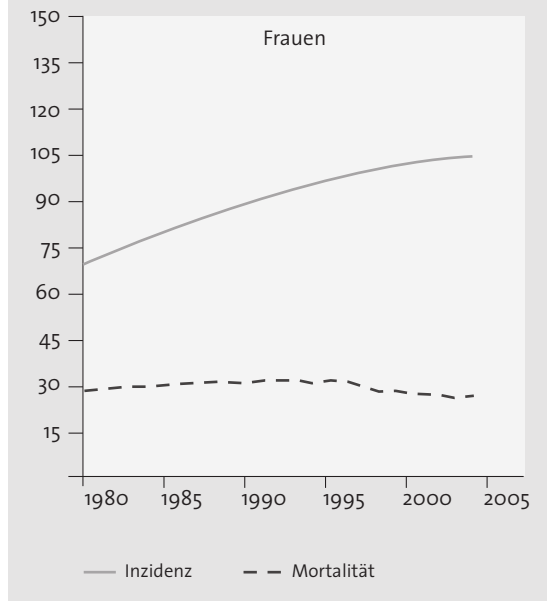
Geisteswissenschaftliche Aspekte der Tumorentwicklung

Hans Broder von Laue hat im Merkurstab März 1999 einen Aufsatz zu „Natur- und geisteswissenschaftliche Aspekte der Tumorentwicklung“ geschrieben (12).

„Nirgends wird in den geisteswissenschaftlichen Beschreibungen die Ursache der Krebserkrankung mit dem Hinweis behaftet, dass der Patient bestimmte Entwicklungsschritte seiner Persönlichkeit in dieser Inkarnation nicht geleistet habe, dass Probleme im persönlichen Umkreis oder im Reifen versäumt bzw. nicht genügend geleistet worden sind. In der naturwissenschaftlichen Medizin liegt die Ursache der Tumorentwicklung allein im Zufall. Die Wahrscheinlichkeit des Zusammentreffens mehrerer Mutationen unterliegt nur dem Zufall. Im Patienten erzeugt diese Haltung Passivität und Resignation. In der Psychoonkologie wird in offener oder verborgener Weise ein Entwicklungsdefizit, ein Versagen, eine Schuld als Ursache der Krebserkrankung angenommen. Die Patienten empfinden die Krankheit als Strafe für ein früheres Versagen. Sowohl der Gesichtspunkt des Zufalls als auch der Gesichtspunkt der Schuld sind therapeutisch nicht hilfreich. In der Anthroposophischen Medizin können wir dem Patienten helfen, mit seinen Schwellenerlebnissen umgehen zu lernen. Wir können dieselben Erfahrungen in uns aufsuchen und den Patienten jenseits von Zufall und Schuld auf seinem Weg begleiten. Jeder Mensch türmt vor sich Versäumnisse des Denkens, Fühlens und Wollens auf. Dies wird nachodlich oder in der Erkrankung erlebt. An dieser Stelle der inneren Entwicklung unterscheiden sich Krebspatienten nicht von allen anderen Menschen.“

Broder von Laue hat in diesem Artikel einige menschenkundlich bemerkenswerte Sichtweisen zum Krebsprozess entwickelt, die er in Beziehung setzt zu den Schilderungen des Selbsterlebens von Krebspatienten bei LeShan – z. B. die eigene Bedeutungslosigkeit für die

Abb. 3: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität 1980–2005. Fälle pro 100.000 (Europastandard)



Weltentwicklung – und den Schilderungen Rudolf Steiners über nachtodliche Erfahrungen. Die darin angesprochene Thematik der nachtodlichen Metamorphose der Stoffwechselorgane – die im irdischen Leben „keimhaft“ bleiben – in Sinnesorgane beschreibt Rudolf Steiner (13).

„Die aus der therapeutischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen der Tumorpatienten und die Seelenerlebnisse des Menschen im Umkreis der Todesschwelle werden erstaunlich ähnlich beschrieben. Die fehlende Ordnung zwischen dem eigenen Fühlen und Handeln, die Kraftlosigkeit der eigenen Identität gegenüber der Welt, das Überwältigt-Werden durch deren Mechanik. Nur sind diese Erlebnisse bei LeShan Ursache der Erkrankung, beim Geistesforscher Folge der übersinnlichen Wirklichkeit, die mit den nachtodlichen Metamorphosen zusammenhängt. Bei LeShan gehen diese Erlebnisse der Krankheit voraus, beim Geistesforscher treten sie regelmäßig bei jedem Menschen in der Schwellensituation auf. Nun wurde aber vorher beschrieben, dass sich epitheliale keimartige Tumororgane im Tumor sinnesorganartig so entwickeln, dass sich die nachtodliche Evolution vom Willensorgan zum Sinnesorgan vollzieht. Im Tumor ist also leiblich die Schwelle schon überschritten, nachtodliche Prozesse finden verfrüht im Leibe statt. Müssen wir dann nicht auch die entsprechenden Erlebnisse im Patienten als Folge der Leibverwandlung voraussetzen? Die Metamorphose vom Stoffwechselorgan in ein Sinnesorgan und damit die Grenzüberschreitung in den nachtodlichen Erfahrungsbereich findet im Patienten schon dann statt, wenn sich das Mikrokarzinom bildet – viele Jahre vor der möglichen Tumorentdeckung“ (12).

Diese Perspektiven bilden eine enorme Herausforderung an eine ärztliche Haltung gegenüber jeder Form von Besserwisseri und einer mehr oder weniger offenen

Vorwurfshaltung im Sinne von „der Patient ist selber schuld“. (Abb. 3).

Vor allen Dingen unter den 30- bis 50-jährigen Frauen ist die Brustkrebsinzidenz in den letzten 25 Jahren fast um die Hälfte angestiegen, während die Mortalität durch die Entwicklung der Therapie etwa gleich bleibt. Wie kann man dies verstehen?

Um noch einmal Ehrenberg zu zitieren (3): „Wo dieser radikale Umschwung der Lebenseinstellung, der einerseits von außen nahegelegt und andererseits nur von innen bewältigt werden kann, nicht sofort gelingt, „verwandelt sich das Leben in eine chronische Identitätskrankheit“ mit den sich seither epidemisch ausbreitenden Erscheinungen von Sucht und Depression.“ (3) Ist es möglich, dass sich bei manchen Menschen diese „Identitätskrankheit“ nicht psychisch in Sucht und Depression ausdrückt sondern körperlich, z. B. in der Zunahme der Mamma-Ca-Patientinnen?

Wie kann der Arzt – auch angesichts dieser Entwicklung! – mit der Frage nach „Schuld“ umgehen? Kann es zunehmende „Unterlassungen“, „Versäumnisse“ geben? Wie kann man mit der Frage nach dem „Schicksal“ umgehen? Wir sind alle Kinder dieser Zeit, wir stehen gleichermaßen im Sog der Globalisierung. Und die Frage nach der „Chance“: Die Chance des persönlichen Betroffenseins?

So steht der Tumorpatient nicht nur vor dem emotionalen Chaos durch die Diagnosemitteilung, sondern auch noch in der gewaltigen Herausforderung durch diese komplexe, überfordernde Fragestellung. Die Frage nach dem Sinn von Krankheit kann keiner von außen beantworten, nur der Patient. Sinn kann ich nur selbst verleihen, Sinngeben ist eine der würdigsten Qualitäten des Ich. Aber der Arzt kann im Bewusstsein dessen versuchen, die Sinnfrage gemeinsam zu bewegen und transparenter werden zu lassen.

Das 6. Jahrsiebt

Wenn man konkreter hinschaut auf die Situation in der Biografie, so ist das 6. Jahrsiebt – das Alter zwischen 35 und 42 – auch die Zeit des zweiten Mondknotens. In dieser Phase geht es darum, ob das Ich frei wird oder sich neu bindet an den Körper. Wenn dieses Freiwerden wenig gelingt und das Körperliche erneut in den Vordergrund rückt, entsteht u. a. eine Neigung zur Hypochondrie, zur Depression und Versagensängsten. Starke Einsamkeitserlebnisse können durch diese Fixierung auf das Körperliche zustande kommen, denn die Wendung zum Leib bringt eine Isolation von der Welt mit sich. Daraus folgt oft ein Hang zum Materialismus, zum Atheismus, zum Intellektualismus, zur Bürgerlichkeit mit Dogmatismus und Egozentrik.

Die Patienten offenbaren oft ein tiefes Einsamkeitsgefühl in dieser Lebensphase. Wenn wir dies ernst nehmen und versuchen, es mit dem Motiv der biografischen Schwelle in Beziehung zu setzen, taucht die Frage auf nach dem „inneren Kind“. Kann man auf das eigene „innere Kind“ aufmerksam werden?

Das Ich kann anstreben, „Herr im Haus“ der Wesensglieder zu werden, Richtung und Maß vorzugeben. Diese Linie ist für die Entwicklung zur Freiheit unabdingbar. Aber nicht allein. Das Ich ist auch „inneres Kind“, keimhaft, immer in Entwicklung. Die Keimkräfte der Biografie, die beim Erwachsenen oft so tief verborgen und verloren scheinen, lassen sich in dieser Region der Offenheit, der Unbestimmtheit, des Neuen finden.

Wird diese Instanz geweckt, ist es möglich, dass neue Impulse für Sinngebung erwachen, dass in einem schöpferischen Akt Individuelles realisiert wird.

Der Arzt sollte wissen, dass der Patient womöglich innerlich darauf wartet, in dieser Ebene wahrgenommen und angesprochen zu werden. Und manchmal ist diese Art von Impulsfreisetzung nicht durch eine neue Aufgabenstellung, sondern auch durch entscheidende Entlastungen zu initiieren. Wir dürfen mit dem „Wunder der Heilung“ rechnen – dass das Ich sich findet im Weg zwischen Gesundheit und Krankheit – in der Begegnung mit dem heilenden Geist in der Welt, der so real anwesend und wirksam ist wie die Schwerkraft. So oder so, in der Überwindung der Krankheit oder im Weg über die Schwelle des Todes.

*Dr. Hendrik Vögler
Beurhausstraße 7
D-44137 Dortmund*

Literatur

- 1** Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.; 6. überarbeitete Auflage 2008
- 2** Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K (Hrsg). Kompendium Internistische Onkologie: Epidemiologie, Tumorbilogie, Zytostatika, Prinzipien der Tumortherapie, Supportive Maßnahmen. Therapiekonzepte ... und spezielle Therapiemodalitäten: 3 Bände. 4. Aufl. Berlin: Springer-Verlag, 2005
- 3** Ehrenberg A. Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag, 2008
- 4** Terzani T. Das Ende ist mein Anfang: Ein Vater, ein Sohn und die große Reise des Lebens – Ein SPIEGEL-Buch. 12. Aufl. München: DVA, 2007
- 5** Kappauf H. Kompendium Internistische Onkologie: Epidemiologie, Tumorbilogie, Zytostatika, Prinzipien der Tumortherapie, Supportive Maßnahmen. Therapiekonzepte ... und spezielle Therapiemodalitäten: 3 Bände. von Hans-Joachim Schmoll, Klaus Höffken, und Kurt Possinger (2005)
- 6** Schwarz R. Die Krebspersönlichkeit: Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer Verlag, 1994.
- 7** Tschuschke V. Psychoonkologie – Zur Bedeutung psychischer Prozesse bei Krebserkrankungen. Nervenheilkunde 2008 27 9: 823–840
- 8** Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. BMJ 2002; 325: 1066–75.
- 9** Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer, Volume 110, Issue 5, Date: 1 September 2007, Pages: 1130–1138
- 10** Grossarth-Maticke R. Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. 1. Aufl. Berlin: Gruyter-Verlag, 2002
- 11** Bopp A, Nagel D, Nagel G. Was kann ich für mich selbst tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Zürich: Rüffer & Rub, 2005
- 12** Laue von HB. Natur- und geisteswissenschaftliche Aspekte der Tumorentwicklung. Der Merkurstab 1999; 52 (3):145–153
- 13** Steiner R. Anthroposophie als Kosmosophie II. GA 208. Vortrag vom 30.10.1921.3. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1992