

Psychoonkologische Betreuung bei hereditären Tumorerkrankungen

Reiner W. Dahlbender, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm

1. Molekulargenetik, Biotechnologie und Beratungspraxis

Seit Anfang der 90er Jahre konnte die molekulargenetische Basis einer Reihe familiärer Krebserkrankungen demonstriert bzw. wahrscheinlich gemacht werden. Brust- und Ovarialkarzinom haben neben kolorektalen Tumoren, Neurofibromatose und Prostatakarzinom bislang die größte Popularität in den Medien, bei Patienten und Ärzten erlangt. Die eindrucksvollen Ergebnisse der molekulargenetischen Forschung beflügeln die hoffnungsfrohe Vorstellung, hereditäre onkologische Erkrankungen in Zukunft ausrotten zu können. Zugleich werfen sie zahlreiche neue ethische Probleme (Garber & Patenaude 1995) und medizinische sowie psychosoziale Forschungsfragen auf (Faller 1997). Denn im Kontrast zum rapiden biotechnologischen Fortschritt ist das Wissen, welche psychischen und sozialen Belastungen und längerfristigen psychosozialen Auswirkungen die Kenntnis genetischer Risiken auf die betroffenen Patienten, ihre Familien und die Gesellschaft haben kann, noch spärlich (Lerman et al. 1996, Lynch et al. 1997, Petersen & Boyd 1995). Die klinische Praxis ist mit den noch wenig erforschten Bedingungen und Problemen der Genanalytik konfrontiert und die Beratung steht durch das schnell wachsende Interesse an molekulargenetischer Aufklärung (Croyle & Lerman 1993; Lerman & Schwartz 1997) bei noch unzureichenden Erfahrungen mit verschiedenen Modellen vor neuen Herausforderungen.

2. Der Wunsch nach molekulargenetischer Diagnostik und die psychische Situation von Ratsuchenden und Beratern

Der Wunsch nach molekulargenetischer Diagnostik ist angesichts der durch familiäre Krebserkrankungen ausgelösten und meist intensiv erlebten inneren Spannung und Bedrohung als Versuch zu verstehen, das innere Gleichgewicht durch (medizinisch organisierte) Kontrolle wiederzugewinnen und (Todes-)Ängste, Depression, Hilflosigkeit und Selbstwertlabilisierungen zu meistern. Dem in der genetischen Beratung tätigen Psychoonkologen begegnen individuell sehr verschiedene Ausformungen, die sich

vom „Regelfall“ mit durchschnittlich zu erwartenden Ängsten, Bewältigungsmechanismen und Ambivalenzen (Fallbeispiel 1) bis zum „Problemfall“ mit erheblichen Schwierigkeiten im affektiven und zwischenmenschlichen Bereich (Fallbeispiel 2) spannen.

Fallbeispiel 1:

Eine 28jährige, verlobte Frau, die sich telefonisch bereits vorab nach den Kautelen der Testung erkundigt hatte, erscheint zum Beratungsgespräch; ihre Großmutter hat sie auch gleich zur Beratung mitgebracht. Die Fragebögen hat sie sorgfältig ausgefüllt. Sie wirkt sympathisch, aufgeschlossen und zielstrebig. Differenziert und bewegend spricht sie über ihr nicht immer einfaches Leben, ihre Stärken und Schwächen, ihre Beziehungen. Sie erwähnt, wie sehr sie der frühe Tod der Mutter und zweier weiterer Tanten stets ängstigte, selbst einmal Brustkrebs zu bekommen. Jetzt, wo es die Möglichkeit zur Testung gibt und weil sie später auch an Kinder denkt, möchte sie wissen, ob sie ein „Krebsgen“ hat. Sie vermittelt den Eindruck, daß sie über die Implikationen der Testung Bescheid weiß und sich Gedanken über die etwaige Konsequenzen gemacht hat. Dabei macht sie keinen Hehl daraus, daß sie trotz allem hin- und hergerissen ist. Es gelingt ihr, den Psychoonkologen davon zu überzeugen, daß sie eine Testung gut verkräften und zur Entlastung und für ihre Lebensplanung wird nutzen können.

Fallbeispiel 2:

Eine 33jährige Frau erscheint in Begleitung ihres Mannes zum Gespräch. Das Paar, vor allem die Frau wirkt sehr angespannt. Beide drängen auf einen schnellen Test und vermitteln, daß eine Beratung überflüssig ist, weil sie keinerlei Probleme hätten. Die vorausgegangenen gynäkologischen und humangenetischen Beratungen scheinen bei beiden wenig ausgelöst zu haben. Die Gesprächsatmosphäre bleibt auffallend gespannt und gereizt; es kommt kein guter emotionaler Kontakt zustande. Sie selbst, ihre Beziehungen und ihren Lebensweg schildert die Mutter einer kleinen Tochter und eines kleinen Sohnes grobschnittig und

lückenhaft. Nur beiläufig erwähnt sie die Pflege und den Tod ihrer eigenen Mutter, die vor 5 Monaten an einem Mammakarzinom starb. Spontan erwähnt sie hingegen die Probleme ihrer älteren Schwester nach deren Brustamputation vor gut einem Jahr. Über einen unvollständig ausgefüllten Fragebogen erfährt der Psychoonkologe eine zunächst verschwiegene psychiatrische Hospitalisierung im Rahmen eines Suizidversuches vor 12 Jahren, dessen Hintergründe aber unklar bleiben. Er fühlt sich manipuliert und ist zudem besorgt, daß sie die Testung nicht gut verkräften können. Er befürchtet, daß ihre „Flucht in die Gesundheit“ wie ein Kartenhaus zusammenstürzen wird. Doch das Paar schottet sich gegen seine Besorgnis und Gesprächsangebote vollkommen ab. In alarmierter Ohnmacht zurückgelassen, hofft der Psychoonkologe auf die nächste Teamsitzung der Tumorrisikosprechstunde.

Die Beispiele zeigen, daß die Vorstellung, eines Tages eventuell unheilbar an Krebs zu erkranken, psychisch ausgesprochen labilisierend wirken kann und die Betroffenen u. U. an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. Und auch für die Partner und Familien kann diese Situation zu einer quälenden Belastung werden. Die Klagen reichen von unspezifischen Störungen des Wohlbefindens über inadäquate Gesundheitsorgen bis zu tiefgreifenden Ängsten und Störungen des Selbst-, Körper- und Beziehungserlebens. In ungünstigen Fällen wird die Krebsangst dann zu einem Dauerthema in der Familie, das Bewältigungsstrategien zwischen zweckoptimistischer Verleugnung/Verdrängung und hektischem Aktionismus mobilisiert. Besonders ängstliche oder depressive bzw. psychosozial sehr belastete Ratsuchende, möglicherweise mit bereits einem erkrankten Angehörigen, neigen erfahrungsgemäß stärker zu einer übersteigerten Tumorrisikowahrnehmung und zu ungünstigen psychosozialen Folgewirkungen, auch tendieren sie eher zu problematischen Entscheidungen im Umgang mit ihrem eigenen Krebsrisiko, wie z. B. einer vermeintlich prophylaktischen Organexstirpation bei noch fraglichem Nutzen. Im Zu-

sammenspiel von persönlichen Dispositionen bzw. neurotischen Konflikten, sozialer Einbettung und realen Lebensbelastungen können psychische Fehlentwicklungen begünstigt werden, die durch verunsichernde ärztliche Informationen oder Maßnahmen zum falschen Zeitpunkt sowie medizinische Kooperationsprobleme noch zusätzlich verstärkt werden können.

Und auch für die Berater ist die klinische Arbeit im Umfeld der Krebsthematik nicht immer leicht zu verkraften, besonders wenn es sich um die Beratung von jungen bereits erkrankten Patienten handelt.

3. Möglichkeiten, Grenzen und Risiken molekulargenetischer Diagnostik

Die expansiv sich entwickelnden Ansätze zur Abschätzung onkologischer Prädispositionen und zur prädiktiven molekulargenetischen Testung bieten Interessierten die Möglichkeit, der bedrohlich erlebten Ungewißheit zu begegnen. Allerdings wird absolute Gewißheit im Rahmen von Wahrscheinlichkeiten stets eine Fiktion bleiben. Da die Diagnostik bei bestimmten genetischen Konstellationen wesentlich weiter entwickelt ist als die Prävention bzw. Therapie, können in der Regel all jene Ratsuchenden entlastet werden, bei denen keine genetischen Auffälligkeiten gefunden wurden. Für sie fallen nun z. B. einschränkende Früherkennungsmaßnahmen oder vermutlich indizierte Operationen (z. B. Ovarektomie) weg. Sie stehen vielmehr vor der Aufgabe, ihr Leben jetzt ohne erhöhtes Krebsrisiko zu planen – auch wenn sie wissen, daß es letztendliche Sicherheit angesichts etwa noch nicht identifizierbarer krebsdisponierender Gene oder Krebs aus anderen Ursachen auch hier nicht geben kann. Sogar für die Träger von verdächtigen genetischen Veränderungen kann die gewonnene Gewißheit entlastend wirken. Zudem eröffnen sich Früherkennungsoptionen, und das subjektive Gefühl der Kontrolle der Situation wird vermittelt. Doch ob und wie das Auftreten einer Krebserkrankung verhindert werden kann bzw. inwieweit die Folgen einer ausgebrochenen Erkrankung minimiert werden können, kann auch als belastende Unsicherheit fort-

bestehen. Hinzu kommt, daß der Nutzen der Gendiagnostik durch die praktischen Erfordernisse der Früherkennung (z. B. Selbstuntersuchung, engmaschige klinische und instrumentell-diagnostische Überwachung, Chemoprävention, chirurgischer Eingriff), die von einigen Betroffenen als neuerliche Belastung erlebt werden, neutralisiert werden kann. Da molekulargenetische Diagnostik in der Regel immer auch die Einbeziehung von Angehörigen bedeutet, können zudem latente Familienkonflikte um beispielsweise Depression und Schuld, aber auch Groll und Ärger, gar Rache oder Neid im Rahmen der genetischen Diagnostik aufbrechen und zu leidvollen familiären Spannungen und Verwicklungen führen. Meist funktionieren die betroffenen Familien aber doch noch so gut, daß alltägliche Zwißigkeiten und Konflikte zugunsten klärender Gespräche über die genetischen Zusammenhänge zurückstehen. Zu beobachten ist auch, daß das gemeinsame Risiko die Familienmitglieder enger aneinander bindet, manchmal zu eng, so daß Sorgen um eigenständige Entwicklungen vor allem von jugendlichen Familienmitgliedern berechtigt sind. Berufliche Nachteile und der Ausschluß von Versicherungsleistungen bei positivem Genbefund können weitere potentielle Folgen sein.

4. Multidisziplinäre Tumorrisikosprechstunde – klinische Notwendigkeit und wissenschaftliche Chance

Gegenwärtig herrscht in der Literatur wie unter Klinikern ein breiter Konsens, daß molekulargenetische Untersuchungen möglichst nur unter Studienbedingungen im Rahmen multidisziplinärer Tumorrisikosprechstunden durchgeführt werden sollten, um es nicht dem einzelnen Arzt zu überlassen, ob und wie eine umfassende Beratung als Grundlage einer eigenständigen Entscheidung sichergestellt wird.

Wegweisend hat die Deutsche Krebshilfe diese klinische Notwendigkeit erkannt und die Initiative zum multizentrischen Schwerpunktprogramm „Familiärer Brust- und Ovarialkrebs“ ergriffen, dessen vorrangiges Ziel ist, die spezifischen Bedingungen und Pro-

bleme sowie den Nutzen und die Folgen der molekulargenetischen Diagnostik prospektiv zu klären und die gewonnenen Erkenntnisse vorsichtig im klinischen Alltag zu etablieren. Erstmals in der BRD wird an elf Zentren ein weitgehend einheitliches, längerfristig angelegtes, multidisziplinäres Beratungs- und Versorgungskonzept auf hohem klinischem, wissenschaftlichem und ethischem Niveau angeboten, dessen Akzeptanz unter den Ratsuchenden und Patienten sehr hoch zu sein scheint.

5. Der psychoonkologische Beitrag zur Tumorrisikosprechstunde

Über die Routinediagnostik hinaus, scheinen nur etwa 10-15% der Ratsuchenden intensiverer psychoonkologischer Bemühungen oder gar fachpsychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Therapie zu bedürfen. Empirisch gesicherte Bedarfszahlen liegen jedoch noch nicht vor.

Psychoonkologen, die integraler Bestandteil eines multidisziplinären Beratungs- und Betreuungsprozesses sind, können von Anbeginn an spezifische Kompetenzen in Diagnostik, Beratung, Therapie und Problemmanagement einbringen. Ziel ist die Klärung der oftmals komplexen psychosozialen Hintergründe und Voraussetzungen, mit denen die Beteiligten eine genetische Testung anstreben und erforderlichenfalls die Einleitung flankierender psychosozialer Betreuungs- bzw. Therapiemaßnahmen. Dabei orientiert sich der Psychoonkologe bei der Wahl seiner Arbeitsinhalte und konkreten Schritte immer an der jeweiligen Problemkonstellation des einzelnen Falles, d. h. den Bedürfnissen und Voraussetzungen der Ratsuchenden sowie den objektiven Gegebenheiten und Beschränkungen der Situation und am aktuellen Stand des Beratungsprozesses. Dieser gliedert sich grob in vier Aufgaben- und Funktionsbereiche:

Routinediagnostik: Alle Ratsuchenden sollten dennoch routinemäßig einer meist 1-2stündigen psychoonkologischen Eingangsdagnostik unterzogen werden, während der erprobte psychodiagnostische Interview- und psychometrische Verfahren angewen-

det werden. Die Bemühungen des Psychoonkologen zielen in dieser ersten Phase darauf, abzuschätzen inwieweit sich die Beteiligten im klaren sind, worauf sie sich mit ihrer Absicht zur genetischen Testung einlassen und was sie im günstigen bzw. ungünstigen Fall erwartet. Noch stärker als etwa der humangenetische Berater, wird sich der Psychoonkologe darauf konzentrieren, die individuellen u. U. verdeckten Motive zu erhellen und die Vorstellungen, insbesondere die Erwartungen und Befürchtungen herauszuarbeiten, die sämtliche beteiligten Ratsuchenden mit der molekulargenetischen Untersuchung verbinden. Grob gilt es, wohlbegründete Gesundheitsorgen und Überlegungen zu einer adäquaten Prophylaxe und wohlmeinende altruistische Motive sowie individuelle bzw. familiäre psychosoziale Problem- und Risikokonstellationen zu differenzieren. Der Psychoonkologe wird sich nicht zuletzt auch für die kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen der Beteiligten interessieren. Entsprechendes technisches Geschick des Psychoonkologen vorausgesetzt, gelingt es den meisten Ratsuchenden, ihn in dieser Phase als gewissenhaften Diagnostiker zu erleben, „damit nichts übersehen wird“. Nur ein kleiner Prozentsatz empfindet ihn als Bedrohung ihres Testwunsches, was u. U. von diagnostischer Relevanz sein kann.

Psychoonkologische Beratung: In der folgenden Gesprächsphase wird sich der Psychoonkologe dann auf einen möglichst neutralen, non-direktiven Bearbeitungs- und Beratungsprozeß einstellen, besonders im Falle von Widersprüchen oder Unklarheiten. Gemäß den Erfordernissen des einzelnen Falles wird er sich bemühen, den Ratsuchenden bzw. seinen Familienmitgliedern zu ermöglichen, die psychosozialen Implikationen der genetischen Diagnostik zu überblicken, und sie unter Abwägung von Vorteilen und Risiken bei einer soweit wie möglich unabhängigen und verantwortungsvollen Entscheidung für oder gegen die Testung zu unterstützen. Dies beinhaltet auch, gemeinsam mit den potentiell Betroffenen durchzuspielen, wie sie gegebenenfalls auf ein positives bzw. negatives Testresultat rea-

gieren, welche persönlichen, familiären und sozialen Folgen dies für sie bedeuten könnte und wie sie die möglichen Schwierigkeiten meistern können. Er wird wissen wollen, wie sie etwa Angst und Depression bewältigen, oder ob sie bei Nichtbetroffensein mit Schuldgefühlen gegenüber betroffenen Familienmitgliedern reagieren oder inwieweit sie auf falschen Voraussetzungen aufgebaute Familienplanungen und Lebensentwürfe modifizieren können. Darüber hinaus wird er mit ihnen gemeinsam erörtern, inwieweit sie bereit und in der Lage sind, etwaige Risiken und Konsequenzen zu tragen. In diesem Zusammenhang wird es auch seine Aufgabe sein, zu klären, ob und welche flankierenden psychosozialen Betreuungsmaßnahmen vor, während und nach der molekulargenetischen Testung erforderlich werden könnten. Gegebenenfalls wird er konkrete Absprachen mit den Beteiligten treffen. Im günstigen Fall wird der Psychoonkologe in dieser Phase im eigentlichen Wortsinn zum klärenden und unterstützenden Berater.

Psychoonkologische Interventionen: Es gibt eine Reihe von psychosozialen Auffälligkeiten, bei denen der Psychoonkologe seinen Beitrag leisten kann, den Beratungsprozeß voranzubringen. Diese speziellen Indikationen beziehen sich vor allem auf Ratsuchende bzw. Familien mit :

1. unklaren bzw. widersprüchlichen Motiven zur Testung;
2. hohen psychosozialen Belastungen bzw. ungünstigen Bewältigungsstrategien;
3. inadäquaten Vorstellungen von den Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Diagnostik und Prävention;
4. anhaltenden Entscheidungsschwierigkeiten bezüglich der Testdurchführung;
5. erheblicher Ambivalenz zwischen Wissen- und Nichtwissenwollen des Testresultats;
6. drohenden oder bereits bestehenden familiären Konflikten;
7. Interaktionsschwierigkeiten, insbesondere mit dem medizinischen Personal;
8. mangelnder Compliance;

9. besonders belastend erlebten Früherkennungsmaßnahmen;
10. offensichtlichen psychischen Symptomen bzw. Problemen.

In diesen besonderen Beratungssituationen ist der Psychoonkologe in unterschiedlichem Maße in seiner Eigenschaft als Therapeut gefragt, der sich spezifischer fachpsychotherapeutisch basierter Strategien bedient, um z. B. das Angstmanagement und die Copingfähigkeiten zu verbessern oder das körperliche Wohlbefinden zu steigern und die Compliance zu fördern. Über die psychoonkologische Grundversorgung hinaus, wird er bei initial bereits erkennbaren psychischen Auffälligkeiten und krisenhaften Zuspitzungen Entlastung und Klärungen durch Kurzinterventionstechniken anstreben. Bei tiefergreifender psychogener Komorbidität wird er sich um die Vermittlung einer längerfristigen fachspezifischen Therapie und vielleicht auch eine Einbindung ins soziale Netz bemühen. Analog bemühen wird er sich bei maladaptiven Reaktionen und gravierenderen Anpassungsstörungen nach Mitteilung molekulargenetischer Auffälligkeiten. Es kommt vor, daß Ratsuchende die Beratung nutzen, einen verdeckten Psychotherapiewunsch zu realisieren, der unabhängig von ihrem hereditären Krebsrisiko sein kann und damit keine Kontraindikation zur genetischen Testung darstellt. In dieser Phase wird der Psychoonkologe von Ratsuchenden zur Unterstützung herangezogen, um die Voraussetzungen zur Testung zu verbessern, vor allem aber wird er zur therapeutischen Bearbeitung der Folgen der Testung genutzt.

Interdisziplinäres Problemmanagement: Es kommen besondere psychosoziale Risiko- und Problemkonstellationen vor, in denen es angeraten erscheint, verstärkt den Austausch mit den Kollegen im interdisziplinären Team zu suchen und den Beratungsprozeß zu intensivieren. Bis zur allseits befriedigenden Klärung sollte die molekulargenetische Labordiagnostik in folgenden Fällen überdacht und gegebenenfalls ausgesetzt werden:

1. Wenn Ratsuchende die Implikationen einer Testung nicht im erforderlichen Maße überblicken;
2. wenn sie die Konsequenzen einer Testung vermutlich nicht werden tragen können und zu befürchten ist, daß sich die ohnehin schon erheblichen Lebensschwierigkeiten von Ratsuchenden und Familien noch beträchtlich steigern würden;
3. wenn ein großer familärer bzw. sozialer Druck auf die Ratsuchenden spürbar wird;
4. wenn Zweifel an der Freiwilligkeit der Testentscheidung bestehen;
5. wenn die genetische Testung von den Beteiligten unkritisch zur bequemen Lösung all ihrer persönlichen oder familiären Probleme überstrapaziert werden soll.

Zurückhaltung ist im letzten Fall deshalb geboten, weil die klinisch-psychotherapeutische Erfahrung lehrt, daß psychosozial motivierten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) in aller Regel nicht der erhoffte Erfolg beschieden ist, wenn sie isoliert ohne längerfristige psychosoziale Einbindung erfolgen. Das Aussetzen der Testung bietet die Gelegenheit, mit den Beteiligten im Gespräch zu Klärungen zu kommen und eröffnet Spielräume für neue, adäquatere Problemlösungen. Sie ist nicht zuletzt auch deshalb notwendig, da die genetische Testung unmöglich parallel zu den Klärungsbemühungen durchgeführt werden kann, die ihrerseits u. U. zu dem Ergebnis kommen, auf den Test zu verzichten. Geschehenes läßt sich leider nicht mehr rückgängig machen. Dabei sind überhastete naive Überzeugungsbemühungen oder unfruchtbare Konfrontationen möglichst zu vermeiden. Doch im speziellen Fall sollte nach interdisziplinärem Konsil auch nicht gezögert werden, klare zusätzliche Bedingungen für die Testdurchführung und u. U. auch eine Kontraindikation auszusprechen. Hierbei muß man sich allerdings bewußt sein, daß es inzwischen einen sog. „Testtourismus“ gibt. Dieser hat seine problematischen Seiten, im Einzelfall kann er aber durchaus auch Chancen zu einer Testung andernorts eröffnen, etwa, wenn das persönliche Verhältnis von Ratsuchendem und Erstberater zu sehr von untergründigen Spannungen getrübt war.

6. Psychoonkologische Praxis

Psychoonkologische Betreuung definiert sich zur Zeit noch weitgehend über die Versorgungspraxis. Eigens vorgehalten wird sie in der Regel nur in Universitätsklinik und großen Krankenhäusern. In Form der sog. psychoonkologischen Grundversorgung wird sie von Ärzten verschiedener Fachrichtungen und von klinischen Psychologen, zum geringeren Teil auch von Sozialarbeitern und Pflegekräften (z. B. Brückenpflege) mit psychosozialen Zusatzqualifikationen (z. B. speziellen Seminaren und Schulungen, psychosomatische Grundversorgung) realisiert. In Form der spezialisierten Versorgung wird sie nur von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienste erbracht. Die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie“, ein Zusammenschluß von psychoonkologisch Tätigen, Interessierten und Mediatoren, bietet spezielle Fortbildungscurricula an.

Psychoonkologen arbeiten im Rahmen der molekulargenetischen Diagnostik meist mit einzelnen Ratsuchenden und/oder auch mit deren Angehörigen (Einzel- bzw. Gruppensetting). Zum Teil beraten sie gemeinsam mit Onkologen und/oder Humangenetikern, zum Teil führen sie eigenständige Beratungsgespräche durch. Sie stützen sich inhaltlich auf eine Reihe heterogener Konzepte aus Psychotherapie, Psychologie und Soziologie (z. B. intrapsychischer bzw. interpersoneller Konflikt, kognitive Pläne, hilfreiche Beziehung, Streß, Life events, Coping, soziale Unterstützung, Rollentheorie, Kommunikationstheorie). Diagnostisch setzen sie in der Regel klinische Interviewverfahren und Selbsteinschätzungsinstrumente (z. B. Symptomatik, Depression, Angst, Risikowahrnehmung, Informiertheit und Wissen, Krankheitsverarbeitung, soziale Unterstützung) ein. Fragebögen sind nicht nur zeitökonomisch, sie können bei geeigneter Einführung durch den Psychoonkologen auch wertvolle Anregungen und günstige Anknüpfungspunkte für das Beratungsgespräch bieten. Manche Ratsuchende nutzen sie auch, um dem Diagnostiker verdeckt Informationen zuzuspielen (z. B.

nicht ausgefüllte Angaben). Keine Rolle spielen sie hingegen für die Auswahl des Beratungskonzeptes, das sich eher an persönlichen Vorlieben und örtlichen Gegebenheiten orientiert. Therapeutisch bedienen sich Psychoonkologen eines breiten Repertoires von psychotherapeutisch fundierten Techniken zwischen problemzentrierter non-direktiver Beratung, Psychoedukation (z. B. Bewältigungstraining), Entspannung (z. B. Autogenes Training, Muskelrelaxation), speziellen Übungen (z. B. Visualisierungen) und spezifischeren psychodynamisch sowie verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren (z. B. fokale Krisenintervention, Angstmanagement, kognitive Umstrukturierung). Die Vermittlung in fachspezifische Therapien bzw. in Laienorganisationen, Selbsthilfegruppen oder andere soziale Dienste gehört zur ihrer Drehscheibenfunktion.

Als psychotherapeutisch informierte Praxis zählt die sorgfältig geplante Herstellung und Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen und die Pflege der Beziehung zu den Ratsuchenden in der Psychoonkologie zu den wichtigsten Arbeitsmitteln. Zeit wird so reichlich bemessen, der Raum nach außen so geschützt, daß eine Atmosphäre entsteht, in der sich eine vertrauensvolle und hilfreiche Beziehung zum Ratsuchenden entwickeln und persönliche Mitteilungen möglich werden. Dies sind entscheidende Voraussetzungen für das Gelingen des Beratungsprozesses. Intensiver und systematischer als sonst in der ärztlichen Praxis üblich, nutzen Psychoonkologen die durch Ratsuchende in ihnen ausgelösten Empfindungen, Gedanken und Reaktionen als Informationsquelle und nicht nur als lästige Störung. Hierzu ist neben einer gewissen Selbsterfahrung vor allem Supervision, d. h. die Übung im systematisierten, vorurteilsfreien kollegialen Austausch unabdingbar. Dieser bietet zugleich eine wirkungsvolle Möglichkeit, die eigenen im Rahmen der klinischen Tätigkeit entstandenen Spannungen und Belastungen zu verarbeiten. Hier könnte auch ein Ort für die Bearbeitung von Teamkonflikten sein, die durch die Ratsuchenden ausgelöst worden sind.

7. Fazit

Wird molekulargenetische Diagnostik in der gemeinsamen Verantwortung von Ratsuchenden und Medizinerinnen begriffen, gehört die psychoonkologische Beratung und Betreuung mit zu den Grundlagen einer freiwilligen und umfassend reflektierten Entscheidung der Betroffenen. Interdisziplinäre klinische Studienprotokolle (Botkin et al. 1996) unter Einbindung psychotherapeutisch-psychoonkologischer Beratungskonzepte (Hoskins et al. 1995) scheinen nicht nur dem Wunsch Ratsuchender nach psychosozialer Unterstützung entgegenzukommen (Audrain et al. 1998). Sie bieten derzeit auch die besten Voraussetzungen, daß der potentielle Nutzen der molekulargenetischen Diagnostik groß ist, die notwendigen präventiven Maßnahmen möglichst konsequent umgesetzt und die psychosozialen Risiken und nachteiligen Folgen insbesondere für die kleine Gruppe von psychosozialen Risikofällen minimiert werden. Dies kann um so wirkungsvoller geschehen, wenn Ratsuchende möglichst frühzeitig und hilfreich mit Psychoonkologen in Kontakt kommen. Dabei sollten sie verstehen lernen, daß es nicht darum geht, sie zu pathologisieren, sondern ihnen nötigenfalls bei so eingreifenden Lebensentscheidungen, wie dies die molekulargenetische Diagnostik ist, behilflich zu sein. Hier sind besonders die Kollegen im interdisziplinären Team gefordert, den Kontakt zum Psychoonkologen nicht verschämt, sondern selbstverständlich und offensiv unter Betonung seiner funktionellen Notwendigkeiten zu bahnen. Hier bedarf es zur technischen Unterstützung oftmals nur geeigneter „Sprachhilfen“. Der Kooperationsalltag ist allerdings nicht frei von Schwierigkeiten und Konflikten zwischen Onkologen, Humangenetikern und Psychoonkologen. Dabei ist zu befürchten, daß sich Kommunikations- und Interaktionsprobleme, Konkurrenzdenken, mangelnde wechselseitige Anerkennung oder Funktionalisierung anderer für die eigenen klinischen oder wissenschaftlichen Interessen nachteilig auf die Beratungsergebnisse auswirken und die Ratsuchenden unnötig verunsichern, ganz abgesehen von der geringen Arbeitszufriedenheit der Kollegen. Effiziente Kooperation setzt die wech-

selseitige Anerkennung der Kompetenzen und die Kenntnis der Denk- und Handlungsweisen der Partner sowie die Beachtung der speziellen Bedingungen ihrer Arbeit voraus. Psychoonkologen möchten von ihren Kollegen nicht als überflüssiges Beiwerk belächelt oder als störende Konkurrenz empfunden, sondern als über die Alltagspsychologie hinausgehende psychosoziale Experten. Die gleichberechtigte Mitgestaltung des Beratungs- und Betreuungsprozesses ist zugleich die beste Gewähr, daß die Psychoonkologie nicht zum ethischen Feigenblatt degradiert wird. Es liegt dabei viel an den Psychoonkologen, ihre Kollegen zu interessieren und ihnen ihre klinische Praxis nahezubringen. Dabei sollten sie den besonderen Rahmen ihrer „ungewöhnlichen“ Arbeit offensiv vertreten. Dies muß nicht im Widerspruch dazu stehen, daß sie sich andererseits so flexibel wie möglich in die jeweiligen klinischen Erfordernisse einpassen. Lassen sich die Kollegen auf ein Verständnis der psychoonkologischen Ziele und Aufgaben ein, beginnen sie nicht selten auch Ansätze oder Techniken nutzbringend zu übernehmen. Unter diesen Bedingungen kann die Psychoonkologie klinisch wie wissenschaftlich zur wirklichen Bereicherung in der genetischen Beratung werden.

Literatur

- Audrain J, Rimmer B, Cella D, et al: Genetic counselling and testing for breast-ovarian cancer susceptibility: What do women want? *J Clinical Oncology* 16: 133-138, 1998
- Botkin J R, Croyle R T, Smith K R et al.: A model protocol for evaluating the behavioral and psychological effects of BRCA1 testing. *J Natl Can Inst* 88: 872-882, 1996
- Croyle R T, Lerman C: Interest in genetic testing for colon cancer susceptibility: cognitive and emotional correlates. *Prev Med* 22: 284-292, 1993
- Faller H: Genetische Testung bei familiärem Brustkrebs. Psychosoziale Forschung und zukünftige Strategien. *Z med. Psychol* 3-4: 109-116, 1997
- Garber J E, Patenaude AF: Ethical, social and counselling issues in hereditary cancer susceptibility. *Cancer Surveys* 25: 381-397, 1995
- Hoskins K F, Stopfer J E, Calzone K A et al.: Assessment and counseling for women with a family history of breast cancer. *Aguide for clinicians. JAMA* 273: 577-585, 1995

Lerman C, Narod S, Schulman K, et al: BRCA1 Testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. Aprospective study of patient decision making and outcomes. *JAMA* 275: 1185-1892, 1996

Lerman C, Schwartz M D, Lin T H, et al.: The influence of psychological distress on use of genetic testing for cancer risk. *JCCP* 65:414-420, 1997

Lynch H T, Lemon S J, Durham C, et al.: A descriptive study of BRCA1 testing and reactions to disclosure of test results. *Cancer* 79: 2219-2228, 1997

Petersen G M, Boyd PA: Gene tests and counselling for colorectal cancer risk: lessons from familial polyposis. *J Natl Canc Monogr Inst* 17: 67-71, 1995

Korrespondenzadresse

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Universitätsklinikum Ulm
Abteilung Psychotherapie
und Psychosomatische Medizin
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik
Am Hochsträß 8
D-89081 Ulm
Tel +49 (0)731-50-25680/-1
Fax -25662
dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de