Zur Frage psychischer Einflüsse auf die Entstehung des Brustkarzinoms

I.	Ivo	Fischer
----	-----	---------

Krankenhaus Mehrerau, Bregenz (Vorst.: Chef A. Dr. Ivo Fischer)

Chefarzt Dr. Ivo Fischer, Gemeinnütziges Krankenhaus Mehrerau, Mehrerauer Straße 72, A-6900 Bregenz

Diese Frage wurde in unserer gynäkologischen Praxis vor circa 60 Jahren gestellt, weil im Bereiche aller gynäkologischen Malignome aufgefallen war, daß Endometrium-Karzinom-Patientinnen zum Zeitpunkt der histologischen Diagnose-Sicherung ihr Körpergewicht um mehr als 10% überschritten hatten. Aufgefallen waren vor allem die negativen Lebenserfahrungen der Patientinnen in ihren Partnerbeziehungen. Dies wurde zunächst mit der abnehmenden körperlichen Attraktivität übergewichtiger Frauen in Zusammenhang gebracht. Der Volksausdruck „Kummerspeck“ lehrte uns zu erkennen, daß psychische Streßsituationen die Karzinomentstehung, bzw. Karzinomauslösung, fördern können, vor allem bei Prädisposition. Ähnlich verhielten sich Bluthochdruck und/oder Diabetes.

Die allgemeine Familiensituation in einer ländlich-kleinstädtischen Bevölkerung war dem Arzt meistens gut bekannt, auch leicht zu eruieren und ergab unübersehbare Hinweise auf deutliche Zusammenhänge der Psyche mit der Krebsentstehung. Die psychologische Familien- und Berufsanamnese der Frauen wurde anfänglich nur einfach und später differenziert an insgesamt 634 Brustkarzinom-Patientinnen erhoben.

Davon 177mal vereinfacht in Ja/Nein-Form und an 457 Patientinnen differenziert hinsichtlich Partnern, Kindern, Eltern, Schwiegereltern, angeheiratete Verwandte, andere Angehörige, Arbeitskollegen, Freunden, Nachbarn als vermeintliche Beobachter der Situation, sozialem Umfeld und Umwelteinflüssen.

Davon waren 116 erschwert zu erheben und von diesen gingen 96% nach 15 Jahren verloren im Sinne des „lost to follow up“. Von 457 Fällen dagegen sind unter normalen Kontrollbedingungen nur 27% verloren gegangen.

Die einzelnen Unterscheidungsmerkmale und deren Vernetzung können hier aus Zeitgründen leider nicht aufgezeigt werden.

Bei Brustkrebspatientinnen ergab sich eine psychische negative Dauer-Streßsituation in 82% der Fälle. Bei gutartigen Tumoren dagegen waren es nur 64% und bei einem Kontrollkollektiv einer derzeit brusttumorfreen Bevölkerung nur 32% negativer Dauer-streß. Bei zusätzlichen karzinom-prädisponierenden Faktoren wurde eine Steigerung von ca. 16% ersichtlich.

Die als Übertherapie bereits erkannten Heilungsversuche wurden auf ein vertretbares Sicherheitsausmaß hinsichtlich loco-regionalen Rezidiven verringert. Dadurch ergab sich auch eine Minimierung der psychischen Folgeerscheinungen. Brustkarzinom hieß früher unweigerlich: Totalentfernung einer Brust.

Ein noch größeres Trauma ergab sich aus dem unserer Ansicht nach weit über das Ziel schießenden Vorschlag, auch die andere gesunde Brust prophylaktisch zu entfernen! Dieser Vorschlag ging an jeder Psyche vorbei, sogar an jener der Männer und ließ die Antwort

Freie Vorträge (Psychosomatik)

363

finden, daß auch eine 85jährige Frau ihre Brust nicht leichter vermissen will, als z. B. eine 60jährige Patientin.

Meldungen aus Schottland, wonach dort Patientinnen die totale Entfernung ihrer Brust von ihren Ärzten sogar verlangen, ließen Zweifel an zeitgemäßer Aufklärung entstehen. Auch die Gedanken an die Freiwilligkeit des Brustverlustes bei den Amazonen des Alter-tumes paßten nicht in unsere Überlegungen. Es blieben Diskussionen um die postoperative Schönheit, über das kosmetische Ergebnis, dem man den variablen Schönheitsgrad einer noch nicht nachweislich erkrankten Brust gegenüberstellen könnte. Daraus ergab sich die Logik, daß jede Brust besser ist als keine.

Vor rund 20 Jahren etablierten sich langsam die brusterhaltenden Verfahren. Es kam zu verschiedenen Subsummierungen der körperlichen und psychischen Gegebenheiten. Einerseits bei der totalen Entfernung der Brust, andererseits bei der nur partiellen Entfernung von Brustgewebe in Form von knapper oder weiterer reiner Tumorentfernung bis hin zur Quadrantectomie und Hemimastectomie. In Gegenüberstellung der Entfernung und der Erhaltung ist die Besserstellung der brusterhaltenden Operation zu sehen. Einzelne andere Verlaufsbeobachtungen gaben weitere Rätsel auf: Patientinnen, die über ihre maligne Krankheit aufgeklärt waren und die ihre innere Einstellung zum bisherigen Leben positiv verändern konnten, zeigten sogar Verkleinerungen von im Computertomogramm nachgewiesenen Leber-Metastasen, von denen einige sogar ganz aus dem Sichtbereich verschwanden. Wenn jedoch früher vorhandene, inzwischen sistierte, bzw. verdrängte psychische Traumen wieder aktiviert wurden, begann nach jahrelangem Stationärbleiben plötzlich ein neuerliches schubhaftes Wachstum.

Psychische Einflüsse auf die Insgesamt-Entwicklung der Brusttumoren sind nach unseren Beobachtungen eindeutig.

Wir müssen aber derzeit leider noch immer erkennen
daß es bis heute noch nicht möglich ist

Musterprognosen zu erstellen. Alle Therapieformen und deren Kombinationen sind noch stark im Fluß und dürfen daher weder medizinisch noch juridisch als endgültig angesehen werden! In Aussicht stehen die weitere genaue Beobachtung psychischer Zusammenhänge
logisches ärztliches Denken

das Ziehen richtiger medizinischer Schlüsse und die engmaschige Prophylaxe durch die einzelne Patientin selbst und durch ihre Ärzte!