

Volkmar J. Ellmauthaler

KREBS

Ein Phänomen aus medizinpsychologischer Sicht

Mai 2008 – ergänzt 2017 und 2018
Textinterne Links sind nützlich.

A. KURZPORTRAIT

Die Bezeichnung Krebs steht für, vom eigentlichen „Programm“ abweichendes, Verhalten von Zellen bezüglich deren Funktion und Verbreitung. Fachleute sprechen auch von „Malignomen“: bösartigen Neubildungen, die Organe und Organsysteme oft lebensgefährlich krank machen. Diese Neubildungen können sich als normales Gewebe tarnen, verhalten sich aber so, dass dies nur der eigenen Proliferation (Wucherung), nicht der Gesundheit dient. Dies erscheint wie eine absurde Art von Symbiose: Das Organsystem duldet Gewebe, das terminal schädlich sein kann.

Aus klassischer Sicht sind solche Fehlfunktionen in den meisten Fällen auf Fehler in den zellulären Reparaturmechanismen zurückzuführen und diese wieder auf onkogene (Krebs verursachende) Mechanismen: in die Zelle eingeschleuste (z.B. virale) Erbinformation, mutagene (erbschädliche) Substanzen, ultrakurzwellige Strahlung wie UV-/Röntgenstrahlung, Radioaktivität, Korpuskularstrahlung (Höhenstrahlung) oder genetisch bzw. altersbedingte Verkürzung der Telomere (Chromosomenenden).

In den letzten Jahren wird „Krebs“ auch vermehrt losgelöst von Organsystemen und speziellen Geweben gesehen, und zwar auf molekularer Ebene, also im engeren Sinne molekulargenetisch. Zudem wurden und werden vermehrt „Risiko-Gene“ entdeckt und analysiert. Eine familiäre, genetische „Neigung“ zu malignen Erkrankungen rückt so in das Blickfeld: auch der Vorsorge.

Fehlerhafte Zellneubildungen können bisweilen „spontan“ auftreten, wenn eben die Reproduktion des Erbmaterials in einigen Abschnitten (etwa auch altersbedingt) misslingt und die Zelle deswegen weder kontrolliert abstirbt noch die Reparatur gelingt.

Hier ist die „Autophagie“ zu erwähnen: die Bereinigung defekter Zellbestandteile und Stoffwechselprodukte durch Einschluss in sogenannte „Verdauungs“-Vakuolen. – Seit den Achtzigerjahren bekannt (L. Stockingerⁱ et al.), wurde diesen Mechanismen bisher zwar in der Grundlagenforschung, jedoch kaum für eine Anwendung in der Humanmedizin Bedeutung geschenkt.

Nachtrag – Dezember 2016 und November 2018:

Der Nobelpreis für Physiologie 2016 ging auf Grund genau dieser – über Jahrzehnte erfolgten – Grundlagenforschung an Yoshinori Ohsumi zu Mechanismen der Autophagie bei Hefe. Mithilfe dieser Mechanismen können jedoch bekanntlich nicht nur defekte Zellen, Zellbestandteile bzw. Stoffwechselprodukte beseitigt, sondern auch Defekte/Proliferation verursacht werden.

Wesentlich für die Anwendung der Autophagie scheint hier also ein vertieftes Verständnis für die epigenetischen und genetisch gesteuerten Schalter dieses bekannten Mechanismus zu werden. Erste Forschungen an Menschen in Form von Doppelblindversuchen an zwei Gruppen werden seit 2013 auch zur Demenz an der Charité Berlin und der Universität Grazⁱⁱ gemeinsam durchgeführt. Hier geht es um das Zusammenwirken von Fasten als einem der Auslöser von natürlicher Autophagie zusammen mit der gezielten Gabe von Spermidin, einem „Biogenen Amin“, das primär den Glycogen-Haushalt der Spermien in der Samenflüssigkeit regelt und so deren Motilität fördert.

Von dem Phänomen der „spontanen“ Neubildung genetisch defekter Zellen und Gewebe kann prinzipiell jedes Gewebe, jedes Organsystem, auch Blut und Lymphsystem, betroffen sein. Solide (oft tastbare) Tumore beginnen eine eigene Blutversorgung aufzubauen, entartete Zellen im Blut- bzw. Lymphsystem entziehen sich der zellulären Abwehr dadurch, dass sie aufgrund ihrer so stimmigen Oberflächenstruktur **nicht als körperfremdes Gewebe erkannt, sondern als „dem Körper zugehörig“ toleriert werden**. Der Autor sprach bereits 1975 von einem „Maskierungseffekt“: Die Immunreaktion wird nicht aktiviert. Maligne Melanome bilden früh „Vesikel“ aus, Transportbläschen für das defekte Genmaterial, um ungehindert in alle Organsysteme (auch durch die Blut-Hirn-Schranke) disseminieren zu können. Genau das macht den „schwarzen Hautkrebs“ bislang so gefährlich, weil die „Ausstreuung“ bereits in einem Frühstadium beginnt, bevor die optische und histologische Diagnose gestellt werden kann. Die Therapie wird sich dennoch weniger auf die Vesikel, sondern auf die zu späte Auslösung einer adäquaten Immunreaktion konzentrieren müssen.

Charakteristika maligner Zellen zeigen sich, einerseits, in der Geschwindigkeit, sich in dem betreffenden Organ zu etablieren und dort zu vermehren: der **Proliferationsrate**, andererseits in der **Disseminationsrate**: der Fähigkeit, in einer gewissen Zeit eigenes Material in andere Organe oder Organsysteme zu streuen – auch Neigung zur **Metastasierung** genannt.

Seit längerem wird vermutet, dass die humorale, speziell die zelluläre Abwehr, durch „Schalter-Proteine“ gesteuert werde. In einer Zeit, in der mittels Gentechnik die Beeinflussung solcher Eiweißmoleküle möglich ist, lag die Idee nahe, solche Schalter gezielt zu suchen. Das war nur im klinischen Umfeld möglich.

Nobelpreisträger 2018 für Physiologie und Medizin waren daher zu Recht James P. Allison (1948) und Tasuku Honjo (1942) für Grundlagenforschung der Immuntherapie bei Malignomen.

Allison forschte in Texas zum Malignen Melanom der Haut und glückte ihm Darstellung und Abschalten des Proteins CTLA-4, welches immunsuppressiv wirkt. Honjo beforschte das Protein PD-1, einen weiteren Schalter der Immunreaktion. Beide Schalter führten in *Aus-Stellung* zur Stimulation der Immunreaktion.

Die Zukunft wird zeigen, wie während, vor allem nach, erfolgter Immuntherapie die erforderliche Balance zwischen Aktivierung und Suppression unspezifischer Immunreaktion steuerbar ist. Immunsuppression auf Ebene der Immunglobuline ist bekanntlich die Grundlage für **Immuntoleranz**, etwa innerhalb der natürlichen Umgebung (gegenüber Pollen), bei jeder Schwangerschaft gegenüber dem Fetus und nach jeder Organtransplantation.

Insofern ist die Idee interessant, molekulare Schalter gesucht, gefunden und nutzbar gemacht zu haben, solange diese Schalter auch gezielt wieder umstellbar bleiben: so dass die Immunsuppression zur Krebstherapie abgeschaltet werden, nach erfolgter Therapie aber wieder aktiviert werden kann. Eine solche bidirektionale Steuerung ist vermutlich der Schlüssel zur Verhinderung von überschießender Immunreaktion, beispielsweise der IG-E, woraufhin bekanntlich Allergien entstehen können.

Latent vorhandener „Krebs“ kann, neben solchen grundlegenden Funktionsstörungen, individuelle Ursachen und Auslöser haben. Dazu zählen: Ernährung, seelische Befindlichkeit, Lebensstil, lebensgeschichtliche Erfahrungen (Verlust geliebter Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes oder – auf sich allein gestellt, unbewältigbare – Krisen anderer Art).ⁱⁱⁱ

Was macht „Krebs“ in und mit mir – wo ist mein Konflikt?

Der Beginn einer nicht ausreichend beherrschbaren Fehlentwicklung ist vielfach nicht bemerkbar, weil er sich oft schmerzfrei im Stillen vollzieht. So werden auch vielerlei Risiken, denen man sich aussetzt, vielfach ignoriert, oft im Berufsleben gleichmütig akzeptiert: ungelöste **internalisierte** (externe) **Konflikte**.

Manche Krebsarten werden deswegen als geringgradig malign eingestuft, weil diese langsam proliferieren oder zumindest anfangs kaum oder gar nicht in andere Organe metastasieren. Dazu zählt etwa das Plattenepithelkarzinom der Haut und dessen Vorstufen, beispielsweise Aktinische Keratosen. Oft kann man also vermeintlich mit „geringgradig malignen“ Tumoren oder Läsionen gut umgehen und sieht wenig Anlass zu einer Lebensstiländerung. Therapiemöglichkeiten verstärken diesen Eindruck.

Angstbesetzt sind eher die im Hintergrund ablaufenden, sehr dynamischen Entwicklungen, die oft erst in den späten Stadien wahrgenommen werden können. Auch im Zusammenhang mit den leider üblichen Verzögerungen vom ersten Verdacht bis zur Diagnose und danach zwischen Diagnose und Therapiewahl bzw. –beginn können Gefühle des Ausgeliefertseins entstehen. **Realangst** (nicht: *neurotische* Angst) ist ein normaler, allen verfügbarer innerpsychischer Mechanismus, der vor Gefahr warnt.

Nun liegt aber die Diagnose „Krebs“ samt allen Implikationen vielfach nicht im Bereich eigener Disposition. Aus diesem Grund kann Angst sich im Betroffenen verselbstständigen und sowohl dessen Vertrauen in Diagnostik, ÄrztInnen und verfügbare Therapieformen beeinträchtigen als auch dessen innere Einstellung im Umgang mit Symptomen, Einschränkungen und Nebenwirkungen stören.

„Krebs“ macht also nicht nur auf der Organebene etwas „in“ mir, sondern oft viel deutlicher etwas „mit“ mir, mit meiner Befindlichkeit und dabei auch mit meiner Fähigkeit zur Resilienz, also mit Problemen umzugehen und zuversichtlich, aktiv zu meiner Genesung beizutragen (Unterstützung der Salutogenese).

Hier ist bereits initial, also beim Erstverdacht, spätestens bei der Diagnosestellung, eine durchgehend beratend-entlastende bis fallweise psychotherapeutische Begleitung anzusetzen. Diese ist optimalerweise durch medizinisch wie psychologisch-psychotherapeutisch gebildete Vertrauenspersonen anzubieten.

B. VORSORGE

Zur optimalen Unterstützung zellulärer Reparaturmechanismen und Immunkompetenz kann man vor allem über die jeweilige Ernährung und Lebensweise, günstigenfalls mit zufriedenstellender Berufswahl und Beziehungsarbeit sowie durch das Einhalten von Vorsorgeuntersuchungen selbst viel Gutes beitragen.

Die eigentliche „Verantwortung“ für eine Erkrankung oder auch etwa für die eigene Gesundheit kann man aber grundsätzlich nur zu einem sehr begrenzten Teil tragen, etwa durch Wahrung aller Möglichkeiten, bewusste Selbstschädigungen zu vermeiden. Berufsrisiken, z.B. Höhenstrahlung, sind selbst kaum beeinflussbar. Leider gibt es allenthalben zahlreiche indirekte und direkte Anspielungen, z.B. der Sozialversicherungen, für die je eigene Gesundheit selbst verantwortlich zu sein:

„Nehmen Sie Ihre Gesundheit selbst in die Hand!“

Solcherlei Slogans können als zynisch empfunden werden.

Andererseits sind psychosomatische „Heilungsansätze“, wie in Lachen–Weinen^{iv} erstmals beschrieben, immunstimulierend. Ja, wir verfügen über eine angeborene Fähigkeit der Aktivierung heilender Prozesse, ohne dass wir über diese Wirkmechanismen informiert zu sein oder diese aktiv „einzuschalten“ brauchen. Das *Zwillingsphänomen* Lachen–Weinen beinhaltet einige ganz zentrale Mechanismen der Selbstregulation, die jede/r von uns intuitiv kennt und anwendet: „Lachen ist gesund“.

C. THERAPIE

Die möglichst kausale Therapie von diagnostizierten Malignomen gehört in die Hände speziell ausgebildeter ÄrztInnen: FachärztInnen des jeweiligen Organsystems einschließlich FachärztInnen für Psychotherapie (für Akutmaßnahmen), sowie OnkologInnen, also Fachleuten für Tumorbildung und –therapie: Das sind zumeist InternistInnen mit spezieller Zusatzausbildung.

Angesichts der oft dramatisch kurzen Zeitfenster zur effektiven Therapie ist darauf zu achten, dass **unverzüglich** vorgegangen wird. Das sonst hoch entwickelte System der intra- und extramuralen medizinischen Versorgung krankt häufig an zu geringer Flexibilität, an Personalmangel, unzureichender Koordination, wenn nicht an so banalen Dingen wie Feiertagen und Zahl bestehender Anmeldungen – was zu einer Kostenfrage werden kann: Privat Zusatzversicherte werden hier bisweilen bevorzugt. So kann es, nur systembedingt, zu Monate dauernden Intervallen zwischen Vermutungsdiagnose und Therapiebeginn kommen. Diese sind – eben systemseitig, durch Supervision und Beratung zur Optimierung interner Vorgänge – zu minimieren.

Zeit ist ein wesentlicher Faktor zur Verbesserung oder auch Verschlechterung der jeweiligen Prognose. Ein System darf keinesfalls aus eigenen Beharrungstendenzen aggravierend wirken.

Die **therapeutischen Methoden** richten sich im Wesentlichen nach den bekannten Schwachstellen, die eine diagnostizierte, fehlerhafte Zellneubildung und deren unkontrollierte Vermehrung ausmachen. Diese können unterschiedlich, „multifaktoriell“ sein, weshalb auch die therapeutischen Maßnahmen von der Operation solider Tumoren über Chemo-, Immun- oder Strahlentherapie einzeln oder kombiniert zum Einsatz gelangen können. Für genetisch prädisponierte Malignome kennen wir Ansätze aus der Gentherapie, die durchaus vielversprechend sind.

An dieser Stelle interessant ist der Hinweis auf das CCC (Comprehensive Cancer Centre) der Medizinischen Universitätsklinik Wien für Innere Medizin I, Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski www.ccc.ac.at

D. BEGLEITUNG und NACHSORGE

Die Nachsorge ist, wie oft auch die Begleitung vor und während der Diagnostik (die ja schwer belastende Wartezeiten beinhalten kann) und die oft Monate andauernde Situation der eigentlichen Therapie, häufig unzureichend. Dann wird gerne „Psychotherapie“ empfohlen, ohne klare Diagnostik einer therapiewürdigen Erkrankung der Seele, sehen wir von der üblichen depressiven Verstimmung mit Angstzuständen bei TumorpatientInnen ab.

Begleitung und Nachsorge sollen folgende Bereiche umfassen:

- 1. Kontakt** zu einer Persönlichkeit, die selbst nicht betroffen ist. So können Unsicherheit, Angst, Wut, hektisches Sich-Wehren aufgefangen und diese Energie sinnvoll auf ein Ziel gerichtet werden. – „Ziel“ bedeutet in dem Fall: Auseinandersetzen mit den vielleicht zugedeckten „wunden Punkten“, die das Leben beeinträchtigen, Lösungen anstreben, „Ent-Wicklung“ aus allerlei „Ver-Wicklungen“: Aufdeckung maligner Konflikte, behutsame Arbeit an – verdrängten oder bewussten – Problemen.
Effekte: Ausgeglichenheit, Freude an Beziehung, Sinn; Optimismus, Umstellung auf „gesunde“ Lebensweise Fähigkeit zum multifokalen Krisenmanagement.

Hier soll ein/e Patient/in die Wahl haben, an wen er/sie sich wenden darf: wo einerseits Psychologen und Therapeuten, oft schlichte Beratung oder unterstützende Physiotherapie und die Nutzung angemessener sportlicher Aktivitäten angenommen werden, können besonders gläubigen Menschen Aussprachen mit Seelsorgern, PriesterInnen, Vertrauenspersonen besonders gut helfen. So ist für Seele und Körper zu sorgen, unabhängig von einer exakten Differentialdiagnose und *lege artis* eingeleiteten Therapie. Bewegung ist ähnlich effizient wie Lachen–Weinen: Gezieltes Training zeigt neben den, noch nicht zur Gänze aufgeklärten, „Myokinen“ ähnliche immunregulatorische, stimmungsaufhellende, also „salutogenetische“ Effekte.

- 2. Möglichkeit, alles zu bereden**, ohne die eigene Familie zu belasten, sich anzulehnen, sich auch coachen zu lassen. Das Annehmen einer stützenden Hand kann den Eindruck der eigenen Ohnmacht lindern und tatsächlich auf mehreren Ebenen die Eigeninitiative, ja: begründeten Optimismus stärken. Gespräche mit Fachleuten, etwa AnalytikerInnen, können unabhängig von eventuell vorliegenden Indikationen zur eigent-

lichen Psychotherapie die Fähigkeit der Resilienz stärken, indem etwa unbewältigte Konflikte bearbeitet und deren schädliche Auswirkungen auf Allgemeinzustand wie Immunsystem verringert werden.

Psychohygiene ist ein wesentlicher Faktor im Zusammenspiel sowohl auf der psychosomatischen Ebene als auch zwischenmenschlich und strukturell, also zwischen den vielfältigen, koordinierbaren Angeboten des Gesundheitssystems. Die Lehre der psychosomatischen Medizin ist weitreichend anzuwenden.

3. Umgang mit der „Diagnose Krebs“.

Das reicht vom Durchbesprechen allenfalls nicht ganz verstandener Fachbegriffe bis zu einer – zusammen mit den behandelnden ÄrztInnen – genauen Planung der weiteren Schritte.

4. Umsetzung der Maßnahmen trotz Schwäche, Erschließen neuer Quellen psychischen und somatischen Wohlbefindens.

5. Nach Absetzen der eigentlichen Therapie Gestalten der Zeit „ohne Medikamente“, welche oft quälende Unsicherheit, das „Warten auf das Rezidiv“ kennzeichnet. – Dieser Punkt wird im Allgemeinen am häufigsten unterschätzt. Hier sind wichtige **Aufbaumaßnahmen** zur Erhaltung der neuen Gesundheit und zur Verhinderung jener Faktoren zu setzen, die ursprünglich zur Bildung von Malignomen beigetragen haben konnten.

Der letzte Abschnitt:

E. STERBEN, STERBEBEGLEITUNG

Sehr, sehr schweigsam werden die Heilberufe um diese Worte. Sie haben gelernt und ihren Eid geleistet, das Leben zu erhalten.

Nicht gelernt haben viele von ihnen, Leidende auszuhalten und den Sterbevorgang als einen dem Leben innewohnenden Abschnitt zu begreifen. Vielmehr fürchten sie das Ende eines Menschen als Hinweis auf ihr vermutlich eigenes Versagen und können sich nicht damit anfreunden, ihnen anvertraute PatientInnen hierin zu begleiten, wo er und sie das wohl am Nötigsten braucht.

Sterbebegleitung wird gerne den VertreterInnen von Glaubensgemeinschaften überlassen, mit dem Hinweis, nun könne man nichts mehr tun, ein Patient sei „austherapiert“.

Ganz verkehrt! Nun kann das Wesentlichste getan werden: Vervollständigen von vielerlei Begonnenem, Entlasten von Pflichten, Hinführen auf das, was vielfach als „Ende“ bezeichnet wird, bisweilen auch durchaus „erlösend“ sein kann, in jedem Fall aber derjenige Vorgang ist, den ausnahmslos Alle, Pflanze, Tier, Mensch, durchlaufen. Auch **Abschied geben und nehmen**.

Das Sterben kann in Stille, ritualisiert, in Gemeinschaft, aber auch unbemerkt beginnen und findet immer sein Ziel. Also wird das Wie zum wesentlichen Umstand, zur entscheidenden Frage: **Schmerz** soll gelindert werden, das ist ein Anspruch an die Medizin. **Beziehung** soll in einer Form ermöglicht werden, wie diese fühlbar „gut“ für *diesen* Menschen ist. **Stille** soll ermöglicht werden, wenn fühlbar wird, das soll nun sein: **Abschied fühlen**. Die Einsamkeit des Sterbenden kann bisweilen gewollt sein, ist

aber in beinahe allen begleiteten Fällen zumindest in den Phasen von Angst und Abwehr quälend. **Anwesenheit beruhigt.**

Bei Interesse können Sie sich formlos an „Doc.“ Ellmauthaler wenden: Nach einem Informationsgespräch können wir klären, wer wann wofür am ehesten „zuständig“ ist und wie dieser Lebensabschnitt am besten gestaltet werden kann. Ich habe etwa 30 Jahre lang solche Begleitungen in ganz unterschiedlichen „Settings“ durchgeführt. Sinnvollerweise wird hier keine Psychotherapie und keine ärztliche Therapie angeboten. Die kommt von den entsprechenden Fachleuten.

Oft fehlt die **persönliche Begleitung**. Diese wird hier geboten.

Damit verbunden, kann es erforderlich sein, mit den behandelnden ÄrztInnen gewisse Vorgehensweisen abzustimmen. Gerade während der schweren Zeit der Therapie kann damit das Optimal für die betreffenden Menschen bereitgestellt werden, so dass die Therapie greift, Nebenwirkungen erträglicher werden. Das Gesagte gilt für Erwachsene wie Kinder, wobei immer auch die Familie – das „System“ – einbezogen werden kann. Erkrankte leiden bisweilen mehr darunter, wie ihre Angehörigen sich ängstigen und sorgen, als um ihr eigenes „Pech“. Sie sollen nicht unbedingt in die Situation geraten, in der eigenen Schwäche Angehörige trösten oder, schlimmstenfalls!, etwa gar deren Begehrlichkeiten als künftige Erben abwehren zu müssen.

In all diesen Situationen ist es hilfreich, einen Fachmann zu kennen, der sowohl als Mensch als auch mit Information und Praxis ansprechbar und bei Bedarf wirklich „da“ ist. Das gilt immer auch für die Angehörigen. Diese empfinden die Situation als ein Verlassenwerden; sie sind es, die den **Verlust** erleben, sie müssen das weitere Leben arrangieren und **Trauerarbeit** leisten.

Gesundheitsvorsorge – auch über den „Gesundheits-Hundertert“ z.B. der SVA:
<http://svagw.at/cdscontent/load?contentid=10008.555999&version=1459500402>

Dr. Ellmauthaler: <http://medpsych.at/honorarordn.pdf> Infos: info@medpsych.at

*

Weitere Ansprechpartner:

Österreichische Krebshilfe: <https://www.krebshilfe.net>

Dachverband Hospiz Österreich: <https://www.hospiz.at>

Krankenhaus mit Geriatrie und Hospiz des Göttlichen Heilandes, Wien:
<https://www.khgh.at>

Publikationen von Dr. Ellmauthaler: Bücher und (zum Teil kostenfreie) Artikel
siehe:

<http://medpsych.at/bibliografie-ell.pdf>

<http://medpsych.at/Buecher.pdf>

<http://medpsych.at/Rezensionen.pdf>

Kurzbiografie zu Dr. Ellmauthaler im Anschluss: S. 14.
Endnoten zu diesem Artikel: S. 15.

Volkmar Joseph Ellmauthaler

(*1957 in Wien–Gersthof)



studierte zunächst Klavier, Orgel, Chorleitung und Tonsatz am Konservatorium der Stadt Wien (heute MUK: Musik und Kunst Privatuniversität), u.a. bei Rüdiger Seitz und Kurt Schwertsik, Dirigieren bei GMD Reinhard Schwarz. Geprüfter Kirchenmusiker am Diözesankonservatorium zu Wien. In den Achtzigerjahren [Orchester – Solistenkonzerte](#). War mehrere Semester lang Studien-Demonstrator bei [Walter Krause](#) (Anatomie). – Studium der Philosophie u.a. bei [Sir Karl Popper](#) (Logik, Erkenntnistheorie). Dissertation bei [Erwin Ringel](#) (Medizinische Psychologie) in Wien; Ausbildung in Einzel- und Gruppen-Psychoanalyse, später Projekt-Zusammenarbeit mit [Raoul Schindler](#). Postgraduelle Zusatzausbildungen bei Ray Wyre, Marshia Sheinberg und Ruud Bullens in Sexualdeliktsprävention, andere Ausbildungen: Gruppendynamik, Gestalt-Theorie. Supervisor, später [Lehrsupervisor](#) nach Fortbildungen in Österreich und der Schweiz. Siehe [75 Nachweise](#) zur Expertise (Aus- und Fortbildungen, Diplome).

Er ist als Supervisor und psychologischer Berater mit den Schwerpunkten Psychosomatik / Medizinische Psychologie und Teamsupervision in freier Praxis in Wien tätig. Als Lehrsupervisor begleitet er KandidatInnen und bietet kollegiale Kontrollsupervision an.

Ein zentrales Thema ist die Sexualdeliktsprävention: [Täter-Opfer-Systeme](#) und deren Analyse. Um dies zu diskutieren, wird er zu interdisziplinären Vorlesungen eingeladen. Ziel ist die anschauliche Vermittlung von Grundlagen und Strategien, um kleinzellige Vernetzung möglicher Helferstrukturen vor Ort zu ermöglichen. – Für den Unterricht an Universitäten, Fachhochschulen existieren Lehrbehelfe in 2. und 3. Auflage bei [editionL](#). Ein weiteres Thema ist die psychosomatische [Arbeit mit KünstlerInnen](#). Privatgutachten. Wissenschaftliche Originalarbeiten. Jahrzehnte lange Erfahrung in der Lehre. Rezensionen. Weiters Würdigungen bedeutender Persönlichkeiten aus der wissenschaftlichen wie menschlichen Perspektive mehrmonatiger oder jahrelanger persönlicher Begegnung.

[Lehr- u. Kontrollsupervision](#), für [Ehrenamtliche gratis](#). 2015–16 in der [Flüchtlingshilfe](#). Bis 2019 Vorsitzender der dreiköpfigen Ethikkommission einer weltweiten Dachorganisation der Vertreter^(m/w/i) der naturistischen Lebensweise. Theoretische Grundlagenarbeiten u.a. auch dazu. – Werkverzeichnis siehe <http://medpsych.at/bibliografie-ell.pdf>

Web: <http://medpsych.at> – Bibliografie, Würdigungen, Rezensionen, Artikel auf [Anfrage](#).

Endnoten:

-
- ⁱ **Leopold Stockinger** (* 9.10.1919 † 31.3.2007) Dr. med., Professor der Histologie und Embryologie in Wien. Siehe auch: <http://medpsych.at/Lehrer-Stockinger.pdf>
- ⁱⁱ **Veröffentlichung** zu der vorläufigen Studie im Internet:
http://www.fu-berlin.de/presse/informationen/fup/2013/fup_13_247/
Prof. Dr. Stephan Sigrist, Institut für Biologie der Freien Universität Berlin, E-Mail: stephan.sigrist@fu-berlin.de
Univ.-Prof. Dr. Frank Madeo, Institut für Molekulare Biowissenschaften der Karl-Franzens-Universität Graz, E-Mail: frank.madeo@uni-graz.at
- ⁱⁱⁱ **Ellmauthaler, V.:** [Burnout-Prävention](#). Versuch über systemische Ursachen und deren Vermeidung durch Supervision, Coaching, weitere Maßnahmen.
- ^{iv} **Ellmauthaler, V.:** [Lachen-Weinen](#) in psychosomatischer Sicht. Versuch über ein angeborenes psychosomatisches Regulativ. – Wien: edition L 2. Auflage 2014. ISBN 978-3-902245-03-8. (195 S.)
Siehe auch: „Das ärztliche Gespräch“: <http://medpsych.at/Arzt-Pat-Gespr.pdf>