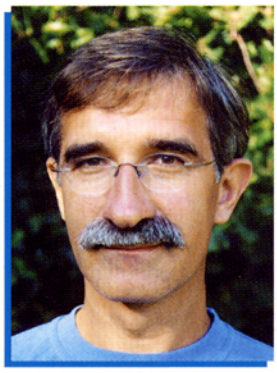
Prostatakarzinom

Psychoonkologische Betreuung: Was kann der Urologe leisten?

Zahlreiche psychoonkologische Interventionsstudien belegen die Wirksamkeit edukativer und verhaltensmedizinischer Interventionen bei Krebspatienten: Der Prozess der Krankheitsverarbeitung wird verbessert, belastende Affekte wie Angst, Verlassenheit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit oder depressive Verstimmungen werden reduziert. Auf diese Weise steigt die Lebensqualität der Patienten und ihre Compliance für die notwendige medizinische Behandlung verbessert sich. Um unter den Gegebenheiten einer urologischen Ordination oder in der Klinik psychoonkologische Erkenntnisse umsetzen zu können, ist es erforderlich, die emotionale Situation von Tumorpatienten und deren Bedürfnisse adäquat einzuschätzen.

Krebs macht Angst



S. Zettl, Heidelberg

Wenn ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung nach dem Ausmaß der Angst im Kontext unterschiedlicher Krankheitsbilder gefragt wird, löst die Diagnose „Krebs" in besonderer Weise Angst aus. Krebs wird verbunden mit Vorstellungen von Siechtum, Pflegebedürftigkeit, quälenden Schmerzen, unbehandelbarem Verlauf und einem qualvollen Tod. Dass bei vielen Krebspatienten heute eine deutliche Lebensverlängerung bei sehr guter Lebensqualität erreicht werden kann, erscheint häufig weder kognitiv noch emotional präsent. Wird ein Patient über den Verdacht oder den histologischen Nachweis eines Karzinoms aufgeklärt, werden die oben beschriebenen beängstigenden Assoziationen in individuell unterschiedlicher Heftigkeit aktualisiert. Oft fällt dies aber im unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten kaum auf, da dieser seine Gefühle häufig nicht offen zeigt oder darüber spricht.

Unbrauchbarkeit des Wissens

Jeder Mensch verfügt über ein mehr oder weniger umfangreiches Allgemeinwissen, aber über die eigene Krebserkrankung sind zunächst häufig allenfalls episodische Kenntnisse vorhanden. Fundierte Kenntnisse über deren Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und -alternativen sind meist nur rudimentär. Nicht-Wissen, das Fehlen einer „inneren Landkarte" bereitet jedoch Angst. Im Falle fehlenden Wissens werden dann häufig Phantasien mit in der Regel eher negativer Tönung aktualisiert. Ebenso können aber auch Patienten Ängste entwickeln, die über einen Zugang zum Internet verfügen und selbst auf die Suche nach Informationen gehen. Deren Problem ist häufig ein Zuviel an Wissen, das sie nicht adäquat einordnen, bewerten und für sich nutzen können. Im Grunde genommen liegt das gleiche Problem vor: Ob zuwenig oder zuviel Wissen – das jeweilige Wissen ist unbrauchbar.

Daraus ergibt sich als eine zentrale Aufgabe der psychoonkologischen Unterstützung von Patienten die Vermittlung von adäquat aufbereitetem und verständlichem Wissen über die Erkrankung und die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen. Da in einem ersten Aufklärungsgespräch aufgrund innerer Anspannung und Ängste der Patienten wesentliche Informationen nicht wahrgenommen oder verloren gehen können, ist mindestens ein weiteres nachfolgendes Gespräch in einem ausreichenden zeitlichen Abstand sowie die ergänzende Verwendung von schriftlichem Informationsmaterial sinnvoll.

Unbrauchbarkeit des Könnens

Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens nicht nur Wissen an, sondern erlernen auch zahlreiche Fähigkeiten. Diese „Alltagskompetenz" vermittelt u.a. ein grundlegendes Gefühl von Sicherheit und Beherrschung der Umwelt. Bei einer Krebserkrankung kann der Patient seine erlernten Fähigkeiten nicht anwenden, sie erscheinen in diesem Kontext unnütz. Von ihm werden Dinge erwartet, die er bis dahin vielleicht nie getan hat und er fühlt sich vor allem passiv der Behandlung überlassen. Die Frage: „Was kann ich selbst zu meiner Heilung beitragen?" ist von einer nicht zu unterschätzenden psychologischen Bedeutung. Ein gutes Beispiel für die positiven Auswirkungen von Handlungsmöglichkeiten ist die postoperative Schmerztherapie. Patienten, die sich über ein On-Demand-System selbst einen Bolus eines Analgetikums applizieren können, haben dadurch das Gefühl, dem Schmerz nicht passiv ausgeliefert zu sein, sondern etwas dagegen unternehmen zu können. Die veränderte subjektive Bewertung der Situation durch eigene Handlungsmöglichkeiten führt zu einer Steigerung der Schmerzwahrnehmungsschwelle und der Schmerztoleranz. Daher gehört zu einer psychoonkologischen Betreuung auch der Versuch, dem Patienten eigene Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Kontrollverlust

Dies führt unmittelbar zu einer dritten Quelle von Angst, dem Kontrollverlust. Das Bedürfnis nach Kontrolle ist ein Motiv, das Menschen ein Leben lang begleitet und in ihrem Erleben und Handeln bestimmt. Alle Situationen von Kontrollverlust („Mit mir geschieht etwas, das ich nicht unter Kontrolle habe!") sind von Angst und Unlust geprägt. Die Konfrontation mit einer Krebserkrankung stellt den Inbegriff eines Kontrollverlusts dar: Im Körperinneren wächst ein Tumor unkontrolliert und droht sich auszubreiten. Das Erleben eines Kontrollverlusts stellt einen zentralen Entstehungsfaktor von Angst dar.

Die Berücksichtigung des Bedürfnisses nach Kontrolle kann u.a. durch eine aktive Beteiligung des Betroffenen an den Therapieentscheidungen ("Shared Decision Making") realisiert werden. Dabei werden Diagnose, Behandlungsentscheidung und Therapie von Arzt und Patient gemeinsam durchgeführt. In empirischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Patienten, die sich im Sinne eines Shared Decision Making in ihre Behandlung einbezogen füh-

len, deutlich bessere subjektive Behandlungsergebnisse bezüglich ihrer Lebensqualität, ihrer Compliance und nicht zuletzt ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung ausweisen. Allerdings sind die individuellen Präferenzen der Patienten bezüglich ihrer verantwortlichen Mitentscheidung sehr unterschiedlich. Die Fähigkeiten der behandelnden Ärzte, die Entscheidungspräferenzen ihrer Patienten zutreffend einzuschätzen, gelten leider bisher umgekehrt ebenfalls als sehr heterogen.

Die subjektive Wirklichkeit

Der objektive Befund (z.B. die TNM-Klassifikation oder der Gleason-Score) entspricht nicht immer der subjektiven Befindlichkeit des Patienten. Aufmerksamkeitsprozesse verändern bereits die Informationen, die vom Arzt übermittelt werden. Der Patient versucht z.B., die bei einem Aufklärungsgespräch mitgeteilten Informationen aufzunehmen, wird dabei jedoch durch seine Ängste beeinträchtigt. Aus der „objektiven Realität" wird so eine möglicherweise veränderte „perzeptive Realität". Daneben werden die Informationen mit dem bereits bestehenden Vorwissen verglichen und bewertet.

Ein Beispiel: Ein 58-jähriger Patient mit einem niedrig malignen Prostatakarzinom und sehr guter Prognose wirkt trotzdem sehr geängstigt und berichtet über Schlafstörungen, Durchfälle, Herzrasen und Schweißausbrüche. Aufgrund der objektiven medizinischen Befunde ist diese Reaktion nicht nachvollziehbar und erscheint unangemessen. Die Quelle der Angst wird erst deutlich, als sich in einem Gespräch herausstellt, dass der Vater des Patienten im gleichen Alter an den Folgen eines Prostatakarzinoms verstorben war und aufgrund einer insuffizienten Schmerztherapie bei Knochenmetastasen schreckliche letzte Wochen verbringen musste. Der Patient verglich seine Situation mit der des Vaters und konnte sein eigenes Schicksal nicht von dem seines Vaters differenzieren.

Orientierungsaufgaben

Nach der Diagnosemitteilung und Einweisung in die Klinik muss der Patient eine Reihe von Orientierungsaufgaben bewältigen:

- örtlich – in einer fremden Institution mit eigenen Regeln
- sozial – mit vielen verschiedenen Kommunikations- und Interaktionspartnern
- kognitiv – in Bezug auf eine teilweise unverständliche medizinische Fachsprache und Behandlungslogik
- emotional – hinsichtlich der erfassten Konsequenzen der Erkrankung und deren Behandlung für die eigene Person

Häufig haben die Patienten dabei in den Krankenhäusern zudem mit verschiedenen Ärzten zu tun, die ihnen zum Teil unterschiedliche und individuell getönte Informationen vermitteln. Die Patienten stehen dann vor einer sie beunruhigenden und schwer zu bewertenden Meinungsvielfalt.

Identifizierung belasteter Patienten

Entscheidend für eine adäquate Bewältigung der vor ihm liegenden Aufgaben ist das jeweilige Risikoprofil, also das individuelle Verhältnis von Belastungen (z.B. bestehende Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Kontakte) und Ressourcen (z.B. stabile Partnerschaft). Dies entscheidet wesentlich über Erfolg oder Misserfolg des Bewältigungsverhaltens. Ein Teil der Betroffenen kommt mit den Herausforderungen der Krankheit aufgrund eigener Ressourcen zurecht, einem anderen Teil – etwa 20-25% – gelingt das jedoch nicht. Bisher werden von den als psychosozial hochbelastet einzustufenden Patienten auf onkologischen Stationen von den Behandlern nur etwa 30-50% in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptomatik zutreffend erkannt. Der routinemäßige Einsatz von Fragebögen (z.B. der Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D, der Patient Health Questionnaire PHQ-D oder der Hornheider Fragebogen) verbessert die Treffsicherheit der Diagnostik deutlich. Die Fragebögen können sowohl in der Klinik wie auch in der Praxis effizient und ohne großen Zeitaufwand eingesetzt werden.

Individuelle psychosoziale Risikofaktoren
Jüngeres Lebensalter
Traumatische Vorerfahrungen mit Erkrankungen (auch familiär)
Aktuelle Konflikte und Belastungen
Geringes Selbstwertgefühl
Sozialer Rückzug und/oder unzureichende soziale Unterstützung
Manifeste Depression, Angststörung oder Substanzabhängigkeit
Frühere psychische Erkrankungen
Regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka

Tab. 1

Empirisch gesicherte Risikofaktoren (Tab. 1) sind ein jüngeres Lebensalter, traumatische Vorerfahrungen mit Erkrankungen (auch familiär), aktuelle Konflikte und Belastungen, ein geringes Selbstwertgefühl, wenig Durchsetzungsvermögen, sozialer Rückzug und / oder unzureichende soziale Unterstützung, eine manifeste Angsterkrankung oder Depression, psychische Erkrankungen in der Anamnese sowie die regelmäßige

Einnahme von Psychopharmaka. Mehrere europäische Prävalenzstudien zeigen, dass jeder vierte (!) Behandlungssuchende in einer ärztlichen Praxis unter psychischen Störungen im Sinne der ICD-10 (Kap. V) leidet. Bei der Anamneseerhebung sollte auf diesen Aspekt besonders geachtet werden, da eine frühzeitige Identifizierung der Entwicklung von Anpassungsstörungen und anderer Symptome im Kontext der Krebserkrankung vorbeugen kann.

Individuelle Strategien zur Krankheitsbewältigung

Der onkologische Patient braucht mehr als eine qualifizierte medizinische Versorgung – er braucht auch eine individuelle Krankheitsbewältigungsstrategie. Unterstützung durch den behandelnden Urologen kann auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen; Beispiele sind (Tab. 2):

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung durch:
Anleitung zur Kommunikation
Empfehlung eines Entspannungsverfahrens
Hinweise auf patientenrelevante Literatur
Vermittlung in Selbsthilfegruppen
Bei Bedarf Überweisung zur Psychotherapie

Tab. 2

Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und Lebensqualität durch:
Tipps zur Ernährungsumstellung
Empfehlung von Sport
Bei Bedarf Verordnung von Psychopharmaka

Tab. 3

1. Anleitung zur Kommunikation: Die Patienten und ihre Angehörigen dazu ermutigen, möglichst offen miteinander zu sprechen, ihre Gefühle mitzuteilen und sich nicht nur wechselseitig zu schonen. Nur dann ist eine effektive wechselseitige Unterstützung möglich.
2. Empfehlung eines Entspannungsverfahrens, z.B. der progressiven Muskelrelaxation, dem autogenen Training oder vergleichbarer Methoden. Deren regelmäßige Anwendung verbessert die subjektive Befindlichkeit und reduziert krankheits- und therapiebedingte Stressphänomene.
3. Hinweise auf patientenrelevante und verständlich aufbereitete Literatur, z.B. durch Weitergabe einer Literaturliste im Rahmen der Ordination. Dazu gehört auch eine Liste zertifizierter Internetadressen, über die der Patient sich selbst über seine jeweilige Erkrankung informieren kann (z.B. www.krebs-kompass.de; www.krebswebweiser.de).
4. Vermittlung in Selbsthilfegruppen. Diese sind jedoch nicht für jeden Patienten hilfreich und sinnvoll: Während es ein Patient als hilfreich erlebt, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, stellen diese Gespräche für einen anderen eine zusätzliche Quelle von Belastungen dar. Die Aufklärung über in Wohnortnähe bestehende Selbsthilfegruppen und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme sollte aber auf jeden Fall erfolgen.
5. Bei Bedarf Überweisung zur Psychotherapie. Entwickelt der Patient Symptome einer Anpassungsstörung oder anderer psychischer Begleiterkrankungen, ist eine frühzeitige Überweisung an einen Psychotherapeuten sinnvoll.

Eine Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit kann durch eine Reihe weiterer Maßnahmen erreicht werden (Tab. 3):

1. Tipps zur Ernährungsumstellung: Die Umstellung der Ernährung wird von vielen Betroffenen als eine sinnvolle Möglichkeit angesehen, den Körper im Kampf gegen die Krebserkrankung zu unterstützen. Informationen dazu (z.B. durch Weitergabe entsprechender Broschüren oder Hinweise auf Bücher in der o.g. Literaturliste) werden von vielen Patienten dankbar angenommen. Dies verhindert gleichzeitig eine mögliche Fehlernährung durch die selbstständige Durchführung immer wieder angepriesener wirkungsloser und z.T. schädlicher „Krebsdiäten" (z.B. Rote-Beete-Diät).
2. Empfehlung von Sport: Krebspatienten sollten zur täglichen Ausübung von Sport ermutigt werden. Zahlreiche Studien belegen übereinstimmend eine deutliche Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit sowie positive Auswirkungen auf immunologische Parameter.
3. Bei Bedarf Verordnung von Psychopharmaka: Bei Patienten mit depressiven Symptomen oder deutlich ausgeprägter Angst ist die Gabe von Psychopharmaka zu erwägen. Die Verordnung sollte dabei durch den behandelnden Onkologen erfolgen, da eine Überweisung an einen Psychiater von den Betroffenen häufig als diskreditierend erlebt und nicht befolgt wird.

Durch diese Maßnahmen ist eine gezielte und effektive psychologische Unterstützung onkologischer Patienten möglich – trotz eines immer geringeren Zeitdeputats, das für jeden Patienten und dessen Angehörigen in Klinik und Praxis zur Verfügung steht.

◆

Literatur beim Verfasser.

Autor:
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl,
Medizinische Universitätsklinik
Heidelberg, Sektion Nephrologie,
Bergheimer Str. 56a,
D-69115 Heidelberg.
E-Mail:
stefan.zettl@med.uni-heidelberg.de

ur050314