

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Psychoonkologische Möglichkeiten
in der Urologie**

Linemayr G

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (Sonderheft

2) (Ausgabe für Österreich), 12-15

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



PSYCHOONKOLOGISCHE MÖGLICHKEITEN IN DER UROLOGIE

Statistisch gesehen erkrankt jeder dritte bis vierte Österreicher an Krebs. Wenn Sie bis jetzt noch keinen Krebs gehabt haben, stellen Sie sich bitte vor:

Sie liegen in einem Spitalszimmer, Sie haben ein weißes Hemd an, das vorne geschlossen ist und hinten mit einigen Bändchen zusammengebunden ist. An Ihrem Bett hängt eine kleine Tafel mit der Aufschrift „Nüchtern“; das bedeutet, daß Sie kein Frühstück bekommen, denn Sie werden heute operiert. Vor zwei Wochen waren Sie beim Urologen und jetzt liegen Sie hier und warten darauf, daß jemand kommt und Sie mit Ihrem Bett in den OP schiebt. Was geht Ihnen durch den Kopf? Wie fühlen Sie sich? Was brauchen Sie jetzt?

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen im Warteraum einer Ambulanz. Sie sind vielleicht vor ein bis zwei Jahren wegen Krebs operiert worden, bei der letzten Kontrolle war ein Befund nicht ganz in Ordnung, dann waren Sie bei der CT und jetzt werden Sie in der Ambulanz das Ergebnis der Untersuchung erfahren. Mit Ihnen warten eine Menge anderer Leute. Schräg gegenüber sitzt ein Mann, der sehr krank aussieht. „Dem sieht ja schon der Tod aus den Augen“, fällt Ihnen ein. Was geht Ihnen durch den Kopf? Wie fühlen Sie sich? Was würden Sie im Moment brauchen?

Ich unterstelle, daß die wenigsten von Ihnen gedacht haben: „Jetzt brauche ich eine große Operation oder eine aggressive Chemotherapie“. Wenn Sie Krebs haben, bietet Ihnen die Medizin Operationen, Chemotherapien, Hormontherapien oder Bestrahlungen an. Psychoonkologie ist die Antwort auf alles andere, alles was Sie gedacht, gefühlt oder an Bedürfnissen gehabt haben! Natürlich kann die Psychoonkologie nicht alle Ihre Probleme lösen und alle Ihre Bedürfnisse befriedigen, aber Psychoonkologie nimmt Sie als Person mit Ihren Sorgen und Bedürf-

nissen wahr und bemüht sich, Sie in Ihrer Situation als Krebsbetroffener zu unterstützen!

Ein deutscher Psychoonkologe hat vor vielen Jahren gesagt: „Die Diagnose Krebs bedeutet den Sturz aus der normalen Wirklichkeit“. Dieser Sturz aus der normalen Wirklichkeit wirft eine Fülle von psychosozialen Fragen und Problemen auf, die Sie vorher nicht hatten! Anders ausgedrückt kann man sagen, daß sich Psychoonkologie der psychosozialen Dimension der Krebserkrankung annimmt.

Psychoonkologie will also angemessene Unterstützung in dieser existentiell bedrohlichen Situation vermitteln. Angemessene Unterstützung beginnt als erstes damit, wie wir Ärzte mit den Patienten umgehen, wenn sie Krebs haben. Psychoonkologie bedeutet Hilfestellung, mit der Diagnose und den damit verbundenen Behandlungen fertig zu werden. Psychoonkologie beschäftigt sich aber auch mit den Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele, das heißt, Psychoonkologie untersucht, welche seelischen Faktoren zum Krankwerden, insbesondere aber zum Gesundwerden beitragen. Wir wissen heute, daß die Art, wie Patienten mit ihrer Erkrankung umgehen, ganz wesentlich zur Lebensqualität beiträgt, möglicherweise aber auch die Prognose mitbeeinflusst. Hier kann Psychotherapie hilfreich sein – beim Umgehen mit der Erkrankung, beim Verarbeiten der Erkrankung.

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, daß Psychoonkologie ein integrierender und unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsangebotes bei Krebs sein muß!

Die Urologie war bislang eher ein Stiefkind der Psychoonkologie, oder vielleicht ist es richtiger zu sagen, daß die Psychoonkologie ein Stiefkind der Urologie war. In der neuesten Auflage des „Uexküll“, des größten und renommiertesten Stan-

dardwerkes der Psychosomatik mit 1.500 Seiten, ist dem Thema „Psychoonkologische Aspekte bei bösartigen Tumoren des Urogenitaltraktes“ gerade eine Viertelseite gewidmet. Zwei Untersuchungen werden zitiert: Roth und Scher [1] finden bei bösartigen Tumoren des Urogenitaltraktes eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität, sowohl durch die Tumorerkrankung, als auch durch die oft invasive Therapie. Es finden sich Schmerzen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, vor allen die Beeinträchtigung der Sexualität, Störungen der Blasen- und Darmfunktion sowie seelische Belastungen bei Harnableitung durch Stoma (Tab. 1). Die Autoren finden ausreichende und deutliche Hinweise dafür, daß durch psychologische Betreuung die Beschwerden und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert wird, während bei Patienten ohne psychotherapeutische Begleitung ausgeprägtes Leiden, Hoffnungslosigkeit und suizidale Ideen häufiger sind (Tab. 2).

Spengler [2] untersuchte 32 Männer nach radikaler Prostatektomie wegen Prostatakarzinoms und fand bei 16 % Suizidgedanken, 22 % wirkten deutlich psychisch belastet und 6 Patienten bedurften einer psychiatrischen Behandlung (Tab. 3). Es fanden sich Vermeidungsreaktionen (Nichtantsehen, Nichtberühren, Unterdrückung erotischer Zärtlichkeiten), Libidomangel, aversive Reaktionen (ängstliche Selbstbeobachtung, Ekel) und die typischen sexuellen Funktionsstörungen (Verlust von Erektion, Verlust von Orgasmuserleben und Störung des Ejakulationsablaufes).

Das alles ist Ihnen sicherlich besser bekannt als mir. Aber was sollen wir aus psychoonkologischer Sicht tun? Ich habe vorher gesagt, daß Psychotherapie hilfreich sein kann, aber es ist sicher nicht möglich und auch nicht notwendig, alle Patienten zum Psychotherapeuten zu schicken. Einerseits zeigt nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen die Bereitschaft, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, andererseits wollen die

Tabelle 1: Beeinträchtigungen bei urogenitalen Tumoren (nach [1])

- Deutlich eingeschränkte Lebensqualität: durch Tumor; durch Therapie
- Schmerzen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit
- Beeinträchtigung der Sexualität
- Störungen der Blasen- und Darmfunktion
- Beeinträchtigung durch Stoma

Tabelle 2: Verbesserung durch psychologische Betreuung (nach [1])

Psychologische Betreuung

Beschwerden ↓
Lebensqualität ↑

Keine psychologische Betreuung

Psychiatrische Erscheinungsbilder ↑
Leidensintensität ↑
Hoffnungslosigkeit ↑
Suizidale Ideen ↑

Tabelle 3: Patienten nach radikaler Prostatektomie (nach [2])

32 Männer nach radikaler Prostatektomie wegen PCa

- 16 % Suizidgedanken
- 22 % deutlich psychisch belastet
- 6 Patienten bedurften psychiatrischer Behandlung

Reaktionen der Patienten

- Vermeidungsreaktionen (nicht ansehen, nicht berühren, Unterdrückung erotischer Zärtlichkeiten)
- Libidomangel
- Aversive Reaktionen (ängstliche Selbstbeobachtung, Ekel)
- Sexuelle Funktionsstörungen (Erektion, Orgasmus, Ejakulationsablauf)

Patienten für ihre Sorgen und Probleme uns Ärzte als Ansprechpartner haben.

Heute haben immer mehr onkologische Abteilungen eine Psychologin oder einen Psychotherapeuten. So sehr dies grundsätzlich begrüßens-

wert ist, birgt es auch eine Gefahr in sich, nämlich die, daß wir Ärzte uns bequem auf den rein somatischen Bereich beschränken und den psychosozialen Bereich den Psychologen überlassen. Damit wird die Spaltung zwischen Körper und Seele, die wir ja eigentlich überwinden sollten, erst recht fixiert. Wir müssen uns also selbst der Aufgabe unterziehen, den Patienten angemessene Unterstützung zu vermitteln. Dazu ist es sicher nicht nötig, daß wir alle Psychotherapeuten werden. Es erscheint mir aber wesentlich, daß wir uns um drei Bereiche kümmern, die eng miteinander verbunden sind:

1. Information,
2. Umgang mit der Angst und
3. das Aneignen einer kommunikativen Kompetenz.

1. INFORMATION

Patienten im allgemeinen und Krebspatienten im besonderen brauchen soviel Information wie möglich. Vor 20 Jahren wurden noch Diskussionen geführt, ob Krebspatienten wahrheitsgemäß aufgeklärt werden sollen, diese Diskussion hat sich längst erledigt. In einer neueren Studie mit einer großen Anzahl von Krebspatienten hat Jenkins (Tab. 4) das Informationsbedürfnis von Krebspatienten untersucht [3]. Er fand heraus, daß 87 % soviel Information wie möglich wollten, gleichgültig, ob die Mitteilungen positiv oder negativ waren. 98 % wollten exakt wissen, ob die Diagnose gutartig oder bösartig war. Nur 13 % der Patienten – überwiegend alte und sehr alte Patienten – wollten die Entscheidung über die Information dem Arzt überlassen.

Es gilt heute als gesichert, daß umfassende Information die Angst reduziert. Dies zeigt auch eine Studie von Lesley Fallowfield [4], derzeit sicher die führende Expertin auf dem Gebiet der Kommunikation in der

Psychoonkologie (Tab. 5). Sie untersuchte eine Gruppe mit inoperablen Tumoren, also mit besonders schlechter Prognose, und stellte fest, daß jene, denen die Wahrheit nicht mitgeteilt worden war, mehr Ängste, mehr Depressionen und einen höheren Medikamentenverbrauch aufwiesen. Heute gilt als allgemein anerkannt, daß die Information einer der wichtigsten Faktoren zur Angstreduktion ist.

2. UMGANG MIT DER ANGST

Bei der Diagnose Krebs ist Angst immer gegenwärtig, egal, ob dies den Patienten und uns bewußt ist. Die Patienten fürchten sich vor der Erkrankung und ihren Folgen, sie fürchten sich aber auch vor der Diagnostik und der Therapie. Sie fürchten sich vor Schmerzen, Hilflosigkeit, sozialen Konsequenzen, Verstümmelung, Leiden und Sterben. Aber auch wir Ärzte haben – meist uneingestanden – Angst. Wir fürchten uns vor unserer Hilflosigkeit, wenn wir keine kurative Therapie mehr anbieten können. Wir fürchten uns, mit den Patienten zu reden, denn wir haben Angst, mit den emotionalen Reaktionen der Patienten nicht angemessen umgehen zu können. Die Angst der Patienten vor dem Sterben erinnert uns an unsere eigene Endlichkeit und somit an unsere eigenen Ängste vor Krankheit und Tod. Wir haben ein ganzes Arsenal von Strategien, um die Ängste der Patienten, aber auch unsere eigenen Ängste abzuwehren (Tab. 6).

Die einfachste Strategie ist die Verleugnung, d. h. daß wir die Ängste einfach nicht wahrhaben. Eine elegante Strategie, die besonders gut funktioniert, wenn wir in der Hierarchie etwas höher aufgestiegen sind, ist Delegation. Es kommt noch immer vor, daß der Chef und die Oberärzte nicht mehr ins Zimmer gehen,

wenn die Patienten moribund werden und den Jungen sagen: „Machen Sie das!“

Zynismus und aggressive Distanzierung kommen aus unserer Gegenübertragung. Wir sind den Patienten böse, daß sie uns in diese mißliche Situation gebracht haben, wir sind ihnen auch böse, daß sie auf unsere wunderbaren Therapien nicht angesprochen haben, mit diesem Bösesein können wir die Angst überdecken.

Ebenfalls eine beliebte Strategie ist die Pathologisierung: Der Patient fürchtet sich und weint, das kann nicht normal sein, holen wir den Neurologen oder Psychotherapeuten! Besonders beliebt sind therapeutischer Aktivismus und Polypragmatismus. Statt uns der Angst und dem Gespräch darüber zu stellen, werden wir diagnostisch und therapeutisch ungeheuer aktiv. So trägt die Angstabwehr auch zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei. Eine weitere und manchmal fast makabere Strategie ist die Problemverschiebung, z. B. wenn ich bei einem Sterbenden ein Wimmerl finde und noch einen Dermatologen hole, und dieser braucht natürlich ein Hautstanz, um die Diagnose zu stellen. Die wichtigste und häufigste Angstabwehr ist der emotionale Rückzug, wir ziehen uns zurück und bauen eine Mauer der Unerreichbarkeit vor uns auf.

Sinnvoller als die Angst abzuwehren ist, sich der Angst zu stellen. Dies fällt uns oft nicht leicht, wir haben es nicht gelernt und wir brauchen dazu eine spezielle kommunikative Kompetenz.

3. KOMMUNIKATIVE KOMPETENZ

Kommunikative Kompetenz bedeutet einerseits eine Haltung und beinhaltet andererseits eine Fertigkeit (Tab. 7). Mit Haltung meine ich, daß wir in erster Linie nicht die Krankheit, son-

dern den Menschen in seiner Ganzheit, in seiner psycho-somato-sozialen Individualität sehen. Diese Sichtweise bringt mit sich, daß auch ich als Arzt mich in meinem körperlichen, seelischen und sozialen Sein wahrnehme. Maximilian Gottschlich, Professor für Publizistik und Kommunikationswissenschaften an der Universität Wien, meint das gleiche, wenn er Kommunikation als die personale Beziehung von Subjekt zu Subjekt definiert [5].

Daraus folgt, daß ich mich als Kommunikator in erster Linie der *conditio humana* stellen muß, und die *conditio humana* beinhaltet zunächst einmal Leben und Sterben. Wenn ich also über die existentielle Bedrohung, die die Krebserkrankung mit sich bringt, befriedigend mit dem Patienten reden will, muß ich mich mit der Endlichkeit des Lebens auseinandergesetzt haben, insbesondere meine eigene Sterblichkeit wahrgenommen haben! Ebenso wie ich mich dem Sterben stellen muß, muß ich mich auch dem Leben stellen! Das Leben in seiner Fülle und Ganzheit ist mehr als der Fitness-, Wellness-, Happiness- und Konsumtrip unserer heutigen Zeit. Das Leben beinhaltet eben auch Niedergang, Verlust und Zerstörung, Schmerz und Leid. Erst wenn ich mich dem Leben in dieser Ganzheit stelle, habe ich den nötigen Ernst für schwierige Gespräche und dann habe ich auch eine Ausstrahlung, die dem Gegenüber vermittelt, daß auch das Sterben und die damit verbundenen Gefühle ausgehalten werden können: Dann können wir uns gemeinsam diesen Gefühlen stellen, und das – nur das! – fördert Nähe, Verständnis, Akzeptanz und Trost. Diese Haltung schafft wahre Empathie und damit die Voraussetzung, über schwierige Situationen zu sprechen (Tab. 8). Das Reden braucht dann nicht immer viele Worte. Die Frage nach den richtigen Worten stellt sich dann gar nicht mehr so, vielmehr kommen die Worte authentisch von selbst, respektive aus dem Selbst. Manchmal werden

Tabelle 4: Informationsbedürfnis von Krebspatienten (nach [3])

- 2203 Patienten
- 87 % wollten soviel Information wie möglich, egal, ob „gut“ oder „schlecht“
- 98 % wollten exakt wissen, ob gutartig oder bösartig
- 13 % wollten die Entscheidung über Informationsweitergabe dem Arzt überlassen (überwiegend Patienten über 70 Jahre)

Tabelle 5: Information wirkt angst-reduzierend (nach [4])

- 101 Patienten mit inoperablen Tumoren
- mehr Ängste, mehr Depressionen, höherer Medikamentenverbrauch bei jenen, denen die Wahrheit nicht mitgeteilt wurde

Tabelle 6: Angstabwehr auf Therapeutenseite

- Verleugnung
- Delegation
- Zynismus
- Aggressive Distanzierung
- Pathologisierung
- Therapeutischer Aktivismus
- Polypragmatismus
- Problemverschiebung
- Emotionaler Rückzug

Tabelle 7: Kommunikative Kompetenz

Haltung

→ Entwicklung (Selbsterfahrung, Supervision, Therapie)

Fertigkeit

→ Kommunikationstraining

Tabelle 8: Kernvariablen der Gesprächsführung

Um eine befriedigende Kommunikationsbasis herstellen zu können, sollten Ärzte folgende, von Carl Rogers formulierte 3 Kernvariablen der Gesprächsführung berücksichtigen:

- Empathie
- Wertschätzung und Akzeptanz
- Echtheit

die Worte auch überflüssig und ein gemeinsames Schweigen ist dann das Angebrachte.

Kommunikative Kompetenz bedeutet aber auch eine Fertigkeit. Die wichtigsten Kommunikationstechniken heißen Zuhören und Wahrnehmen! Wenn wir die Sache technisch betrachten, fließt die Kommunikation (die verbale wie die non-verbale) vom Sender zum Empfänger. Wir sind ständig gleichzeitig Sender und Empfänger. Der kommunikative Inhalt (der kognitive und der emotionale) kommt beim Empfänger nicht nur an, sondern verändert diesen auch unausweichlich. Der Empfänger sendet sich nun selbst und die durch die soeben empfangene Kommunikation gesetzte Veränderung zurück. Dies passiert in einem ständigen Wechselspiel. Die kommunikative Kompetenz besteht nun insbesondere darin, durch Zuhören und Wahrnehmen mein Gegenüber zu verstehen und die Veränderungen zu registrieren, die meine Kommunikation bewirkt hat. So kann ich laufend meine Kommunikation angemessen modulieren. Das klingt vielleicht technisch und abstrakt, doch es wird daraus verständlich, warum es in diesem Bereich keine Rezepte geben kann, weil angemessene Kommunikation eben aus der Wahrnehmung



Dr. Günther Linemayr

Geboren 1952 in Wien, Medizinstudium in Wien, Ausbildung zum Facharzt f. Innere Medizin mit Sonderfach Onkologie an der 3. Med. Abteilung am Hanusch-KH Wien. Niedergelassener Internist mit Schwerpunkt Onkologie. Psychotherapeut und Supervisor. Vizepräsident der österr. Gesellschaft f. Psychoonkologie. Seit Jahren in der Psychoonkologischen Fortbildung tätig

Korrespondenzadresse:

Dr. Günther Linemayr
A-1110 Wien, Neugebäudestraße 4
E-mail: g.linemayr@oegpo.at

dieses Wechselspiels *im Moment entsteht* und nicht nach Rezept vorgefertigt werden kann.

Die Haltung, die ich vorher beschrieben habe, fällt uns nicht in den Schoß, sie entsteht durch persönliche Entwicklung, hier können Selbsterfahrung, Supervision oder Psychotherapie hilfreich sein. Eine Fertigkeit können wir üben, dafür bieten sich Kommunikationstrainings an. Lesley Fallowfield hat dazu eine sehr umfangreiche und exakte Studie durchgeführt [6], in der sie Onkologen einem videounterstützten Kommunikationstraining unterzogen hat. Sie konnte zeigen, daß gegenüber einer Kontrollgruppe die Zufriedenheit mit der Kommunikation sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten statistisch signifikant verbessert wurde.

Anmerkung: Videounterstützte Kommunikationstrainings werden von der ÖGPO angeboten: Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, 1180 Wien, Haizingergasse 6, Tel: 02235/47230; Mail: oegpo@oegpo.at, Web: www.oegpo.at

Literatur:

1. Roth AJ, Scher HI. Genitourinary malignancies. In: Holland JC (ed). Psychooncology. Oxford University Press, New York-Oxford 1998; 349-58.
2. Sprengler A. Psychische und sexuelle Störungen nach Genitaloperationen in der Urologie. Wien Med Wschr 1988; 138; 81.
3. Jenkins V et al. Information needs with cancer. Br J Cancer 2001; 848-51.
4. Fallowfield L. Truth sometimes hurts but deceit hurts more. Ann NY Acad Sci 1997; 809: 525-36.
5. Gottschlich M. Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Springer, 1998.
6. Fallowfield L. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. Lancet 2002; 359: 650-6.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)