

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Diagnose Prostatakarzinom: Ja -

Therapie: Nein?

Gathmann P, Hoffmann E

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft

1) (Ausgabe für Österreich), 7-8

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

Diagnose Prostatakarzinom: Ja – Therapie: Nein?

P. Gathmann, E. Hoffmann

■ Zusammenfassung

Sowohl in Literatur [exemplarisch an Stelle anderer ähnlicher Publikationen: Spengler A. Psychische und sexuelle Störungen nach Genitaloperationen in der Urologie. Wien Med Wschr 1988; 138: 81], wie in der urologischen Praxis sind die Schwierigkeiten im Management des Prostatakarzinom-Patienten bekannt. Die Diagnosemitteilung und die weitere prä- und postoperative Begleitung bedürfen einiger „Psychobasics“-Kompetenzen im Management des Patienten. Die dabei auftretenden interaktionellen Blockaden betreffen Patient und Arzt. In einem kurzseminaristischen Setting werden die häufigsten Abwehrreaktionen und Fehler in der Arzt-Patienten-Beziehung beleuchtet und alternative Verhaltensweisen genannt.

■ Theoretische Vorbemerkung

Jede medizinische Diagnose setzt einen psychodynamischen Prozess in Gang. Das trifft in besonderer Weise auch für die Diagnose „Prostata-Karzinom“ zu. Dieser Prozess findet auf unterschiedlichen Bewusstseinssebenen gleichzeitig statt. Auf der bewussten/real-sachlichen Ebene geht es um objektive Faktoren wie Krebsstadium, Prognose oder bleibende Folgen der Behandlung im Falle eines chirurgischen Eingriffes u.ä.m. Auf der subjektiv-irrationalen/vorbewussten und unbewussten Ebene hingegen werden Fantasien für die subjektive Bedeutung der Diagnose entwickelt. Abhängig von der Persönlichkeit und Lebensgeschichte eines Menschen wird diese subjektive Bedeutung variieren.

Die Mitteilung einer potentiell zum Tode führenden Erkrankung führt also in der Regel zu einer emotionalen Destabilisierung des Patienten, mit der der Arzt, mangels eines spezifischen Trainings im Umgang damit, nicht adäquat umgehen kann. So wird der Patient bei aller sachlichen Information und oft von

dieser ausgehend irrationale Phantasien entwickeln. Denn von den meisten Patienten wird die Diagnose „Krebs“ fast reflexartig mit „Todesurteil“ gleichgesetzt.

Dementsprechend häufig sind Angstreaktionen, die in schweren Fällen sogar panikartiges Ausmaß annehmen können. Aus verständlichen Gründen werden durch die Angst psychische Abwehrmechanismen aktiviert, deren gesunde Aufgabe darin besteht, eine nicht bewältigbare Bedrohung vom Bewusstsein fernzuhalten. Häufig kann es zumindest vorübergehend zu einer Krankheitsverleugnung kommen, welche die Behandlungssituation kompliziert. Ein Versagen der Abwehrmechanismen hingegen kann zu Depressionen und Angstzuständen führen, die sich ebenfalls negativ auf die Behandlung auswirken.

Die Bedeutung, die der Krankheit zugeschrieben wird, kann auch eine Trotzreaktion (als Folge der narzisstischen

Kränkung) hervorrufen, die mitunter sogar die Todesangst überlagert. In diesem Fall heißt die Formel des Patienten „Lieber tot als kastriert“, eine Reaktion, die zumindest vorübergehend die Compliance des Patienten verringert.

Bald folgen, besonders bei Patienten mit regelmäßigen urologischen Kontrollen, Schuldzuweisungen an den Arzt und die Frage: „Wieso ich?“ Auch hier wird der Arzt, mangels medizinisch-psychologischen Trainings im Umgang mit dieser Situation, bald in die „Hilflosigkeitsecke“ gedrängt.

Je nachdem wie der Arzt auf das Muster des Patienten reagiert, ob er sich verstricken lässt oder empathisch, verstehend „draußen“ bleibt, wird sich seine Haltung auf den Behandlungsverlauf positiv oder negativ auswirken. In jedem Fall ist es wichtig, die subjektive Bedeutung der Krankheitsdiagnose für den Patienten zu akzeptieren und ernst zu nehmen, auch wenn es sich dabei aus

Mag. Erna Hoffmann-Widowitz

Psychotherapeutin, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin. Mitarbeit an der Psychosomatischen Ambulanz der II. Med. Univ. Klinik (Forschungstätigkeit im Bereich Psychosomatik in der inneren Medizin) und der urologischen Ambulanz an der Wiener Poliklinik (Projekte: Weibliche Inkontinenz, Erektile Dysfunktion). Langjähr. Lehr- und Trainertätigkeit bei ÖÄK-Diplomen für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin.



Univ. Prof. Dr. P. Gathmann

Ab 1977 oberärztl. Leiter d. Psychosomatischen Abteilung d. Psychiatr. Univ.-Klinik Wien. Habilitation ebendort (Pathologie d. Psychosomatischen Reaktionsmusters: Diagnose, Klinik, Therapie. Springer, 1990). Frühzeitiges Interesse an psychosomatischer urogynäkolog. Problematik (Gath. P; Bio med, 1/1, 1976 Impotentia Coeundi; Bio med 1/2 u.2/2, Frigidität d. Frau. Genese, Symptomatik, Therapie). Starker Zulauf an urol.-psychosomat. Patienten bis zur näheren Zusammenarbeit mit d. Urolog. Ambulanz d. Wr. Poliklinik (Prof. P. Schramek, P. Porpacz). 1987 bis heute Gründung und Leitung der ÖÄK-Diplom-Lehrgänge in Psychosozialer (Psy1) und Psychosomatischer Medizin (Psy 2) (www.psychosomatic.at).

Es besteht zwischen Hoffmann & Gathmann eine intensive psychosomatisch-psychotherapeutische, klinische Zusammenarbeit (1990 bis heute). Auf Anfrage senden wir gerne zu:

1. Gathmann P, Hoffmann-Widowitz E, Schramek P, Porpacz P, Linzmayer L. Interdisciplinary Discrimination between Psychogenic and Organic Erectile Dysfunction, 1996.
2. Gathmann P, Hoffmann-Widowitz E. Psychosomatik in der Urologie. J Urol Urogynäkol 1995; 2 (Sonderheft 1): 12–5.

der Sicht des Arztes oft um irrationale Vorstellungen handelt. Sobald sich der Patient in seinen Emotionen und Widerständen ernst genommen fühlt, wird seine Bereitschaft zur Zusammenarbeit ganz von alleine zunehmen. Soweit der theoretisch-praktische Ausgang der Seminarleiter.

■ Setting und Seminar-Durchführung

Mit 2 Schwierigkeiten mussten wir umgehen: Die Größe der Gruppen (30 Teilnehmer) und die Zeitvorgabe (60 Minuten). Nach einer sehr kurzen (5 Min) Powerpoint- und Handout-unterstützten theoretischen Einführung verteilten sich die Teilnehmer in Dreiergruppen. Nach dem Zufallsprinzip wurden 3 Rollen zugeteilt:

1. PCa-Patient,
2. Arzt und
3. ein Beobachter. Letzterer sollte dann im Plenum berichten, wie die gestellte Aufgabe „Mitteilung der Diagnose durch Arzt und Reaktionen des Patienten“ verlaufen ist.

Reaktionen seitens der Teilnehmer unter Mitberücksichtigung des Transskriptes, des Tonbandmitschnittes und gemäß der 3 obigen Rollen (Arzt/Patient/Beobachter):

1. In der Arztrolle die am meisten erwarteten: „Machen wir eh jeden Tag“ „Was ist schon nach den zwei Minuten der Diagnosemitteilung zu sagen?!“
2. In der Beobachterrolle die am meisten nahegehenden: „War erschüttert über die nichtssagenden Sprach-

schablonen des Diagnose mitteilenden Arztes. Werde sie ab jetzt nicht mehr verwenden.“

3. In der Rolle des Patienten die erfreulichsten (gleichzeitig geheimes Kernlehrziel unseres Seminars): „War sehr berührt, das Ganze einmal von der Seite des Betroffenen zu erleben.“. Eine besondere Reaktion war, als ein „Patient“ sich sagen hörte: „Werde ich jetzt impotent? Wird eine operative Kastration erfolgen müssen?“ Und, last not least: „Muss ich jetzt sterben?“

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Peter Gathmann
A-1180 Wien, Leschetitzkygasse 50
E-Mail: pg18@aon.at*

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](#)