

➤ Psychosomatische Aspekte in der gynäkologischen Onkologie

K. Härtl

Psychoonkologie. Das Fachgebiet der Psychoonkologie hat sich aus der Psychosomatischen Medizin, Psychologie und Onkologie heraus entwickelt. In Deutschland existiert es seit etwa 20 Jahren.

Psychoonkologische Ätiologieforschung. Untersucht wird die Bedeutung von psychosozialen Risikofaktoren für die Karzinogenese. Zusammenfassend liefert das Konzept der Krebspersönlichkeit uneinheitliche und widersprüchliche Befunde und gilt empirisch als überholt. Studien zu »life events« bei Krebspatientinnen sind meist retrospektiv und zeigen allenfalls korrelative, keine kausalen Zusammenhänge.

Lebensqualität. Lebensqualität ist die subjektive Einschätzung der gegenwärtigen körperlichen, sozialen, emotionalen und funktionalen Anpassung an die Erkrankung.

- Studienlage zur Lebensqualität bei Mammakarzinom: — Einige Studien konnten deutliche Beeinträchtigungen der Langzeitlebensqualität zeigen, andere Untersuchungen konnten dies nicht bestätigen — Heterogene Ergebnisse auch aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen von Lebensqualität — Patientinnen

mit brusterhaltender Operation und Mastektomie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer globalen Langzeitlebensqualität nicht, Patientinnen mit Mastektomie sind aber in ihrem Körpererleben stärker beeinträchtigt

— Jüngere Patientinnen sind in ihrer Lebensqualität stärker beeinträchtigt

- Studienlage zur Lebensqualität bei Genitalkarzinom: — Deutlich weniger Studien, insbesondere zur Langzeitlebensqualität; prospektive Studien fehlen — Genitalkarzinom: Die zum Zeitpunkt der Diagnose und Therapie beeinträchtigte Lebensqualität bessert sich wieder — Zervixkarzinom: Lebensqualität verbessert sich im Verlauf, ist aber 2 Jahre nach der Diagnose noch stärker beeinträchtigt als die Lebensqualität Gesunder — Zervix- und Endometriumkarzinom: 5–20 Jahre nach Diagnose und Therapie kein Unterschied zur Lebensqualität Gesunder, Patientinnen mit Zervixkarzinom berichteten jedoch über stärkere Angst und Stimmungsbeeinträchtigung

Klinik und Diagnostik

Krebspatienten mit psychischen Störungen benötigen psychotherapeutische Unterstützung. Aber auch durch leichtere psychosomatische Beeinträchtigun-

gen kann psychoonkologische Behandlung indiziert sein, wenn sich Patienten stark belastet oder überfordert fühlen.

Psychosomatische Diagnosen

■ Tab. 29.1

Leichtere psychosomatische Beeinträchtigungen

■ Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren und ihre Angehörigen sind in verschiedenen Bereichen belastet:

— Patientinnen mit Mamma- oder Genitalkarzinom → Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf (Schmerzen, Schlafstörungen, Fatigue, Übelkeit), Alltag und Beruf (Leistungseinbußen), Angst (vor Operation, Schmerzen, Rezidiv, Tod), soziale Belastungen (Partnerschaftskonflikte, soziale Schwierigkeiten), Körpererleben und Sexualität (Körperbildveränderungen, Selbstakzeptanzprobleme) — Angehörige → Angst um die erkrankte

Tab. 29.1. Symptomatik auf einen Blick: Häufige ICD-10-Diagnosen psychischer Störungen bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren

Diagnose	ICD-10	Klinik	Prävalenzstudien in der Onkologie
Akute Belastungsreaktion	F43.0	<ul style="list-style-type: none"> – Symptome von Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung – Symptome klingen binnen 3 Tagen ab 	<ul style="list-style-type: none"> – 25–45% der Krebspatientinnen leiden unter klinisch relevanten Belastungen
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	<ul style="list-style-type: none"> – Alpträume, Flashbacks, Betäubtsein, Vermeidung, Schlafstörung 	<ul style="list-style-type: none"> – Lebenszeitprävalenzzahlen bei Mammakarzinom variieren zwischen 3% und 22% – Studienmangel bei genitalen Tumoren
Anpassungsstörung	F43.2	<ul style="list-style-type: none"> – Depressive Stimmung, Angst, Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit – Eingeschränkte Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf 	<ul style="list-style-type: none"> – Prävalenzstudie bei Krebspatientinnen: 30% hatten Anpassungsstörung
Somatoforme Schmerzstörung	F45.4	<ul style="list-style-type: none"> – Permanente, quälende Schmerzen, die durch Karzinomerkrankung und Therapie nicht vollständig zu erklären sind 	<ul style="list-style-type: none"> – Prävalenzstudien fehlen
Nichtorganische sexuelle Funktionsstörung	F52	<ul style="list-style-type: none"> – Mangel an sexuellem Verlangen – Orgasmusstörung, nicht organischer Vaginismus, nicht organische Dyspareunie 	<ul style="list-style-type: none"> – Häufige Störungen bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren – Größeren Prävalenzstudien fehlen

Partnerin, Pflege, Sterbebegleitung, Rollenveränderungen (hin zu einseitig fürsorglicher Beziehung), Kommunikation (Aggression, Schuldgefühle), Sexualität (Unsicherheit, Ängste)

- Screening-Verfahren: — Belastungsthermometer von Holland — Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Therapeutisches Vorgehen

Psychoonkologische Behandlungsansätze

Aufgabe des Therapeuten ist das aktive, emotionale Zuhören und die Fokussierung der Gespräche auf die emotionale Ebene. Viel Gesprächsraum soll den mit der Krebserkrankung verbundenen Gefühlen von Angst, Unsicherheit, Trauer, Hoffnungslosigkeit gegeben werden.

- Empfohlene psychoonkologische Behandlungsansätze: — Verhaltenstherapie — Psychoanalytische Ansätze — Paar- und Familientherapie — Visualisierung und Entspannungsverfahren — Gruppentherapie — Selbsthilfegruppen
- Ziele psychoonkologischer Behandlung — Krisenintervention bei Diagnosestellung, Rezidiv und Befundverschlechterung — Emotionale Unterstützung (»holding«), Vermittlung von Sicherheit und Zuverlässigkeit — Reduktion psychosozialer Belastungen durch Operation und Therapie — Reduktion von Angst, depressiven Symptomen und psychosomatischen Symptomen wie Fatigue, Schlafstörungen — Stärkung der Kommunikationsfähigkeit, der sozialen Kompetenz und der sozialen Kontakte — Erfassen und gezieltes Aktivieren der persönlichen und sozialen Ressourcen — Aufbau von adäquatem Coping, Vermittlung

von Stressbewältigungstechniken — Unterstützung im Prozess der Identitätsänderung, Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Hilfe bei der Neuorientierung im Leben — Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen — Sterbebegleitung der Patientin

Medikamentöse Therapie

- Indikationen: — Starke depressive Stimmungen und massive Ängste bei Diagnose, adjuvanter Therapie, Rezidiv oder in der Terminalphase — In der Psychoonkologie erfolgt die medikamentöse Behandlung allenfalls begleitend zur Psychotherapie
- Substanzwahl: — Leitlinien für die Pharmakotherapie von Depressionen und Angsterkrankungen bei Tumorpatienten fehlen aufgrund zu geringer kontrollierter Studien

⚠ Zu bedenken sind mögliche Wechselwirkungen zwischen Psychopharmaka und Standardtumortherapien.

- Empfohlene Substanzen bei Depression: — Trizyklische Antidepressiva — Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
- Empfohlene Substanzen bei Angststörung: — β -Rezeptorenblocker — Benzodiazepine — Trizyklische Antidepressiva — Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer

Effektivitätsstudien

- Kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Brustkrebspatientinnen hinsichtlich psychischem Befinden, emotionaler Belastung, Lebensqualität, Fatigue, Schlafstörungen

- Kontroverse Studienergebnisse zur Effizienz psychotherapeutischer Interventionen auf die Lebensdauer von Krebspatienten
- Pharmakotherapie reduziert die depressiven Symptome bei Krebspatienten, insbesondere bei Palliativpatienten
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze bei Depression sind ebenso effizient wie Pharmakotherapie

Praktische Hinweise für die Arzt-Patientin-Kommunikation

Bei Diagnosemitteilung und Aufklärung der Patientin sind folgende Regeln sinnvoll:

- Gespräche möglichst in Begleitung des Partners oder anderer wichtiger Bezugspersonen
- Einbeziehen des Vorwissens der Patientin
- Gezielte Informationen zu operativen Eingriffen, Wirkungen und Nebenwirkungen von Chemo- und Radiotherapie und Verhaltensmaßnahmen zur Reduktion der Nebenwirkungen (Aufklärungsbögen können hilfreich sein, ersetzen aber kein Gespräch!)
- In emotional belastenden Situationen wie der Diagnosemitteilung sind Gedächtnisleistungen nachweislich reduziert → Nachfragen und wiederholtes Erklären
- Motivieren der Patientin zum Fragenstellen
- Ansprechen von Gefühlen, z. B. dem Gefühl des Ausgeliefertseins an die Großgerätetechnik bei Radiotherapie
- Offenes Ansprechen des Themas Sexualität, z. B. bei Patientinnen mit Genitalkarzinom:
 - Ansprechen möglicher sexueller Probleme
 - Tipps zur Vermeidung von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Bei Patientinnen in der palliativen und Terminalphase wird eine offene Kommunikation innerhalb der Familie und des Behandlungsteams empfohlen:

- Klären von Fragen wie »Wie werde ich sterben, werde ich ersticken?«, »Werde ich Schmerzen haben?«
- Information über wirksame medikamentöse Therapie der Schmerzen, begleitende Psychopharmaka und Schlafmittel
- Information über Patientenverfügung
- Einbeziehung von Angehörigen, Psychoonkologen, Seelsorgern
- Offene Kommunikation über Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Trauer, Wut
- Ansprechen der Gefühlsambivalenz zwischen Sterbenwollen und Überlebenswillen

➤ **Zu empfehlen sind Fortbildungen zur diagnostisch-therapeutischen Gesprächsführung in Form von Balintgruppen und Supervisionen.**



<http://www.springer.com/978-3-540-78374-9>

Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe

Strauss, A.; Janni, W.; Maass, N. (Hrsg.)

2009, XVI, 412 S., Softcover

ISBN: 978-3-540-78374-9