

# „DAS SCHWEIGEN DER MÄNNER“: STILLES LEIDEN IN DER UROLOGIE

Die psychosoziale Onkologie, kurz Psychoonkologie, gewinnt in der Betreuung von Krebskranken und deren Angehörigen zunehmend an Bedeutung. Krebs ist weit mehr als nur eine körperliche Erkrankung. Die damit verbundenen Ängste, Sorgen und Nöte der Betroffenen belasten deren Psyche und sorgen für zusätzlichen Stress. Genau wie eine erfolgreiche Tumorthherapie das Fachwissen der Chirurgen braucht, benötigt die Psyche speziell ausgebildetes Fachpersonal, um nicht zusammenzubrechen oder auch, um wieder zu genesen.

(von Dr. Christian Schulz und Dr. Marcus Mau)

§ Die Diagnose Prostata- oder Hodenkrebs ist ein einschneidendes Ereignis im Leben eines Mannes. Nahezu in allen Fällen wird diese Nachricht im ersten Moment mit dem nahen Tod in Verbindung gebracht, was Überforderung, Ängste und depressive Anpassungsphasen auslösen kann. Auf der anderen Seite sind sehr oft auch die behandelnden Urologen mit den Reaktionen überfordert und können keine ausreichende psychologische Betreuung der Patienten und Angehörigen gewährleisten. Viel zu oft entsteht zudem der Eindruck, dass Patienten, die äußerlich ruhig und gefasst reagieren, mit der neuen Situation klarzukommen scheinen. Doch dieser Schein kann trügen. Deshalb halten onkologische Kliniken in Deutschland ein Team speziell ausgebildeter Psychoonkologen

und Palliativmediziner vor, an die der behandelnde Urologe seine Krebspatienten zur psychosozialen Betreuung verweisen kann. Den Dienst eines Psychoonkologen in Anspruch nehmen zu wollen, ist eine freiwillige Entscheidung des Patienten. Die Information, dass es ein solches Angebot an der behandelnden Klinik gibt, sollte dennoch jedem Patienten am besten bereits bei Diagnosestellung mitgeteilt werden. Doch welche konkreten Vorteile kann die begleitende psychoonkologische Beratung für Arzt, Patient und Angehörige haben?

### Helpen setzt Erkennen voraus

Insgesamt hat die Zahl der Langzeitüberlebenden in der Urologie in den letzten Jahren um mehr als ein Fünftel zugenommen. Dennoch haben beispielsweise Männer mit Diagnose eines Prostatakarzinoms innerhalb der ersten sechs Monate nach Diagnosestellung ein erhöhtes Selbsttötungsrisiko. Wichtig: Selbst wenn der Tumor noch keine Beschwerden macht oder auch eine hohe Chance auf Heilung besteht, steigt das Suizidrisiko an. Eine Krebsdiagnose wird anfangs von den meisten Männern als ein Todesurteil betrachtet und verursacht psychosozialen Stress, der nicht selten dazu führt, dass sich die Betroffenen in sich zurückziehen und nach außen dennoch gefasst und ruhig wirken. Hier stimmt der äußerliche Eindruck nicht mehr mit dem inneren Erleben überein, was für den Behandler die Gefahr erhöht, die medizinisch eigentlich völlig unbegründete Verzweiflungshaltung des Patienten schlicht zu übersehen. Gerade alleinlebende Männer oder Männer, welche nicht in einen familiären Rahmen eingebunden sind, neigen zu erhöhtem psychosozialen Stress. Der männliche Umgang mit Emotionen und der Ausdruck von psychosozialen Stress folgen anderen Normen; Mann spricht in der Regel nicht über seine Ängste und Sorgen. Helfen kann in diesen Fällen eine zugleich einfache wie wirkungsvolle neue Messmethode. Mit dem Distress-Thermometer bietet sich den behandelnden Urologen bereits für das Diagnosegespräch

eine einfache Möglichkeit, um die Stressbelastung eines Patienten dennoch ausreichend abschätzen zu können. Die Patienten wählen auf einer Thermometerskala von 0 bis 10 ihren persönlich gefühlten Stress- und Belastungswert infolge der Krebsdiagnose. Das Distress-Thermometer zeigte in einer großen Studie an Männern mit Prostatakrebs sehr gute Ergebnisse in Hinblick auf Spezifität und Sensitivität, um krebspezifischen Distress, Angst und Depressionen zu erkennen. Dabei war der psychosoziale Stress bereits ab einem Skalenwert von 3 bis 4 so hoch, dass das Selbsttötungsrisiko anstieg. Mithilfe des Distress-Thermometers können schließlich vermeintlich gefasste, aber innerlich stark bewegte Patienten identifiziert und an einen beratenden Psychoonkologen weiterempfohlen werden.



### DER AUTOR

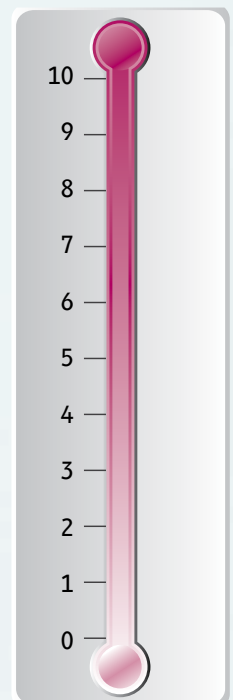
Dr. med. Christian Schulz  
Oberarzt und stellv. Leiter  
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP)  
Universitätsklinikum Düsseldorf

*Dr. Christian Schulz hat an den Universitäten Witten/Herdecke, King's College London und an der Harvard Medical School Medizin studiert und im Fach Neurobiologie promoviert. Seit 2008 widmet er sich überwiegend den Themen Palliativmedizin und Psychoonkologie. Sein Hauptinteresse gilt dabei unter anderem der Angst und Depression bei Prostatakrebs sowie der Lebensqualität schwerkranker Patienten in der Urologie.*

### Das Distress-Thermometer

Hoher Stress

Mit dem Distress-Thermometer kann der Arzt die Verzweiflungshaltung seines Patienten überprüfen und erfassen. Der Patient kreuzt dazu seine derzeitige innere Befindlichkeit auf einer Skala von 1 bis 10 an. Bereits ab einem Wert > 3 sollte dem betreffenden Mann eine psychoonkologische Begleitung empfohlen werden.



Niedriger Stress

### Die Psyche braucht oft länger, um zu heilen

Ganz ähnlich wie beim Prostatakrebs sind Patienten mit der Diagnose Hodentumor kurz nach Diagnosestellung besonders gefährdet. Zudem zeigt sich gerade bei Männern mit Hodenkrebs, dass die Psyche eine sehr bedeutende Rolle bei der Krankheitsbewältigung und für die empfundene Lebensqualität spielt. Der psychische Stress kann überdies sehr viel länger andauern als bis zur körperlichen Genesung nach erfolgreicher Therapie. Das Gefährliche daran ist, dass selbst Jahre nach der Diagnosestellung, wenn der meist junge Mann eigentlich als geheilt gilt, ein erhöhtes Suizidrisiko bestehen kann. Im Falle von Hodentumoren zeigen Studien sogar, dass sich das Hauptrisiko für einen Suizid in die ersten vier Jahre nach der Krebsdiagnose verlagert. Ganz besonders gefährdet sind junge Männer, die bei Erstdiagnose noch unter 30 Jahren alt waren. Sie neigen verstärkt zu einer depressiven Krankheitsbewältigung. Um diese Risikogruppe rechtzeitig erkennen und besser beraten zu können, sollte ein psychosoziales Screening fest in das Betreuungskonzept für Hodentumor-Patienten übernommen werden.

Ganz allgemein bewältigen junge Männer ihre Krebserkrankung sehr viel differenzierter als bisher angenommen. Das reine Schwarz-Weiß-Denken, demnach sie aktiv oder vermeidend mit ihrer Erkrankung umgehen, ist überholt. Zwischen beiden Extremen sind vielfältige Schattierungen möglich, beispielsweise proaktives Bewältigen, Distanzieren, Akzeptieren, Aufschieben oder Hilfesuchen. Im Übergang vom Kind zum Erwachsenen übernehmen die jungen Männer mehr und mehr Selbstverantwortung, werden unabhängiger und finden sich selbst (Identitätsfindung). Die Diagnose Hodenkrebs stört diesen entwicklungspsychologischen Prozess und schafft genau aus diesem Grund eine außerordentliche und eine über die Zeit der eigentlichen Therapie hinausgehende Belastungssituation. Junge Männer mit offensichtlich negativer Bewältigungsstrategie sollten deshalb in der klinischen Praxis besondere Aufmerksamkeit und Zugang zu einer begleitenden psychosozialen Betreuung erhalten.

### Wenn nichts mehr hilft: Angehörige leiden

Behandelnde Urologen sind in erster Linie auch Menschen und haben vielfach selbst Probleme im Umgang mit Sterben und Tod. Endet der Fundus an möglichen Therapieansätzen, wird der Patient palliativ bis zum Tod weiterbegleitet. Der Verlust eines Patienten kann dann den Arzt nach oft langer Behandlungsdauer ebenfalls stark belasten. Obgleich die meisten Urologen glauben, sich gut um die Angehörigen Sterbender zu kümmern, haben sie doch nach dem Tod des Patienten kaum Kontakt zu diesen. Umfragen haben zudem gezeigt, dass Angehörige in drei Vierteln aller Fälle eher das Pflegeperso-

nal ansprechen als die behandelnden Ärzte. Viel zu häufig ist das Stationspersonal jedoch gar nicht speziell geschult, um den nötigen Beistand in einer so schweren Zeit leisten zu können. Wie wichtig die Betreuung auch der Angehörigen durch den Arzt ist, zeigt sich daran, dass ein persönliches Telefonat oder eine Beileidsbekundung an die Angehörigen eines verstorbenen Patienten den Trauerverarbeitungsprozess positiv unterstützen kann. Was dennoch heute zu wenig beachtet wird: Pflegende Angehörige von verstorbenen Krebspatienten leiden unter einem erheblichen Verlust an erfülltem Lebenssinn der sogar größer sein kann als bei den Palliativpatienten selbst.

Um die Situation für Urologen, Pflegepersonal, Patienten und Angehörige zukünftig zu verbessern, sehen sowohl europäische als auch deutsche Guidelines und Ausbildungscurricula die Palliativmedizin und psychoonkologische Inhalte als feste Bestandteile im Medizinstudium oder bei Aus- und Weiterbildungsangeboten vor.

### Palliativmedizin ist Hilfe beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben

Glücklicherweise sind Palliative Care Ansätze mittlerweile vielerorts in die onkologische Versorgung von Patienten integriert. Nach klinischen Leitlinien und Qualitätsstandards muss eine palli-

ativmedizinische Versorgung bereitgehalten werden. In Fällen fortgeschrittener Krebserkrankungen sollte die allgemeine Palliativversorgung bereits vom behandelnden Onkologen eingeleitet und im weiteren Verlauf durch spezielle psychoonkologische oder palliativmedizinische Maßnahmen ergänzt werden. Dieses neue Konzept der palliativen Versorgung bricht mit dem allgemeinen Verständnis von Palliativmedizin im Sinne einer „Betreuung akut sterbender Patienten“. Vielmehr versteht sich Palliative Care als unterstützendes Mittel, um das Krankheitsverständnis zu entwickeln, Symptome zu lindern und die Lebensquali-

### Wie mit einem Suizid-Wunsch umgehen?

„Selbst bei exzellenter Palliativmedizin wird es Menschen geben, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen unter Umständen aber nicht selbst durchführen können oder wollen. Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben. Daher gehört es aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten.(...) Es zählt unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten auseinanderzusetzen. Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden.“ Patienten bleiben nach ausführlicher Beratung und umfassender palliativmedizinischer Behandlung äußerst selten bei ihrem Wunsch zu sterben. Dieses nicht mit sich selbst ausmachen zu müssen, sondern darüber offen sprechen zu dürfen und gemeinsam nach Antworten zu suchen, kann erhebliche Erleichterung verschaffen.

aus Pressemitteilung der DGP vom 20.01.2014



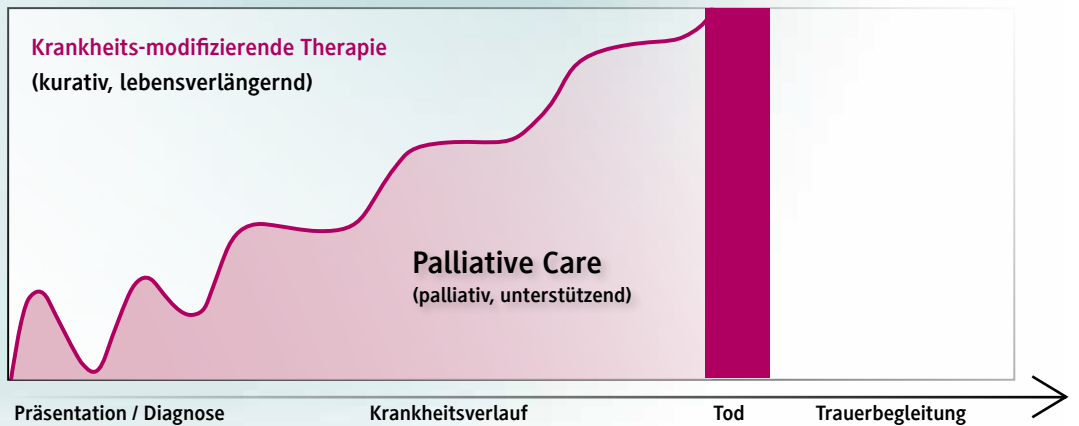
wohl Behandelnden als auch Angehörigen Sicherheit und Empfehlungen zur Verfügung stellen kann. Daher empfiehlt sich eine frühestmögliche Zusammenarbeit mit Psychoonkologen und Palliativmedizinern, um lebensbejahend und prophylaktisch agieren zu können. Beihilfe zu einem Suizid oder auch die Beratung zur Durchführung eines Suizids, gehören nicht zum palliativmedizinischen Grundverständnis.

Die beste Art, solchen Situationen vorzubeugen, ist die frühzeitige Aufklärung, das persönliche Gespräch und die medizinische Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem Patienten.

Mithilfe einer frühen psychoonkologischen und/oder palliativmedizinischen Betreuung lässt sich die Lebensqualität von Krebspatienten und ihrer Angehörigen schließlich nicht nur in der Urologie erheblich verbessern.

tät zu verbessern. Dennoch kann es insbesondere in der Spätphase von Krebserkrankungen dazu kommen, dass ein Patient den Wunsch äußert, selbstbestimmt zu sterben. Dies ist sowohl für den Patienten, aber ebenso für die Angehörigen und das betreuende Klinikpersonal eine sehr belastende Situation.

Der Umgang mit solchen existenziellen Nöten ist eine der größten Herausforderungen ärztlichen Handelns am Lebensende von Patienten. Psychoonkologen und Palliativmediziner verfügen hierfür über ein breites Expertenwissen, das so-



## Suizidprävention

# LITHIUM STABILISIERT DIE STIMMUNG

*Das Universitätsklinikum Dresden erforscht in einer neuen Studie die sofortige suizidpräventive Wirkung von Lithium. Über vier Jahre lang soll untersucht werden, dass Lithium neben einer stimmungsstabilisierenden Wirkung im Langzeitverlauf auch einen rasch einsetzenden Suizid-verhindernden Effekt hat.*

§ Bereits Anfang der 90iger Jahre wurde nachgewiesen, dass die Substanz einen besonderen suizidprotektiven Einfluss hat. Seither nimmt Lithium einen besonderen Stellenwert in nationalen und internationalen Leitlinien ein und wird als Substanz zur Stimmungsstabilisierung bei affektiven Störungen verwendet.

„Unsere klinischen Erfahrungen zeigen, dass Lithium nicht nur eine stimmungsstabilisierende Wir-

kung hat, sondern im akuten Fall rasch suizidprophylaktisch wirken kann. Insbesondere Patienten mit klassischen affektiven Krankheitsbildern wie bipolaren Störungen oder Depressionen können von einer Behandlung mit Lithium profitieren“, so Dr. Ute Lewitzka, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Leiterin der Arbeitsgruppe Suizidforschung am Uniklinikum.

Unter der Leitung der Dresdener Klinik sollen in diese multizentrische Studie etwa 250 Patienten eingeschlossen werden, die mittelgradig schwere Depressionen und ein bestimmtes Maß an suizidalen Symptomen aufweisen. „Wir

gehen im Rahmen unserer Forschung davon aus, dass die anti-suizidale Wirkung von Lithium sofort einsetzt und wollen damit die Akzeptanz des Wirkstoffs auch in der Akutversorgung erhöhen“, berichtet Dr. Lewitzka weiter. Bislang ist Lithium hinsichtlich sei-

ner Verschreibungshäufigkeit im Vergleich zu anderen Psychopharmaka unterrepräsentiert obwohl im Rahmen der Suizidprävention nachweislich Behandlungserfolge mit der Substanz vorliegen.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum engagiert sich seit mehr als 20 Jahren aktiv in der Prävention und bietet zum Thema Suizidalität Fortbildungen für Ärzte und andere Personen an, die im Rahmen ihrer Profession mit dem Thema konfrontiert sind. Behandelnde Ärzte und Angehörige sollten Hinweise auf Lebensmüdigkeit oder gar Ankündigungen von Selbstmordabsichten stets ernst nehmen, ein Gespräch darüber anbieten und Patienten, die suizidgefährdet erscheinen, an Spezialisten überweisen. Eine der wichtigsten präventiven Maßnahmen ist, darüber zu reden und gegebenenfalls Hilfe anzubieten. Außerdem können niederschwellige psychosoziale Angebote wie Krisen- und Beratungsdienste oder Telefonseelsorge Hilfestellungen und Unterstützung in derartigen Lebenskrisen bieten.

Red.

Pressemitteilung Universitätsklinikum Dresden

