

Psychoonkologie in der Praxis – ein Einblick in die psychoonkologische Sprechstunde

Stefan Mamié, Dipl. Psych. FH, Psychoonkologischer Psychotherapeut SGPO
Sexualtherapeut DAS Uni Basel

Im folgenden Beitrag wird exemplarisch ein Arbeitsmorgen portraitiert, wie er im Rahmen eines in die Onkologie integrierten psychoonkologisch-psychotherapeutischen Dienstes stattfinden könnte. Vor dem Hintergrund der Umsetzung von Zertifizierungsvorgaben dürfte dieses Setting in der heutigen Zeit das am häufigsten vorkommende sein. Die Fallbeispiele stammen aus meiner eigenen Tätigkeit.

In die erste Stunde kommen Herr und Frau R. Sie ist 41-jährig und hat vor 4 Monaten die Behandlung (Operation, Chemotherapie) einer ausgedehnten Darmkrebskrankung abgeschlossen. Die behandelnde Onkologin musste ihr ein erhebliches Rezidivrisiko mitteilen. Die Patientin hat sich inzwischen recht gut erholt. Der Zuweisungsanlass war ihr Bedürfnis nach Unterstützung im Umgang mit Ängsten sowie mit Veränderungen der Sexualität. Wir haben bereits einige Paar- und Einzelgespräche geführt. In den Einzelgesprächen stand ihre ungewohnte Ängstlichkeit davor, sich im öffentlichen Raum zu bewegen sowie die Verunsicherung der Patientin gegenüber ihrem Körper und der eigenen Attraktivität im Zentrum. Ihr Mann ist 44-jährig, hat an der Erkrankung und der Behandlung viel Anteil genommen und seine Frau mit ermutigenden Parolen unterstützt. Das Paar hat einen 13- und einen 20-jährigen Sohn sowie eine 15-jährige Tochter. In der vorhergegangenen Stunde zeigte sich eine durchaus brisante Beziehungsdynamik. Der Ehemann hat in den vergangenen Jahren die Berge entdeckt und verbringt gerne Zeit mit Wander- und Klettertouren. Er sieht sich als Förderer und Förderer einer körperlichen Rehabilitation bei seiner Frau, z.B. auch in Form von Bergwanderungen. Er bringt in der Stunde sein Anliegen ein, auch zwei oder dreitägige Touren gemeinsam mit seiner Frau zu unternehmen. Ihr jedoch ist das Schlafen in diesen «milbenverseuchten Wolldecken» der SAC Hütten ein Gräuel. Herr R. hält dagegen, dass er an den Abenden in diesen Hütten andere Paare kennenlerne, die so etwas auch gemeinsam machen würden. Sie kontert, er sei ein Egoist, dem nur seine eigenen Bedürfnisse wichtig seien. Das ist ein Affront für Herrn R., er ist nah daran, die Sitzung zu verlassen. Ich richte mich an ihn: «Herr R.,

gehen Sie nicht in die Beleidigung! Das kennen Sie zwar gut, sich abzuwenden, beleidigt zu sein und alles hinzuwerfen. Aber beleidigt sein führt zu weniger Verbindung. Bleiben Sie hier mit Ihrem Schmerz, mit Ihrer Trauer. Trauer schafft Verbindung. Spüren Sie den Schmerz, in Ihrem Engagement für Ihre Frau und in Ihrem Bedürfnis nach Gemeinsamkeit nicht gesehen zu sein, sich verkannt zu fühlen. Bleiben Sie beim Schmerz, bleiben sie verletzlich!» Herr R. kann die Einladung annehmen. Damit passiert etwas bei seiner Frau; sie fühlt seinen Schmerz, seine Trauer und seinen Wunsch nach Gemeinsamem ebenso wie seine Sorge, durch eine Auseinanderentwicklung die Verbundenheit mit ihr zu verlieren. Die Beiden verlassen die Stunde nachdenklich zugeneigt. In die heutige, neunte Stunde kommen beide sehr entspannt. Das Gespräch vom letzten Mal hätten sie in der Zwischenzeit weiter geführt. Sie haben neu vereinbart, jede Woche einen Abend gemeinsam zum Klettern in die Halle zu gehen – beide freuen sich, damit ein neues Feld gemeinsamer Aktivität teilen zu können. Frau R. hatte in der Zwischenzeit eine Nachkontrolluntersuchung; es konnte kein Hinweis auf erneutes Krankheitsgeschehen gefunden werden. Angesichts des medizinisch wie beziehungs-dynamisch erfreulichen Verlaufs wird vereinbart, die psychoonkologischen Termine auszudünnen und neu in Abständen von 4 – 6 Wochen wahrzunehmen.

Auftragsklärung ist jeder psychotherapeutischen und damit auch psychoonkologischen Beziehung ein wichtiges Thema. Ich habe kein Recht, jemanden zu behandeln, ohne von dieser Person dafür einen Auftrag erhalten zu haben. Bei der oben portraitierten Patientin waren die meisten der initial formulierten Ziele erreicht bzw. der Leidensdruck deutlich vermindert. Manchmal ist die Auftragsklärung bereits ein wichtiger Teil der psychoonkologischen Intervention. Dabei kann auch interdisziplinärer Klärungsbedarf aufkommen; möglicherweise bekomme ich seitens des zuweisenden Arztes explizit oder implizit einen anderen Auftrag, als vom Patienten selbst. Das erfordert dann eine differenzierte Rückmeldung und ggf. interdisziplinären Abgleich wie beim nächsten Patienten:

Von der chirurgischen Privatstation wurde Herr M., ein 61-jähriger Mann mit Diagnose Lungenkrebs angemeldet, aktuell Tag fünf nach Operation, in kurativer Behandlungsabsicht. Zuweisungsanlass Angst. Im Gespräch schildert mir Herr M., er sei noch nie im Leben im Spital gewesen. Er habe eine kleine Maurerfirma mit zwei Angestellten und habe in seinem Leben eigentlich immer gearbeitet. Wegen der ungewohnten Inaktivität bekomme eine Vielzahl beunruhigender Gedanken zu viel Raum. Häufig komme die Angst am späten Abend. Wenn er dann klingele, dauere es wohl mal bis zu zehn Minuten, bis die Pflegeperson komme. Während dieser Zeit verstärke sich seine Angst erheblich. Sie bringe ihm dann ein Temesta, es dauere bestimmt weitere zehn Minuten, bis dieses dann da sei. Inzwischen habe sich seine Angst bis zur Panik hochgeschaukelt. Wir sprechen mit der Pflege ab, ein Temesta auf seinem Nachttisch zu platzieren, um die sich verstärkende Angst bei Bedarf schnell abzufangen. Ein eingehenderes Gespräch über die Angstinhalte und den Umgang damit möchte der Patient auf die darauffolgende Woche verschieben. Die Intervention stellt sich hinterher als dienlich heraus; Herr M. berichtet, immer wenn Ängste aufgekommen seien, hätte er das Medikament neben sich angeschaut, sei aber zum Schluss gekommen, dass er es noch ohne dessen Einnahme schaffe. Er habe seit unserem ersten Gespräch keines mehr eingenommen.

Eine in der Psychoonkologie häufig vorkommende Indikation ist die Unterstützung der Patienten im Umgang mit belastenden Therapiefolgen wie in der folgenden Konsultation mit Frau K. Sie ist 48-jährig, Diagnose MammaCa, St. nach brusterhaltender Operation, aktuell vor dem 4. Zyklus adjuvanter Chemotherapie. Zuweisungsanlass waren Unwohlsein, Übelkeit und Stimmungstiefs. Frau K. lebt alleine und ist von Beruf Pflegefachfrau. Sie hat zwei erwachsene Töchter. Die heutige Sitzung ist die zweite Konsultation. Frau K. macht einen sichtlich mitgenommenen Eindruck. Die verordneten Antiemetika nimmt sie ein, bestätigt auch deren Wirkung auf die Übelkeit. Dennoch bleibe ein diffuses Gefühl des Unwohlseins und der Erschöpfung, von welchem sie sich sehr beeinträchtigt fühle. Sie berichtet, die meiste Zeit alleine zu verbringen; sie sei ja auch zu erschöpft, Besuche zu empfangen. Ich verweise hier auf die Gefahr eines Mangels an Ablenkung. Ihre Aufmerksamkeit liege möglicherweise auf der Selbstbeobachtung der vorhandenen Symptome mit entsprechend verstärkter Wahrnehmung derselben. Die Patientin ist einverstanden, in unserer Stunde eine aus der Hypnosetherapie stammende Dissoziationsübung zu versuchen. «Die Belastungen durch die Therapie sind üblicherweise intensiv, das lässt sich nicht wegmachen und auch nicht weg diskutieren. Aber dann ist die Frage, was kann uns denn dabei helfen, diese Last zu tragen? Das sind natürlich diejenigen Dinge, die wir gerne tun, die uns

Spass bereiten. In der Fachsprache gibt es dafür das Wort Ressourcen. Oft ist der Zugang dazu wegen der Behandlungsfolgen eingeschränkt oder verhindert, und dann erst wird es für viele Patienten schwierig. Was wäre das denn bei Ihnen? Wie tanken Sie wieder Kraft, was machen Sie gerne?» Für Frau K. ist der Inbegriff von Entspannung eine Schifffahrt auf dem in der Nähe ihres Wohnortes gelegenen See. Wir vertiefen die Wahrnehmung ihres Erlebens, indem ich sie detailliert schildern lasse, was sie auf dieser Schifffahrt sieht, welche Geräusche sie hört, welche Gerüche sie wahrnimmt. Ihre Körperhaltung hat sich inzwischen entspannt und ihr Gesichtsausdruck ist deutlich aufgehellt. «Wie läuft das denn ab auf so einer Schifffahrt – gibt es da auch etwas zu essen?» «Ja natürlich», ruft Frau K. und beschreibt, wie gerne sie sich jeweils ein Fischgericht bestellt. Auch das unterstütze ich mit Intensivierung der visuellen, olfaktorischen und gustatorischen Erlebensparameter. So haben wir in dieser Stunde eine wunderbare Schifffahrt erlebt. Ihre Befindlichkeit wird von Frau K. hinterher als deutlich verbessert beschrieben. Wir schmunzeln gemeinsam darüber, dass nicht wenige Gesunde auf Schifffahrten und Fischessen womöglich mit Unwohlsein oder gar Übelkeit reagieren würden. Ich unterstelle ihr hier eine offensichtlich besondere Kompetenz im Umgang mit Übelkeit verursachenden Einflüssen und vermute, dass sich diese möglicherweise auch in Bezug auf die Chemotherapie nutzen liesse – vom ausgelieferten Opfer zur gestaltenden Spezialistin. Diese neue Sichtweise gefällt Frau K.

Ich freue mich über die vor dem Mittagessen anstehende Erstkonsultation. Mein Engagement in Form von Referaten im Onkologenteam für eine stärkere Beachtung der Sexualität beginnt Früchte zu tragen: Herr G. wurde vom Onkologen zugewiesen bei Status nach AML, Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation, in kompletter Remission, Behandlungsabschluss vor ca. fünf Monaten. Anlass für die Zuweisung war depressives Erleben bei Störung der Sexualfunktion. Herr G. lebt mit seiner Ehefrau und 4 Kindern im Alter von 18, 10, 7 und 4 Jahren. Er ist selbstständig als Informatiker in einer gemeinsam mit einem Kollegen vor zwei Jahren übernommenen Firma. Wegen den Therapiefolgen ist die aktuelle Arbeitsfähigkeit 60%. Herr G. beschreibt als sein Hauptproblem die Sexualität. Seit der letzten chemotherapeutischen Behandlung bestünde eine Erektile Dysfunktion. Keine Morgenerektionen, keine Spontanerektionen, keine Erektionen unter Stimulation. Orgasmusreflex auslösbar, jedoch schmerzhaft, u.a. darum keine weiteren Versuche unternommen. Bis jetzt weder PDE-5 Hemmer noch andere Erektionshilfesysteme eingesetzt. Empfindungsfähigkeit an der Eichel reduziert; der Patient berichtet auch über erhebliche Empfindungseinbussen an Füßen, Fingerkuppen und beim Geschmack. Erhöht

tes Schlafbedürfnis (10-11h vs früher 5-6h), verminderter Antrieb. Libido deutlich vermindert. Nach Angaben des Patienten vor der Erkrankung normale Libido, regelmässiger Geschlechtsverkehr, keine Erektionsunregelmässigkeiten.

Ich erkundige mich bei Herrn G., wie er denn bisher mit der Einschränkung umgegangen sei. Er habe zwei oder dreimal versucht, sich seiner Frau sexuell anzunähern. Dabei sei bei ihm im Genitalbereich aber gar nichts passiert. Er habe das als frustrierend erlebt und auf weitere Versuche verzichtet. Ich biete Herrn G., mit dem spontan ein guter Rapport besteht, hier recht direkte Rückmeldungen an: «Wenn Sie einen Bogen um die Sexualität machen, wird sich der aktuelle Zustand eher nicht verändern. Sie tragen durch Vermeidung dazu bei, dass es so bleibt». Das kann Herr G. leicht nachvollziehen. «Und das Zweite ist, dass mich Ihr Misserfolg nicht wundert, angesichts Ihrer zielorientierten Herangehensweise». Herr G. ist verwundert, will wissen, wie ich das meine. «Nun ja, Sexualität ist ja viel mehr als die Funktion des Penis. Sie drücken Ihre Zuneigung aus, stellen Nähe her. Es könnte gemeinsam mit Ihrer Frau ja auch Entspannung entstehen, Zärtlichkeitsaustausch usw. Gäbe es nicht viel mehr zu geniessen, als das, was Ihnen an Empfindung im Genitalbereich aktuell gerade nicht zugänglich ist? Wäre es möglich, damit zu starten, was im Moment schon wieder geht und darauf zu verzichten, sich an dem zu messen, wie es früher war und im Vergleich dazu zu versagen?» Herr G. bringt ein, sich ganz allgemein verunsichert zu fühlen. Er erlebe sich als wesensverändert; habe seinen bisher eher draufgängerischen Charakter verloren. Damit einhergehend erlebe er eine Verminderung der Lebensfreude und zeitweise eine deprimierte Stimmung. Er frage sich, ob die Behandlung auch einen Effekt auf seinen Testosteronspiegel gehabt habe. Seine Partnerschaft sei stabil, seine Ehefrau könne mit der Einschränkung zur Zeit problemlos leben, sie sei erst einmal froh, ihn überhaupt noch zu haben. Wir einigen uns wegen den Zweifeln betreffend Testosteronspiegel sowie zur Evaluation verschiedener

Erektionshilfesysteme für eine Anmeldung in der urologisch-andrologischen Sprechstunde. Zudem vereinbaren wir weitere begleitende Gespräche zur Erarbeitung eines Umgangs mit den vorhandenen Defiziten bzw. Erweiterung des Verhaltens- und Erlebensrepertoires.

Der Morgen ist damit bereits um - die psychoonkologische Arbeit ist inhaltlich so vielfältig wie die Lebensentwürfe unserer Patienten. Falls Sie Lust auf mehr bekommen haben finden Sie zwölf differenzierte Falldarstellungen bei Sabine Lenz [1]. Vor dem Hintergrund jahrzehntelanger Erfahrung mit vielen Fallbeispielen sowie eigener Betroffenheit ist das Buch von Peter Weyland [2] geschrieben. Eine Übersicht zum Fachgebiet findet sich in der neu aufgelegten Ausgabe von *Onkologische Krankenpflege* [3]. An Patienten und ihre Angehörigen richtet sich unser psychoonkologischer Ratgeber [4].

Literatur

1. Lenz S. Die Fähigkeit zu sterben – Meine psychologische Arbeit mit Krebskranken. Reinbek: Rowohlt, 2014.
2. Weyland P. Das Psychoonkologische Gespräch. Stuttgart: Schattauer, 2017.
3. Mamié S, Dietrich L. Psychoonkologie. In: Margulies A, Kroner Th, Gaisser A, Bachmann-Mettler I (Hrsg). *Onkologische Krankenpflege*. Heidelberg: Springer, 2017.
4. Künzler A, Mamié S, Schürer C. *Diagnose-Schock Krebs. Hilfe für die Seele – Konkrete Unterstützung – Für Betroffene und Angehörige*. Heidelberg: Springer, 2012.

Korrespondenz:

Stefan Mamié, Dipl. Psych. FH
Psychoonkologischer Psychotherapeut SGPO
Sexualtherapeut DAS Uni Basel
Anstellung bei Krebsliga Zürich. Praxis für
Psychoonkologie: www.zuerich.krebsliga.ch
Praxis: Rothüsliweg 17, CH-8200 Schaffhausen
www.stefanmamie.ch, stefan.mamie@gmx.ch