

Psychoonkologie in der Hausarztpraxis
Psycho-oncologie en médecine générale

Tragende, kontinuierliche und vernetzte Betreuung durch den Hausarzt

Une prise en charge de soutien, continue et en réseau par le médecin généraliste

Christine Szinnai, Rheinfelden

- **Eine frühzeitige psychologische Unterstützung hilft Krebspatienten und ihren Angehörigen, die Krankheit zu verarbeiten und mögliche Ängste zu bewältigen.**
 - **Der Hausarzt nimmt bei onkologischen Patienten als Brückenbildner zwischen Patient und Spezialistenteam eine wichtige Rolle ein.**
 - **Die hausärztliche Betreuung ist allerdings häufig durch zeitliche Unterbrüche in der Kontinuität erschwert.**
 - **Im ärztlichen Gespräch ist es wichtig, die möglichen Abwehrformen des Patienten gegenüber seiner Krankheit zu verstehen und zu respektieren.**
 - **Bei etwa einem Drittel der Betroffenen kommt es im Verlauf zu eigentlichen psychischen Störungen, die teilweise auch in der hausärztlichen Praxis begleitet und behandelt werden können.**
 - **Zur Erfassung der psychischen Belastungssituation eignet sich das sogenannte Distress Thermometer: Die Belastung wird auf einer Skala von 0 bis 10 vom Patienten gewertet.**
-
- *Un soutien psychologique précoce aide les patients cancéreux et leurs proches à appréhender la maladie et à surmonter les angoisses possibles.*
 - *Le médecin de famille joue un rôle important en tant que passerelle entre le patient et l'équipe spécialisée pour les patients cancéreux.*
 - *La prise en charge par le médecin de famille est toutefois souvent rendue difficile à cause des interruptions dans la continuité.*
 - *Lors de la consultation médicale, il est important de comprendre et de respecter les possibles formes de défense du patient contre sa maladie.*
 - *Chez environ un tiers des patients, il apparaît des troubles proprement psychiques pendant l'évolution, qui peuvent également être accompagnés et traités par la médecine générale.*
 - *Ce que l'on appelle le thermomètre de détresse convient pour mesurer la situation de stress psychique : le stress est évalué sur une échelle de 0 à 10 par le patient.*

■ Der Hausarzt hat in der Betreuung onkologischer Patienten eine sehr wichtige Bedeutung: Er initiiert Krebsvorsorge-Untersuchungen, leitet bei Verdacht diagnostische Abklärungen ein, betreut den Patienten während der onkologischen Therapie und begleitet den Patienten engmaschig in der terminalen Phase. Die hausärztliche Betreuung ist aber häufig durch die zeitlichen Unterbrüche in der Kontinuität erschwert. Dieser Artikel versucht aufzuzeigen, wie der Hausarzt als Brückenbildner zwischen Patient und Spezialistenteam eine wichtige Rolle einnimmt.

Onkologische Diagnose

Der Patient konsultiert mit den ersten unklaren und beunruhigenden Symptomen meist zuerst den Hausarzt, oder es werden Verdachtsmomente anlässlich einer Routineuntersuchung erhoben. Bereits zu diesem Zeitpunkt ist eine grosse Verunsicherung des Patienten feststellbar und der Hausarzt spielt eine wichtige Rolle für die psychische Begleitung dieser schwierigen Phase. Auch die Überbringung einer Krebsdiagnose geschieht häufig durch den Hausarzt. Oft wird die Nachricht erlebt, als stehe man «neben sich», und die Dimension der Krebserkrankung wird erst nach und nach erfasst. Die Patienten erinnern sich an die ärztlichen Aussagen in diesem ersten Moment dennoch häufig während des ganzen weiteren Krankheitsverlaufs und erleben diese als sehr prägend. Es ist deshalb wichtig, dass der Patient die Möglichkeit hat, allfällige Ängste und Fragen auszusprechen. Ansonsten ist die Gefahr gross, dass er sich nur über das Internet informiert, was häufig zu Fehlinformationen und Verunsicherungen führt.

Onkologische Therapie

Zu Beginn der Erkrankung steht die körperliche Behandlung für den Patienten im Vordergrund mit Operation, Chemotherapie und Bestrahlung. Diese erfolgt zumeist in einem Tumorzentrum oder einer anderen spezialisierten onkologischen Institution. Leider erfährt der Hausarzt häufig für einige Zeit, mitunter Monate, nicht, wie es dem Patienten geht. Die Kommunikation zwischen Fach- und Hausärzten ist noch immer unterschiedlich gut. Die Patienten vermisse-

sen insbesondere in den Zentrumsspitalern eine kontinuierliche Ansprechperson und fühlen sich mit vielen Fragen oftmals alleine gelassen.

Auch die Angehörigen sind verunsichert und haben Ängste. Sie konsultieren in dieser Zeit den Hausarzt mehr als sonst. Sie haben Angst vor dem Verlust des Partners und fühlen sich hilflos und ohnmächtig gegenüber dem Leiden des anderen. Sie brauchen Unterstützung dabei, wie sie dem erkrankten Partner helfen können, ohne selbst in eine Überforderungssituation zu geraten. Oftmals kommt es innerhalb der Familie auch zu einer Neuverteilung der Rollen, was zu Verunsicherungen führt.

Spektrum der psychischen Belastungsreaktionen

Die psychische Verarbeitung der Erkrankung ist für den Patienten selbst anfangs durch die oft anspruchsvollen und belastenden Therapien häufig erschwert und findet im Allgemeinen erst später statt. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen kommt es im Verlauf zu eigentlichen psychischen Störungen. Am häufigsten ist eine Depression feststellbar (ICD-10 F32). Die Patienten leiden an einem Gefühl der Sinn- und Hoffnungslosigkeit und haben Antriebsstörungen und berichten über Freudlosigkeit. Oftmals bestehen Schlafstörungen und auch kognitive Einbussen. Suizidale Gedanken mit Handlungsabsichten können vorkommen und werden vom Patienten häufig aus Scham und Angst verschwiegen. Sie müssen deshalb immer gezielt ärztlich erfragt werden. Nebst der hausärztlichen Begleitung können eine psychologische Unterstützung und eventuell auch eine medikamentöse antidepressive Therapie sinnvoll werden. Bei Antriebslosigkeit als primärem Symptom empfiehlt sich ein SSRI wie Escitalopram oder auch das SNRI Venlafaxin. Bei ausgeprägten Schlafstörungen helfen Mirtazapin oder Trazodon.

Einige Patienten entwickeln eine eigentliche Angststörung (ICD-10 F41), meist im Sinne einer generalisierten Angst mit sogenannt frei flottierender Angst. Sie berichten dann, sie hätten keinen Boden mehr unter den Füßen, leiden an Gedankenkreisen und häufigen Schlafstörungen. Die Ängste betreffen anfänglich meist den weiteren Krankheitsverlauf und die möglichen Folgen der Therapien, später dann auch den Wiedereinstieg in Alltag und Beruf. Auch wenn der Krebs gut auf die Therapien anspricht, ist die Angst vor einem Rezidiv für die meisten Patienten sehr gross.

Manchmal wird die Krebserkrankung oder deren Behandlung auch als eigentliche Traumatisierung erlebt und die Patienten erfahren im Verlauf eine posttraumatische Belastungsstörung, häufig gekenn-

zeichnet durch Flashbacks (z.B. Aufenthalt im Spital oder Situation bei der Chemotherapie) und ein Hyperarousal. In diesen Fällen kann eine eigentliche Traumatherapie notwendig werden.

Die psychische Belastungssituation bei onkologischen Patienten kann mittels Fragebogen (z.B. HADS) erfasst werden. Diese sind jedoch in der hausärztlichen Praxis häufig zu aufwändig. Bewährt und sehr praktikabel für die Sprechstunde ist das sogenannte Distress Thermometer (DT). Dabei wird die Belastung auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (extrem) vom Patienten gewertet. Ab einem Cut-off von 4–5 empfiehlt sich eine psychologische Intervention.

Cancer-Related Fatigue

Unter der Cancer-Related Fatigue (CRF, ICD-10 G93.3) leiden rund ein Drittel aller Krebspatienten. Dieses Erschöpfungssyndrom kann sowohl während der Behandlung als auch unmittelbar oder Jahre nach Abschluss auftreten und ist gekennzeichnet durch eine Erschöpfung, die sich durch Schlaf nur ungenügend bessert und dem Aktivitätsniveau nicht entspricht. Dabei sind Symptome wie Freudlosigkeit oder Schlafstörungen weniger häufig. Die Antriebslosigkeit der depressiven Belastungsstörung ist jedoch oftmals schwierig zu unterscheiden von der Fatigue. Eine andauernde Fatigue-Symptomatik kann wiederum zu einer depressiven Entwicklung führen. Leider gibt es meist keine effektive medikamentöse Therapie. Es werden eine moderate körperliche Aktivität (insbesondere aerobes Muskeltraining wie beim Walking) und ein regelmässiger Tagesablauf mit mehreren Pausen empfohlen. Obwohl diese Erschöpfung ein häufiger Grund für eine andauernde Einschränkung der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit ist, wird sie oftmals zu wenig erkannt und nicht thematisiert. Die Patienten fühlen sich dann mit ihren Beschwerden alleine gelassen und entwickeln Insuffizienzgefühle.

Das ärztliche Gespräch

Im ärztlichen Gespräch sind gemäss dem Prinzip der Gesprächsführung nach Rogers die drei Eckpfeiler Echtheit (Selbstkongruenz), wertschätzende Anteilnahme (Encounter) und einführendes Verstehen (Empathie) entscheidend. Dabei ist es wichtig, die möglichen Abwehrformen des Patienten gegenüber seiner Krankheit zu verstehen und zu respektieren. Als häufigste seien hier genannt die Verleugnung, die Verdrängung, die Intellektualisierung, die Regression, die Dissoziation, aber auch die Wendung gegen sich selbst. Ein häufiger ärztlicher Irrtum besteht in der Ansicht, diese Abwehrmechanismen müssten gebrochen werden. So versuchen manche Ärzte der Verleugnung



**ERSTE HILFE FÜR MENSCHEN
MIT LETZTER HOFFNUNG**

**MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN**



des Patienten zu widersprechen in der Meinung, so der Wahrheit zu dienen. Dabei wird oftmals übersehen, dass diese Abwehr bei der Stabilisierung des Patienten eine wichtige Rolle spielt und ein Zusammenbrechen zu einer starken Überforderung und Verunsicherung des Patienten führen kann. Es ist deshalb wichtig, in der psychischen Begleitung der onkologischen Patienten sich ganz auf die aktuelle psychische Verfassung des Patienten einzustellen.

Als ungünstige Intervention ist insbesondere auch das Objektivieren zu nennen. Das Konfrontieren mit objektiven Tatsachen und Argumenten ist für den Patienten wenig unterstützend. Auch vorschnelle Lösungsvorschläge sind für den Patienten wenig hilfreich, entwerfen seine vorangegangenen Bemühungen und fördern zudem die Abhängigkeit und das Gefühl von Hilflosigkeit. Schwierige Gespräche entstehen oftmals dann, wenn der Patient eine Hoffnung hegt, die wir als Ärzte nicht teilen oder wenn es zu einer aggressiven, abwehrenden Reaktion der Patienten kommt. Auch da ist ein behutsames Vorgehen wichtig, das die aktuelle individuelle Innenwelt und die Gefühle des Patienten respektiert.

Häufig ist es sehr wertvoll, die subjektive Krankheitstheorie des Patienten zu erfragen. Viele Patienten glauben zum Beispiel, der berufliche Stress sei verantwortlich für die Krebserkrankung und machen sich selbst einen Vorwurf. Dies kann zur Entstehung von psychischem Druck oder Ängsten beitragen.

Terminale Phase

Wenn die Krebserkrankung fortschreitet und der Patient in der palliativen Phase auf keine Therapien mehr anspricht, so wird er häufig der Betreuung durch den Hausarzt überlassen. Wenn er den Patienten aber vorgängig kaum gesehen hat, so hat der Hausarzt in dieser Phase einen schwierigen Stand: Er hat die anspruchsvolle Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen in der terminalen Phase umfassend zu betreuen, ohne dass er die Vorgeschichte kennt. Nicht selten kommt es vor, dass es dem Patienten kaum möglich war, sich während der Krankheit auf den Tod vorzubereiten, da dieser in den ärztlichen Gesprächen mit den Onkologen oft ausgespart wird – sowohl seitens der Behandelnden als auch der Patienten. So bleibt es dem Hausarzt überlassen, wichtige Fragen zu klären, zum Beispiel das Verfassen einer Patientenverfügung oder ob der Patient besser zuhause, auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz aufgehoben ist.

Viele Patienten haben nicht sosehr Angst vor dem Tod, aber vor dem Sterben, sie fürchten sich häufig vor Schmerzen oder anderen Qualen. Auch da spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle in der Aufklärung und psychologischen Betreuung. Manchmal sind auch Hausbesuche sehr wertvoll, diese werden aber immer seltener möglich.

Deutlich zugenommen hat die Bedeutung von Sterbehilfeorganisationen wie Exit und Dignitas. Sie bedienen das zunehmende Bedürfnis nach Selbstbestimmung, auch am Lebensende. Oftmals wird aber übersehen, dass Sterbehilfe für die Angehörigen eine sehr schwer auszuhaltende und belastende Situation ist und sie um einen wichtigen Prozess des Abschied-

nehmens gebracht werden. Auch da spielt der Hausarzt eine vermittelnde und stützende Rolle, welche viel Zeit und Anteilnahme braucht.

Fazit

Eine frühzeitige psychologische Unterstützung hilft den Betroffenen und ihren Angehörigen, die Krankheit zu verarbeiten und mögliche Ängste zu bewältigen. Gerade in dieser psychischen Begleitung spielt der Hausarzt oftmals zu Unrecht eine untergeordnete Rolle. Es ist wichtig, dass er nebst der spezialisierten psychoonkologischen Behandlung ebenfalls mit eingebunden wird. Denn er kann eine tragende, kontinuierliche und vernetzte Betreuung bieten und insbesondere auch eine Begleitfunktion beim beruflichen Wiedereinstieg übernehmen. Ebenso begleitet und betreut er die Angehörigen des Krebspatienten.



Dr. med. Christine Szinnai

Fachärztin für Innere Medizin FMH
 Psychosomatische u. Psychosoziale Medizin (SAPPM)
 Oberärztin Abteilung für Psychosomatik und
 Psychoonkologie
 Klinik Schützen
 Bahnhofstrasse 19, 4310 Rheinfelden
 christine.szinnai@klinikschuetzen.ch

Weiterführende Literatur:

- Emery JD, et al.: The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2014; 11: 38–48.
- Meiklejohn JA, et al.: The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *Cancer Surviv* 2016 May 2. [Epub ahead of print]
- Mitchell GK, et al.: General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community* 2012; 20: 607–616.
- Northouse L, et al.: Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1227–1234.
- Fujinami R, et al.: Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology* 2015; 24: 54–62.
- Terret C, et al.: Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. *J Clin Oncol* 2007; 25: 1876–1881.