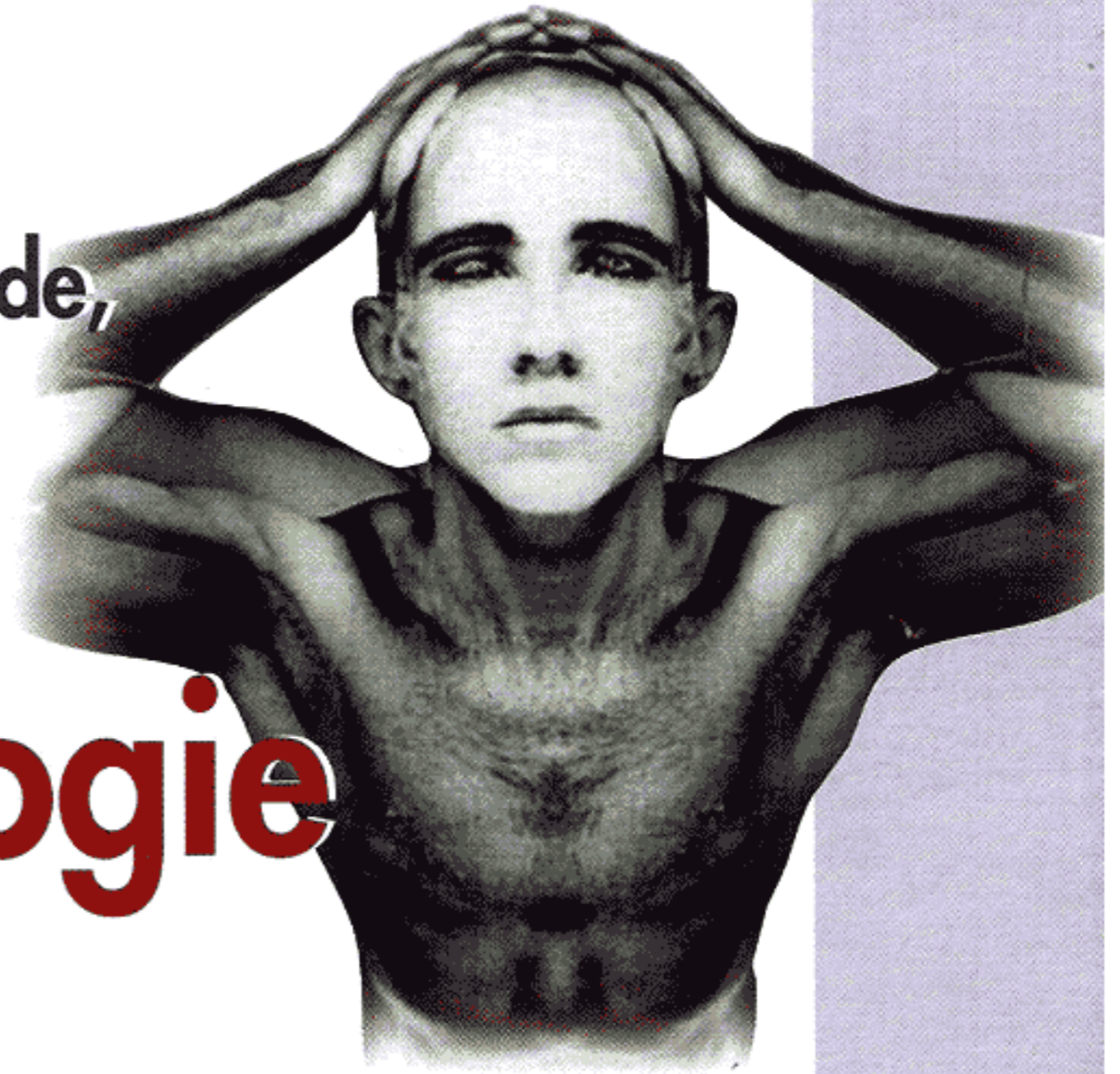


Depressive Verstimmungszustände, bei an Krebs Erkrankten – Therapiestrategien in der Praxis

Psychoonkologie



OA. Dr. A. Bernhaut

Die Diagnose Krebs kann bei sehr vielen Betroffenen Auslöser für psychopathologisch relevante Symptome sein – unter anderem zeigen sich in der Folge häufig depressive Störungen. Die psychoonkologische Begleitung hat sich zum Ziel gesetzt, diese Menschen durch eine zielführende, suffiziente Behandlungsstrategie, im Speziellen auch von depressiven Syndromen weitestgehend zu befreien.

Seit nun mehr fast drei Jahren wird in der Wiener Privatklinik (Pelikangasse im 9. Bezirk) in einer gleichsam institutionalisierten Art und Weise eine regelmäßige psychoonkologische Betreuung von Krebspatienten angeboten.

Schon während der Aufnahmegespräche der Patienten mit Mitarbeitern des Pflegepersonals wird, einerseits im Dialog, andererseits auch durch Patientenaufnahmebögen auf die Möglichkeit dieser Hilfestellung hingewiesen.

In einem Art fixen Konsiliarregime besteht die Möglichkeit, Patienten sowohl vom Hauptbehandler (Onkologen) selbst, als auch von Diplomschwestern bzw. Diplompflegern zu einer diesbezüglichen Betreuung zuzuweisen. Die Regelmäßigkeit dieser psychoonkologischen Betreuung wird durch zumindest dreimal pro Woche stattfindende Patientenkontakte gewähr-

leistet. Sehr oft ergibt sich dann natürlich auch eine psychoonkologische Intervalltherapie (z. B. zwischen Chemotherapiezyklen) in ambulantem Setting (z.B. Ordination).

Während des Erstkontaktes wird durch ausführliche Exploration unter anderem natürlich auch der psychopathologische Status erhoben, wobei sich gerade bei Krebspatienten doch eine „subtile“ Eigendynamik zeigt.

Gerade bei diesen Patienten muss äußerst behutsam eine gemeinsame

Vertrauensbasis aufgebaut werden, in deren Folge man dann auch im speziellen psychopathologische Phänomene, wie eben depressive Syndrome den Betroffenen nachvollziehbar erklären sollte, um darauf aufbauend ein spezielles Behandlungsprozedere anbieten zu können.

Bei der überwiegenden Anzahl der Patienten ist eine psychopharmakologische (antidepressive) Einstellung durchaus indiziert, wobei aufgrund verschiedenster Phänomene

Übersicht über die neueren Antidepressiva

Wirkstoffgruppen	Wirksubstanzen	Handelsnamen
SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Citalopram	Seropram®
	Fluoxetin	Fluctine®, Mutan®, Fluoxetin Genericon®
	Fluvoxamin	Floxyfral®
	Paroxetin	Seroxat®
	Sertralin	Tresleen®, Gladem®
DAS (Duales Serotonerges Antidepressivum)	Nefazodon	Dutonin®
NaRI (Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Reboxetin	Edronax®
SNRI (Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Milnacipran	Ixel®, Dalcipran®
	Venlafaxin	Efectin®
NaSSA (Noradrenerges und spez. serotonerges Antidepr.)	Mirtazapin	Remereon®
SRE (Serotonin-Wiederaufnahme-Förderer)	Tianeptin	Stablon®

Tab. 1

gerade bei diesem Klientel die Thematik „Medikation“ eine sehr sensible darstellt. Es sollte versucht werden anhand einfacher Beispiele, die absolute Notwendigkeit einer antidepressiven (Begleit-)Medikation zu vermitteln.

Dabei muss natürlich besonderes Augenmerk auf die Darstellung von Wirkung, etwaigen Nebenwirkungen sowie Dosierung und Dauer dieser Substanzen gelegt werden.

„Je besser es dem Psychoonkologen gelingt, eine Vertrauensbasis aufzubauen - in der Folge bei dementsprechender Indikation auch die Notwendigkeit für eine psychophar-

makologische Intervention zu vermitteln - wird sich daraus eine entsprechend gute Compliance des Patienten ergeben.“

Verschiedene Symptomenkomplexe depressiver Syndrome bei Krebspatienten

Die überaus große Anzahl der bisher betreuten Betroffenen litt besonders unter einer eher gehemmt - depressiv - ängstlichen - Symptomatik, wobei von diesen Patienten sehr häufig zusätzliche Phänomene, wie innere Unruhezustände und (Ein-)Schlafstörungen berichtet wurden.

Sogenannte „Losigkeits-symptome“ und hier vor allem die sehr belastenden Antriebs- u. Appetitlosigkeit (u.a. Serotonin), die speziell bei diesem Klientel mit den Schlagwörtern „Kraft- und Sinnlosigkeit“ assoziiert werden kann, wird als eines der „Kernsymptome“ geschildert. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, die ganze Tragweite des Leidensdrucks von Krebspatienten vermitteln zu wollen.

Psychopharmakologische Therapieoptionen bei (depressiven) Krebspatienten

Was die gezielte medikamentöse Behandlung von Krebspatienten betrifft, so kann als Konsequenz aus der täglichen praktischen Arbeit, folgendes ganz eindeutig postuliert werden: Derzeit sind die modernen, antidepressiv wirksamen Psychopharmaka, die unter anderem den Serotoninstoffwechsel bei den Patienten positiv beeinflussen, wie etwa die SSRIs, weitestgehend konkurrenz-

los. Bei „milderen Formen“ von depressiven Erscheinungsbildern, kann auch in Einzelfällen die Gabe von pflanzlichen Antidepressiva (im besonderen Präparate aus Johanniskrautextrakten) von großem Nutzen sein. Sehr häufig muss, vor allem zu Beginn einer antidepressiven, medikamentösen Therapie, auch die Verabreichung von Tranquilizern überlegt werden. Dies vor allem um innere Unruhezustände (wie oben erwähnt) und auch Einschlafstörungen suffizient(er) reduzieren zu können.

Darreichungsformen, Dosierungen und Behandlungsdauer

Aufgrund der sehr oft bestehenden besonderen psychischen „Gegebenheiten“ von Krebspatienten, hat sich eine parenterale Gabe antidepressiv wirksamer Substanzen als sehr zielführend erwiesen.

Abgesehen von einem durchaus nachvollziehbaren „psychologischen“ Effekt bei intravenöser Verabreichung, zeigt sich sehr oft ein rascherer Wirkungseintritt. Es wird dadurch auch ein sehr belastendes „Zusatzsymptom“ bei Krebskranken, nämlich die Appetitlosigkeit, positiv beeinflusst. In der täglichen praktischen Arbeit hat sich eine einschleichende Dosierung sowohl in der parenteralen als auch peroralen Verabreichungsform als überaus günstig für den weiteren Verlauf gezeigt. (Als Beispiel sei die Gabe einer halben Ampulle Citalopram – Seropram – mit Aufdosierung auf eine ganze Ampulle am dritten Tag erwähnt.)

Was die „Schlafarchitektur“ der Patienten angeht, so muss die (zusätzliche) Behandlungsmöglichkeit durch schlafanstoßende-, bzw. fördernde Antidepressiva, wie z.B. Trazodon (Tritico) oder Mirtazapin (Remeron) als fortschrittlich erwähnt werden. In der Aufklärung bezüglich der Dauer einer psychopharmakologischen Einnahme sollte der Patient motiviert werden, die antidepressive Therapie zumindest sechs Monate nach einer etwaigen Beendigung der

Anforderungen an ein „ideales Antidepressivum“

- Möglichst hohe Wirkrate (derzeit ca. 60-70%)
- Möglichst frühzeitiger Wirkungseintritt (derzeit zwei bis drei Wochen)
- Patientenfreundliches Einnahmeschema
- Verschiedene Applikationsformen: oral, Infusion, evtl. Depot
- Geringe Interaktionsrate mit anderen Medikamenten
- Günstiges Nebenwirkungsprofil
- Geringe Toxizität bei Überdosierung
- Preisgünstigkeit

Tab. 2

Nebenwirkungen neuerer Antidepressiva

SSRI	Sexuelle Dysfunktionen Übelkeit Dünner Stuhl Schlafstörungen
Nefazodon	Kopfschmerzen Schwindel
NARI	Mundtrockenheit Obstipation Vermehrtes Schwitzen
SNRI	Blasenentleerungsstörungen Vermehrtes Schwitzen
Mirtazapin	Appetitzunahme Gewichtszunahme Müdigkeit
Tianeptin	Schlaflosigkeit Müdigkeit

Tab. 4

chemotherapeutischen Behandlungsschiene weiter durchzuführen. Zu Beginn der psychopharmakologischen Behandlung hat sich die Vorgangsweise des Einschleichens insofern als berechtigt herausgestellt, da es dadurch gelingt, ein mögliches Auftreten von bestimmten Nebenwirkungen zu verhindern. Ebenso sollte eine antidepressive Therapie durch ein vorsichtiges Ausschleichen beendet werden.

Nebenwirkungen, Placeboeffekt

Was die sehr oft „überbewertete“, jedoch enorm wichtige Thematik der Nebenwirkungen von Psychopharmaka betrifft, zeigt sich in der Praxis, daß bei den oben erwähnten, synthetischen Antidepressiva sich ein nur sehr geringer Nebenwirkungsanteil einstellt, wobei hauptsächlich Symptome wie vorübergehende Müdigkeit, Unruhe, Libidoabnahme, vermehrtes Schwitzen, Gewichtsveränderungen, sowie Einflussnahme auf den Stuhlgang bzw. des Harnlassens auftreten.

Ohne wissenschaftlichen Beleg, bin ich der Meinung, dass je besser dem Patienten, eine psychopharmakologische Medikation erklärt bzw. vermittelt wird, um so eher werden sich (Haupt-)Wirkungsphänomene (Placeboeffekt?), sowie daraus folgend eine verbesserte Compliance einstellen. Oder um es pointiert auszudrücken: Gute „psychagogische“ Fähigkeiten des Behandlers können durchaus Teilsegment einer pharmakologischen Wirkung sein.

Zusätzliche und mit medikamentösen Methoden kombinierbare Behandlungsstrategien

Es wurde im bisherigen Verlauf dieses Artikels ganz bewusst vermehrt auf die berechtigte und notwendige medikamentöse (antidepressive) Behandlungsform hingewiesen, bzw. detailliert eingegangen.

Natürlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass bei der psychosozialen Begleitung von Krebspatienten, die

psychotherapeutische Schiene als ein wichtiger Faktor zu gelten hat. Aufgrund der mannigfaltigen psychodynamischen Gegebenheiten bzw. Konsequenzen bei oder nach Diagnosestellung „Krebs“, die übrigens auch zusätzlich zum Betroffenen, selbst sein unmittelbares soziales Umfeld (Familie, Arbeits- u. Freizeitabläufe) betrifft, ist es evident und gleichsam ein „therapeutisches Muß“, sich mit sehr persönlichen, individuellen Abläufen des Patienten und seinem Leiden auseinander zu setzen. Wobei durchaus zwischen zum Teil sehr tiefgehenden Therapieformen und niederschwelligeren Therapieoptionen unterschieden werden sollte.

Als Konsequenz des bis jetzt aufgezeigten, ergibt sich immer wieder auch ein zusätzlicher Betreuungsbereich (Angehörigenbegleitung, z.T. psychosoziales Management) welcher vom Psychoonkologen anzubieten und umzusetzen ist.

Aufgrund der sehr oft multifaktorellen Entstehungsgeschichte des Leidensdruck des Einzelnen, soll hiermit auch angeführt sein, dass etwaige „alternative“ bzw. zusätzliche Interventionen, wie Naturheilansätze, Johanniskrautgabe, Lichttherapie, Entspannungstechniken usw. auch ihren berechtigten Platz haben können, zumindest diskutiert werden sollten.

Als persönliche Konklusion nach fast dreijähriger Praxis bzw. Arbeit mit Krebspatienten und deren psychischen Leiden, im speziellen der Behandlung von depressiven Syndromen, sei nochmals mit größter Nachdrücklichkeit erwähnt, dass der psychopharmakologische Behandlungsanteil, insbesondere mit den uns heute zur Verfügung stehenden neuen, sehr modernen synthetischen Antidepressiva, einen enorm wichtigen Stellenwert repräsentiert. Mit der (zumindest) „zweischieni-

gen“ Behandlungsstrategie in der psychosozialen Begleitung von Krebspatienten, nämlich psychopharmakologische und psychotherapeutische Methoden sinnvoll zu vereinen, gelingt es sehr wohl bei den Betroffenen wieder ein Gleichgewicht zwischen psychischen, physischen und mentalen Gegebenheiten, sowie eine Harmonie in speziellen Bereichen aus dem engeren



A. Bernhaut:

„Krebspatienten leiden oft unter einer gehemmt-depressiv-ängstlichen Symptomatik mit inneren Unruhezuständen und Einschlafstörungen. Zum den Kernsymptome zählen Antriebs- und Appetitlosigkeit.“

Umfeld herzustellen – und damit das therapeutische Ziel, nämlich die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten, zu erreichen.

1. Körper und Seele des lebenden Menschen bilden eine untrennbare Einheit.
2. Die Art der Beziehungen zwischen Körper und Seele ist nur teilweise bekannt; dessen ungeachtet reagiert der Mensch in Gesundheit und Krankheit immer zugleich körperlich und seelisch.
3. Ausgehend von diesen Voraussetzungen entwickelt die medizinische Wissenschaft empirisch rationale Verfahren zu Erkennung, zur Behandlung und zur Vorbeugung von Krankheit. ◆

Dr. Alexander Bernhaut
FA f. Psychiatrie u. Neurologie
1090, Canisiusgasse 6/17
Tel./Fax: 01/319 69 90
Mobil: 0664/341 12 51