

Psychoonkologie

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele
International Psychoanalytic University
Berlin

1

Aufbau

- Historischer Abriss
- Psychische Faktoren, Krebsentstehung
Krankheitsverlauf und Überleben
- Psychische Belastungen, Lebensqualität und
deren Beeinflussung
- Evaluation: Beeinflussung der
Überlebenszeiten
- Arzt-Patient-Kommunikation

2

Geschichte

- frühe „psychoonkologische Spekulationen“
über Krebs als psychosomatisches Geschehen
 - Krebs als Konversionssyndrom
 - Krebs als symbolischer Ausdruck eines Triebkonfliktes wie
z. B. Gebärmutterkrebs als „Sünden wider der Mutterpflicht
und bereuter Wollust“ (*Groddock 1934*)
 - Krebs als Aktualneurose
 - gestaute libidinöse oder aggressive Energie verursacht
Krebs (*Reich 1942, Büntig 1982*)
 - Krebs bei alexithymen Patienten
 - mangelnde emotionale Ausdrucksfähigkeit, Leere in
zwischenmenschlichen Kontakten bei depressiv-
anklammernder Abhängigkeit und hilflose Verzweiflung
nach Trennungen (*Alexander 1950*)

3

Geschichte

- 50er Jahre:
 - ACS „Selbsthilfeprogramme“: Betroffene suchen Betroffene auf
 - Erste Berichte über Belastung und Bewältigung von Krebs (z. B. *Shands et al. 1951, Eissler 1955, Norton 1963*)
- 60er Jahre:
 - psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste in Allgemeinkrankenhäusern
 - Diskussionen über Diagnosemitteilung „do tell“ vs. „never tell“
 - psychosoziale Versorgung von Krebspatienten durch Sozialarbeiter,
Krankenschwestern und Klinikseelsorger, relativ selten durch Psychiater oder
Psychosomatiker
- Bis 70er Jahre kaum systematische psychoonkologische Forschung
und Versorgung
 - Krebs wurde lange Zeit wenig beforscht
 - allgemeine gesellschaftliche Distanz zu allem mit „Psycho“
 - Distanz zwischen akademischer Auseinandersetzung über Krebs in der
Psychosomatik und der Behandlungsrealität
 - selten Diagnosemitteilung

4

Geschichte

- **Ab 70er Jahre:**
Deutlicher Aufschwung an Interesse der psychosozialen Dimension bei Krebs
 - Mehr Überlebende; Früherkennung wird wichtiger: Informationskampagnen über Krebs
 - Beginn der Verhaltensmedizin
 - Beginn der Psychoneuroimmunologie
 - Einzug der Klinischen Psychologie in die Medizin
- **1975:**
Erste Förderung der Psychoonkologie durch die Entwicklung von Messinstrumenten
- **Seither:**
 - rasante und dynamische Entwicklung in Richtung einer eigenen Fachdisziplin

5

Psyche und Krebsentstehung

Laientheorien / Ursachen-Zuschreibung

100 Patientinnen mit Ovarial-Ca.

- privater Stress 55 %
- beruflicher Stress 36 %,
- Genetik 34 %,
- Hormone 29 %,
- Genitalinfektionen 20 %,
- Ernährung 19 %,
- Umweltverschmutzung 12 %,
- Nikotinkonsum 9 %
- sich nie nach Ursachen gefragt 4%

Müller et al 2006
6

Psyche und Krebsentstehung

Belastende Lebensereignisse:

inkonsistente Studienlage, Einfluss auf Krebsentstehung und Rezidiv eher unwahrscheinlich (*Zusammenfassung siehe z. B. Petticrew et al. 1999, Graham et al. 2002*)

Stress (Daily Hassles):

inkonsistente Studienlage, Einfluss eher unwahrscheinlich (*Zusammenfassung siehe z. B. Falter 2001 und 2004*)

Depression:

inkonsistente Studienlage, zur Zeit nicht entscheidbar

7

Psyche und Krebsentstehung

Krebspersönlichkeit (Typ C Persönlichkeit):

- wenig emotionaler Ausdruck
- aversive, aggressive Gefühle werden unterdrückt
- Konflikte werden vermieden
- angepasst-konformistischer Persönlichkeitsstil (*Temoshok 1985*)

aber:

- Konzept beruht vorrangig auf retrospektive Studien (Messung der Persönlichkeitsmerkmale nach Diagnosestellung)
- keine Bestätigung durch prädiagnostische (*Schwarz 1993*) oder prospektive Studien (*Zusammenfassung siehe Bleiker & van der Ploeg 1999*)

Typ C Persönlichkeit ist Folge der Krankheit

8

Psyche, Krankheitsverlauf und Überleben

Emotionale Belastung:

- widersprüchliche Ergebnisse: 8 Studien negativen, 4 Studien keinen und 4 Studien positiven Einfluss auf Überleben (Faller 2006)

Belastende Lebensereignisse:

inkonsistente Studienlage, Einfluss auf Krebsentstehung und Rezidiv eher unwahrscheinlich (Zusammenfassung siehe z. B. Petticrew et al. 1999, Graham et al. 2002)

Stress (Daily Hassles):

inkonsistente Studienlage, Einfluss eher unwahrscheinlich (Zusammenfassung siehe z. B. Faller 2001 und 2004)

9

Psyche, Krankheitsverlauf und Überleben

■ Fighting spirit (aktives Coping):

- Mehrheit der Studien (6 gegen 2) zeigen keinen Zusammenhang (Zusammenfassung siehe z. B. Petticrew et al. 1999, Faller 2004)

■ Positives Denken:

- keine einzige seriöse Studie

■ Fehlende soziale Unterstützung

- wahrscheinlich ein Risikofaktor (Zusammenfassung Fox 1998)

10

Psyche, Krankheitsverlauf und Überleben

■ Depressive Bewältigung, Depression:

- Tendenz, dass Depressivität Überlebenszeit negativ beeinflussen kann (Zusammenfassungen siehe z. B. Wulsin et al. 2003, Lett et al. 2004)
- Aber: Vermittlung ungeklärt

■ Sozioökonomischer Status

- Niedriger sozioökonomischer Status ist ein Risikofaktor (Zusammenfassung siehe in Holland (ed.) 1998)

11

Psyche, Krebsentstehung und Krankheitsverlauf

■ Insgesamt inkonsistente Studienlage:

- Psychische Faktoren spielen bei der Krebsentstehung und auch Krankheitsverlauf wahrscheinlich keine bzw. eine untergeordnete Rolle.

Aber:

- Vor allem Patienten mit hoher emotionaler Belastung tendieren in ihrer eigenen Krankheitstheorie (Laientheorie) eher zu psychischen Ursachen für ihre Erkrankung

(Faller et al. 1996)

12

Psychosoziale Belastungen bei Krankheit

1. **Gestörtes emotionales Gleichgewicht**
 - durch neue oder verstärkte Gefühle
 - durch innere oder äußere Bedrohung
2. **Körperintegrität und Wohlbefinden sind verändert:**
 - durch Verletzung oder Behinderung
 - durch Schmerz und Beschwerden von Krankheit und/oder durch Therapie
 - durch Invalidität
3. **Verändertes Selbstkonzept:**
 - durch Autonomie- und Kontrollverlust
 - durch verändertes Körperschema und Selbstbild
 - durch Ungewissheit über Krankheitsverlauf, künftiges Familien- und Sozialleben

13

Psychosoziale Belastungen bei Krankheit

4. **Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben**
 - durch Trennung von Familie, Freunden, Bekannten
 - durch Aufgeben wichtiger sozialer Funktionen
 - durch neue soziale Abhängigkeit
5. **Veränderte Umgebung:**
 - durch neue Beziehungen mit Ärzten und Pflegekräften
 - durch Hospitalisation
 - durch Konfrontation mit neuen Verhaltensregeln, Werten und (Fach-)Sprache

(Koch 2007)
14

Psychosoziale Belastungen bei Krebs

- Lebensbedrohung
- Aversive, angstmachende Therapie
- Bedrohung/Verletzung der körperlichen Integrität
- Bedrohung des Selbstwerterlebens
- Bedrohung/Verlust der Selbständigkeit bis zur Hilflosigkeit
- Bedrohung/Verlust des körperlichen Wohlbefindens
- Bedrohung/Verlust des seelischen Gleichgewichts
- Krebs als Belastung im sozialen Kontakt bis hin zur Ausgrenzung Krebskranker

15

Psychische Probleme und Krebs: Was wird in der Routine bemerkt?

- 2297 Patienten und 143 Ärzte wurden untersucht
 - Patienten füllten vor, Ärzte nach der Konsultation Fragebogen aus
- 36,4% der Patienten hatten Werte, die behandlungsbedürftige psychische Probleme anzeigen
 - die „richtig-positiv“ Erkennung der Ärzte war 28%
 - die „richtig-negativ“ Erkennung der Ärzte war 85%

(Fallowfield et al. 2001)
16

Ausmaß der psychischen Belastungen bei Krebserkrankung

„normale“ Reaktionen:
z. B. Angst, Trauer, Wut

„pathologische“ Reaktionen:
z. B. Anpassungsstörung,
Angststörung, Depression



17

Distress-Thermometer



Faustregel:
bei Stress > 5 ist zusätzliche
Unterstützung indiziert.

18

Psychische Unterstützung

Von wem wird psychische Unterstützung gewünscht?

1. Behandelnden Ärzten (75-90%)
2. Psychotherapeut (20-42%)
3. Seelsorger (ca. 10%)
4. Pflegekraft (ca. 10%)
5. Sozialarbeiter (ca. 10%)

Faller et al 2003, Söllner et al 2006

19

Was gibt Hoffnung?

- Ärztliche Verhaltensweisen, die am meisten Hoffnung stiften:
 - 90% die neueste Behandlung anbieten
 - 87% den Eindruck erwecken, alles über die Erkrankung des Patienten zu wissen
 - 87% darauf hinweisen, dass Schmerzen kontrolliert werden.
- Keine Hoffnung wird geweckt, wenn:
 - 91% der Arzt nervös erscheint, sich unwohl fühlt
 - 87% die Prognose zuerst der Familie mitgeteilt wird
 - 82% **Euphemismen** benutzen werden

Hagerty et al 2005

20

Wie wird kommuniziert?

Es wurden 29 Erstkontakte zwischen Onkologen und Patienten mit unheilbarem, metastasiertem Krebs beobachtet

- In 23 (79.3%) Erstkontakten wurde über Prognose gesprochen
- In 12 (52.2%) aus den 23 Visiten wurde explizite Sprache benutzt ("terminal," variations of "death")
- Patienten deutlich seltener, vor allem im Zusammenhang mit emotionalen Fragen nach der Zukunft
- In allen 23 (100%) Visiten wurde eine implizite Sprache (Euphemismen oder indirekte Kommunikation) genutzt, um über Tod und Überlebenszeiten zu diskutieren.

Rodriguez et al 2006

Patienten wünschen eine klare Sprache von ihren Ärzten, obwohl sie selbst diese nicht sprechen (können)

21

Unterstützung zur Krankheitsbewältigung:

Wer „braucht“ psychoonkologische Hilfe?

- **jeder Krebs-Patient**
 - benötigt emotionalen Beistand und Information.
- **ca. 25% (- 33%) der Patienten**
 - benötigen psycho-onkologische Beratung (niederschwellige Angebote, wenige Stunden)
- **ca. 10% (-20%) der Patienten**
 - benötigen psychotherapeutische Unterstützung

22

Häufige psychische Begleiterkrankungen

„Nichts ist mehr wie zuvor“

Im Krankheitsverlauf häufigste Beeinträchtigungen durch:

- **Angst:** Prävalenz ca. 30% (bis zu 50%)
- **Depression:** Prävalenz ca. 20% (bis zu 40%);
- **Anpassungsstörung, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung:** Prävalenz ca. 30% (bis zu 80%)

Dennoch: Sehr häufig halten die sozialen Netze

23

Angst

- Ansprechen und nachfragen wirkt angstmindernd: „Haben Sie Sorge?“ Oder „Haben Sie Angst?“
 - Ausbuchstabieren: „Was genau macht Ihnen Angst?“
 - Antworten anbieten, wenn man große Bedrohlichkeit antizipiert.
- Behandlung eher durch Gespräche als medikamentös

24

Depression

Wahrscheinlich die meist übersehene Störung;
 Depression wahrscheinlich ein eigenständiger
 Risikofaktor für den somatischen Krankheitsverlauf

- Stellen Sie zwei Fragen (bei einer positiven Antwort genauere Abklärung):
 1. Antrieb: „Fallen mir Dinge, die mir früher leicht von Hand gingen heute schwer?“
 2. Gestimmtheit: „Habe ich die Freude an Dingen verloren, die mir früher Freude bereitet haben?“
- Behandlung sowohl medikamentös als auch durch Gespräche

25

Anpassungsstörungen

- Akute Belastungsreaktion:
 - „Eine normale Reaktion auf eine unnormale Situation“
 - Problem weniger Akute Belastungsreaktion, jedoch: Bester Prädiktor für eine spätere Anpassungsstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörungen:
 - häufigste psychische Komorbiditätsdiagnose
 - meist mit Angst und Depression
- Posttraumatische Belastungsstörung
 - bei uns eher selten, eventuelle Reaktivierung durch Rezidiv
- Behandlung primär durch Gespräche, Medikation je nach Symptomatik

26

Metaanalysen von RCTs zur Effektivität psychosozialer Interventionen auf Befinden und Lebensqualität

Sheard & Maguire 1999;

- Angst: 19 RCT
- Depression: 20 RCT

Rehse & Pukrop 2003

- Lebensqualität: 37 RCT

Luebbert et al. 2001;

- Entspannungsverfahren bei behandlungsassoziierten Symptomen: 15 RCT

Tatrow & Montgomery 2006;

- VT bei behandlungsassoziierten Symptomen: 20 RCT

Effektstärken gepoolt

Symptom	alle	bessere Qual.
A	0.40	0.48
D	0.35	0.38
LQ	0.30	0.32
S	0.48	0.48
Ü	0.45	0.45
M	0.25	0.25

A Angst; D Depression; LQ Lebensqualität
 S Schmerz; Ü Übelkeit; M Müdigkeit (Fatigue)

27
aus: Söhlner 2006

Subanalysen

Pat. gescreent für Angst und Depr.

Gruppe	Angst	Depr.
all	0.45	0.38
screened	0.95	0.88
preventive	0.35	0.20

27

Dosis-Wirkungs-Effekt

Outcome	< 4hrs	4-7 hrs	> 7 hrs
Angst	0.25	0.45	1.05
Depress	0.15	0.35	0.45
QoL	0.25	0.35	0.55

Therapeutenausbildung

Outcome	less trained	higher trained
Anxiety	0.15	0.55
Depress	0.15	0.45

28
(Sheard & Maguire 1999)

Zusammenfassung I

- Psychische Faktoren spielen bei der Krebsentstehung und Krankheitsverlauf eine untergeordnete Rolle.
- Psychische Begleitsymptome sind häufig und können oft erfolgreich behandelt werden. Ca. 1/3 der Krebspatienten haben „krankheitswertige“ psychische Störungen
- Psychische Unterstützung/Psychotherapie haben einen positiven Einfluss auf die emotionale Belastung und die Lebensqualität

29

Zusammenfassung II

- Patienten wünschen sich von ihren Ärzten emotionale Unterstützung. Die klare und ehrliche Arzt-Patient-Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle
- Der Krankheitsverlauf und das Überleben wird nach momentanen Kenntnisstand durch Psychotherapie nicht beeinflusst.

30