

Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie

Die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten wird zunehmend auch vor dem Hintergrund der eingeführten Disease-Management-Programme als ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden evidenzbasierten onkologischen Behandlung erachtet. Einen Schwerpunkt stellt dabei die frühzeitige und sorgfältige Diagnostik psychischer Störungen und deren Behandlung im Rahmen breitgefächelter Beratungs- und Unterstützungsangebote dar.

Die onkologische Forschung und Versorgung hat traditionell die Bemühungen, den Tumor zu reduzieren und die Lebenszeit des Patienten zu verlängern, an erste Stelle gestellt. Die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Psyche und das Befinden der Patienten, die familiäre wie soziale Situation und die Lebensqualität wurden gegenüber der Überlebenszeit als sekundär betrachtet. Die Psychoonkologie hat in den letzten Jahren wesentlich dazu beitragen können, eine Brücke zwischen einer stark medizinisch orientierten Behandlung und den Bedürfnissen der Patienten nach psychosozialer Unterstützung und Begleitung zu bauen und damit die Voraussetzung für eine Versorgung im Sinne eines ganzheitlichen biopsychosozialen Modells zu schaffen. Dieses sich verändernde Verständnis stellt damit neue Anforderungen an die professionellen Behandler, die sich auch auf die Diagnostik

und das Management psychischer Symptome und Störungen bei Krebspatienten beziehen.

Die Diagnose Krebs konfrontiert Patienten mit einer Bandbreite von Problemen, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken, unterschiedlich gravierend sind und in unterschiedlichen Phasen der Krebserkrankung und ihrer Behandlung auftreten. Diese Problembereiche betreffen körperliche Symptome und Folgeprobleme wie Schmerzen, Funktionsstörungen und Zustände chronischer Erschöpfung, familiäre Belastungen wie die Verunsicherung hinsichtlich individueller Rollen und Aufgaben, soziale, finanzielle und berufliche Belastungen. Weiterhin ergeben sich existenzielle Fragestellungen in Zusammenhang mit der Konfrontation mit der Endlichkeit des eigenen Lebens wie auch Probleme, die auf das Versorgungssystem zurückzuführen sind. Das Spektrum psychischer Reaktionen von Patienten reicht entlang eines Kontinuums von „normalen“ Sorgen und Ängsten, Gefühlen von Traurigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit bis hin zu gravierenderen Belastungsreaktionen wie Anpassungs- und Angststörungen, Depressionen und familiären Konflikten oder existenziellen Krisen [1]. Besonders kritische Phasen im Krankheitsverlauf sind die Diagnosestellung, die Beendigung der Primärbehandlung und die folgende Zeit des Hoffens auf einen langfristigen Therapieerfolg, das Wiederauftreten und Fortschreiten der Krebserkrankung sowie die palliative Behandlung [2].

Krebs ist eine chronische Erkrankung, die in längerfristiger Perspektive mit häufigen Krankenhausaufenthalten, mit Therapieerfolgen ebenso wie mit Misserfolgen und Komplikationen, Fort- und Rückschritten einhergeht. Eine frühzeitige Diagnostik psychischer Störungen in der onkologischen Versorgung und die Bereitstellung breitgefächelter und niedrighschwelliger psychosozialer Unterstützungsangebote ist dabei von besonderer Bedeutung, weil komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten nicht nur deren Behandlung erschweren, sondern sich auch nachteilig auf die Compliance auswirken und zu schlechteren medizinischen Behandlungsergebnissen führen [3].

Epidemiologie psychischer Störungen

Die häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten sind Anpassungsstörungen, Angststörungen und depressive Störungen sowie – seltener – die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). In der fortgeschrittenen palliativen Behandlung bei zunehmenden körperlicher Beschwerden und Symptomen treten vermehrt auch kognitive Störungen auf [4]. In der psychoonkologischen Forschung liegt eine Reihe anspruchsvoller Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten in verschiedenen Diagnosegruppen und Behandlungssettings vor [5, 6, 7, 8, 9] (■ **Tabelle 1**). Art und Prävalenz psychischer Störungen schwanken

Hier steht eine Anzeige.



Tabelle 1

Epidemiologie psychischer Störungen bei Krebspatienten

Störung	Prävalenz
Angststörungen	Gesamtprävalenz: 1–49%, bei terminal Kranken 50–80%
Depressive Störungen	Gesamtprävalenz: 0–58%, bei terminal Kranken 9–77%
Anpassungsstörungen	Gesamtprävalenz: 2–52%
Posttraumatische Belastungsstörung	Gesamtprävalenz: 0–35%

Tabelle 2

Symptome von Angststörungen nach DSM-IV (Stark und House 2000)

Diagnose	Somatische Symptome	Psychische Symptome
Panikstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Herzfrequenz • Kurzatmigkeit • Schweißausbrüche • Beklemmungsgefühle • Gefühle von Schwindel • Benommenheit • Misempfindungen • Übelkeit • Konzentrationsprobleme • Nervosität • Innere Anspannung • Reizbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor Kontrollverlust • Angst, verrückt zu werden • Angst zu sterben • Gefühle der Unwirklichkeit • Katastrophisierende Gedanken • Ständiges Grübeln
Generalisierte Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> • Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität usw.) • Motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz usw.) • Vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie usw.) 	
Phobische Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Angstsymptome (s. o.) sind auf die Anwesenheit eines phobischen Objekts oder eine Situation begrenzt • Das Objekt oder die Situation wird vermieden 	

insgesamt erheblich in Abhängigkeit von der Krebserkrankung, den eingesetzten Erhebungsverfahren und zugrunde gelegten Klassifikationssystemen bzw. Cut-off-Wertebereichen und dem Zeitpunkt der Untersuchung. In der Mehrzahl der Studien wurden Screeninginstrumente eingesetzt, die Prävalenzraten bis knapp 60% für depressive Störungen und bis 50% für Angststörungen und Anpassungsstörungen zeigen. Die Auftretenshäufigkeiten gemessen mit klinisch-psychiatrischen Interviews sind im Mittel etwas niedriger. Hervorzuheben ist, dass die Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten im terminalen Krankheitsstadium deutlich ansteigt.

Die Ursachen psychischer Störungen bei Krebspatienten sind multifaktoriell, häufig aber mitbedingt durch die Schwere der Erkrankung und Behandlung, ei-

nen Mangel an individuellen und sozialen Ressourcen, eine maladaptive, d. h. v. a. resignative und passive Krankheitsverarbeitung und durch Autonomie- und Kontrollverlust. Folgende Risikofaktoren wurden studienübergreifend gefunden [10]:

- fortgeschrittenes Krankheitsstadium,
- geringe körperliche Funktionsfähigkeit (v. a. Schmerzen),
- jüngeres Erkrankungsalter,
- weibliches Geschlecht,
- Vorhandensein psychischer Erkrankungen in der Vorgeschichte.

Angststörungen

Wenige chronische Erkrankungen sind so stark mit Angst verbunden wie Krebserkrankungen. Die Angst vor einer Ver-

schlechterung des Gesundheitszustands, vor Leiden, Schmerzen, Isolation und die Angst vor dem Tod ist für die meisten Krebspatienten trotz Verbesserungen der Diagnostik und medizinischen Behandlung allgegenwärtig. Angststörungen bezeichnen zunächst eine Gruppe von psychischen Störungen, die durch im Verhältnis zur realen Gefahr übermäßige Angstreaktionen gekennzeichnet ist. Bei Krebspatienten treten Ängste und Angststörungen allerdings häufig als Reaktion auf die existenzielle Bedrohung, die eine Krebserkrankung darstellt, auf, und sind somit Reaktionen auf eine reale Gefahr. Auch wenn diese insofern als „angemessen“ betrachtet werden können, birgt dies jedoch gleichzeitig die Gefahr in sich, dass pathologische Ängste nicht identifiziert werden und Patienten nicht die Behandlung erhalten, die sie benötigen.

Symptomatik

„Normale“ Angstreaktionen, z. B. auf die schlechte Nachricht der Diagnose Krebs, bestehen in einem initialen Schock, Ungläubigkeit und gemischt ängstlich-depressiven Symptomen (u. a. Reizbarkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit sowie Konzentrationsprobleme), die innerhalb von 7–10 Tagen vorübergehen. Angststörungen unterscheiden sich von „normalen“ Ängsten hinsichtlich Auslöser, Angemessenheit, Intensität und Dauer, nicht aber in den physiologischen, kognitiven und emotionalen Reaktionen (■ **Tabelle 2**). Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie), generalisierte Angststörung und – seltener – phobische Ängste haben bei Krebspatienten die größte Bedeutung. Eine besondere Form der Angst bei Krebspatienten ist die Angst vor dem weiteren Verlauf der Erkrankung, die sog. Progredienzangst. Neben der situativen Dimension („state“) von Angst kann Ängstlichkeit jedoch auch eine relativ stabile, Zeit überdauernde Persönlichkeitseigenschaft („trait“) darstellen. Diese Unterscheidung ist deswegen wichtig, da Reaktionen auf Belastungen wie die Diagnose Krebs in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur eines Patienten unterschiedlich sein können.

Prävalenz und Risikofaktoren

Etwa ein Viertel aller Krebspatienten leidet unter einer Angststörung (Range: 1–

49%) [11, 12, 13]. Häufig treten Angst- und depressive Störungen gemeinsam auf. Die Ursachen für Angststörungen bei Krebspatienten sind sehr unterschiedlich. Dabei handelt es sich

- um Reaktive Angst- und Anpassungsstörungen als Reaktion auf die lebensbedrohliche Krankheit Krebs und deren Behandlung,
- um symptom- und behandlungsbedingte Angststörungen, häufig verursacht z. B. durch unzureichend behandelte Schmerzen oder Stoffwechselstörungen wie Hypoglykämie,
- substanzinduzierte Ängste und Angststörungen, z. B. durch Kortikosteroide, Bronchodilatoren
- Angststörungen in der Vorgeschichte wie z. B. Generalisierter Angststörung oder Panikstörung [14] (■ **Tabelle 3**).

Etwa 40% der Patienten mit pathologischen Ängsten litten bereits vor der Krebserkrankung unter Angststörungen.

Depressive Störungen

Niedergeschlagenheit und Traurigkeit sind vorübergehende normale menschliche Reaktionen, wenn ein Patient mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird. Gerade in den letzten Jahren hat aber eine Reihe von Studien gezeigt, dass klinisch relevante depressive Symptome und Syndrome in der onkologischen Versorgung häufig auftreten, aber nicht ausreichend diagnostiziert und entsprechend behandelt werden [15]. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Symptome, die einen Zustand „normaler“ Traurigkeit kennzeichnen und die Symptome, die eine klinische Depression charakterisieren, zu kennen und zu unterscheiden.

Symptomatik

Bei einem Zustand normaler Niedergeschlagenheit und Traurigkeit stehen die Symptome meist eng mit bestimmten Ereignissen, z. B. einer schlechten Nachricht im Behandlungsverlauf in Zusammenhang. Die Symptome sind insgesamt weniger drastisch und fluktuieren üblicherweise im Zeitverlauf während eines Tages oder von einem Tag auf den anderen. Darüber hinaus wird ein Patient in der Regel positiv auf emotionale Zuwendung und

Onkologie 2006 · 12:18–26
DOI 10.1007/s00761-005-0994-2
© Springer Medizin Verlag 2005

A. Mehnert · C. Lehmann · U. Koch

Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie

Zusammenfassung

Ein substanzieller Anteil von Krebspatienten weist im Verlauf der Erkrankung und deren Behandlung psychische Belastungsreaktionen auf, die sich bis hin zu schweren psychischen Störungen und psychosozialen Krisen entwickeln können. Dennoch wird in der onkologischen Versorgung gegenwärtig nur ein Teil dieser behandlungsbedürftigen Störungen erkannt und angemessen behandelt. Das Wissen über psychosoziale Belastungen und psychische Störungen bei Krebspatienten ist deshalb für die Verbesserung der psychosozialen

Versorgung ein dringendes Anliegen. Der Beitrag gibt einen Überblick über psychosoziale Belastungen und die Epidemiologie häufiger psychischer Störungen bei Krebspatienten. Anschließend werden Zielsetzungen und Probleme der psychosozialen Diagnostik erläutert und es werden ausgewählte psychoonkologische Unterstützungsangebote dargestellt.

Schlüsselwörter

Krebs · Psychische Störung · Prävalenz · Komorbidität · Epidemiologie

Prevalence and assessment of mental disorders in oncology

Abstract

During the course of the disease and its treatment, a substantial percentage of cancer patients suffer from mental disorders ranging from psychosocial distress to severe mental illness and psychosocial crisis. At present, however, only a small percentage of patients with severe psychosocial distress and mental disorders are accurately identified, diagnosed, and appropriately treated. Therefore, sufficient knowledge of psychosocial distress and mental disorders is urgently needed to improve the psychosocial care of cancer patients. The article

provides an overview of psychosocial distress and the epidemiology of mental disorders in cancer patients. A few of the most important objectives and problems of psychosocial assessment in cancer patients are explained. The following part will offer an overview of selected psycho-oncological interventions.

Keywords

Cancer · Mental disorders · Prevalence · Comorbidity · Epidemiology

Tabelle 3

Angststörungen und deren Ursachen bei Krebspatienten (Breitbart et al. 2004)

- Reaktive Angststörungen als Reaktion auf die lebensbedrohliche Krankheit Krebs und deren Behandlung
- Symptom- und behandlungsbedingte Angststörungen häufig durch unzureichende Behandlung von Schmerzen, Funktionsstörungen oder andere somatische Symptome
- Substanzinduzierte Ängste und Angststörungen z. B. durch Kortikosteroide, Bronchodilatoren
- Vorbestehende Angststörungen

Tabelle 4

Symptome einer depressiven Störung

- Stimmung**
 - Niedergeschlagene Stimmung
 - Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit
 - Verlust an Interesse oder Freude
 - Geringes Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit
 - Schuldgefühle
- Antrieb**
 - Antriebslosigkeit, Apathie
 - Motorische Verlangsamung (seltener Unruhe)
 - Geringe Motivation
- Kognition**
 - Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit
 - Beeinträchtigung des Gedächtnisses
 - Wiederkehrende Gedanken an den Tod (Suizidgedanken)
- Vegetative und somatische Symptome**
 - Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf)
 - Fatigue oder Energieverlust
 - Sexuelle Störungen
 - Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (seltener gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme)
 - Andere Symptome (z. B. Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerz, muskuläre Verspannungen)

Tabelle 5

Risikofaktoren für Suizid bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (Breitbart et al. 2004)

- Schmerzen
- Depression
- Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust
- Delirium, Enthemmung
- Psychische Störungen in der Vorgeschichte
- Substanz-/Alkoholmissbrauch
- Suizidalität in der Vorgeschichte/in der Familienanamnese
- Fatigue, Erschöpfung
- Mangel an sozialer Unterstützung, soziale Isolation

professionelle wie persönliche Unterstützung reagieren.

Eine klinische Depression ist durch das Vorhandensein sog. Kernsymptome, nämlich einer niedergeschlagenen Stimmung oder dem Verlust an Interesse und Freude gekennzeichnet. Weitere Symptome beziehen sich auf den Antrieb, auf psychomotorische Veränderungen, Kognition sowie vegetative und somatische Beschwerden (■ **Tabelle 4**). Die Symptome sind intensiver, höher in ihrer Anzahl und länger in ihrer Dauer als bei „normaler“ Traurigkeit und sie beeinträchtigen spürbar das Leben der Person.

Prävalenz und Risikofaktoren

Die Prävalenz depressiver Störungen bei Krebspatienten reicht insgesamt von

0–58% und liegt im Mittel bei etwa 25% [8]. Bei schwer kranken Patienten ist die Prävalenz deutlich erhöht, insbesondere dann, wenn eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit und Schmerzen zusätzliche Belastungen darstellen [16, 17]. Depressive Störungen gehen häufig mit einer Reihe anderer psychischer Symptome und Syndrome einher, besonders häufig mit Angststörungen. Krebspatienten mit komorbiden depressiven Störungen und Angststörungen leiden dabei häufig unter gravierenderen Symptomen, benötigen eine längere Genesungszeit, nutzen häufiger Ressourcen des Gesundheitssystems und weisen schlechtere Behandlungsergebnisse auf als Patienten mit „nur“ einer psychischen Störung [8].

Empirische Studien zu den Folgen depressiver Störungen bei Krebspatienten

zeigen insgesamt folgende Ergebnisse [3, 18, 19, 20, 21, 22, 23]:

- verringerte Lebensqualität,
- erhöhte Belastungen für die Familie,
- verminderte Compliance,
- verminderte Wirksamkeit der Chemotherapie,
- längere Krankenhausaufenthalte,
- kürzere Lebenserwartung,
- erhöhtes Suizidrisiko.

Zu den psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression zählen belastende Lebensereignisse kurz vor oder während der Diagnose und ein Mangel an interpersonellen Ressourcen. Einige Krebsarten wie Mund- und Rachenkrebs (22–57%), Bauchspeicheldrüsenkrebs (33–50%), Lungenkrebs (11–44%) und Brustkrebs (1,5–46%) sind mit einem höherem Risiko für Depression assoziiert [8]. Begünstigende Faktoren für eine Depression sind weiterhin körperliche Symptome wie unkontrollierbare Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fatigue sowie eine Reihe von Medikamenten wie Steroide, Virustatika (z. B. Interferon und Interleukin), Methylidopa, Reserpin, Kortikosteroide und Zytostatika (z. B. Vinblastin, Vincristin, Methotrexat) [24].

Suizidalität

Suizidgedanken und Suizid sind ernste Konsequenzen einer unerkannten und inadäquat behandelten Depression. In Ver-

gleich zur Allgemeinbevölkerung ist das Suizidrisiko bei Krebspatienten 1,5-mal höher [25]. So äußern zwischen 9 und 45% schwer kranker Patienten zumindest vorübergehend im Krankheitsverlauf den Wunsch zu sterben. Bei 9% allerdings bleibt dieser Wunsch auch über die Zeit bestehen [26, 27, 28]. Eine schlechte Prognose, geringe soziale Unterstützung, Komplikationen der Erkrankung wie Schmerzen, Depression, Delirium und weitere Defizitsymptome tragen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu dem erhöhten Suizidrisiko bei [28, 29] (■ **Tabelle 5**).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTSD ist ein Störungsbild, das spezifische kognitive, emotionale, physiologische und behaviorale Veränderungen, die nach einem traumatischen Ereignis (Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, ernsthafte Verletzung, Gefahr der körperlichen Unversehrtheit) auftreten können, bezeichnet. Dies sind neben intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen Symptome des beharrlichen Wiedererlebens, Vermeidung und Hyperarousal. In den letzten Jahren wurde die PTSD bei Krebspatienten als komorbides Störungsbild zunehmend in Betracht gezogen. Die gefundenen Prävalenzraten liegen bei Krebspatienten zwischen 0 und 35% [30].

Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen spielen bei der Behandlung von Patienten mit einer Tumorerkrankung eine im Vergleich zur PTSD wichtigere Rolle. Sie treten ebenfalls als Reaktion auf ein besonders belastendes Lebensereignis wie z. B. eine Krebserkrankung auf. Im Gegensatz zur PTSD wird eine Anpassungsstörung diagnostiziert, wenn in der Folge eines Belastungsfaktors jedweden Schweregrads verschiedene emotionale und verhaltensbezogene Symptome auftreten. Die Anpassungsstörung ist definiert als subjektives Leiden und eine emotionale Beeinträchtigung mit Einschränkung der sozialen Funktionen oder der beruflichen Leistungsfähigkeit. Die Symptome einer Anpassungsstörung können sehr unterschiedlich sein. Besonders

häufige Anzeichen sind depressive Stimmung, Angst oder Probleme bei der Bewältigung des Alltags. In den meisten Fällen stehen einzelne Symptome im Vordergrund, sodass die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven oder/und ängstlichen Symptomen vergeben wird. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass 2–52% der Krebspatienten unter einer Anpassungsstörung leiden [31].

Diagnostik

Die Erfassung psychischer Störungen bei Krebspatienten unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der Diagnostik bei körperlich gesunden Personen. Hervorzuheben sind zunächst die Wechselwirkungen zwischen krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen und psychischen Störungen. So weisen Patienten mit Schmerzen ein doppelt so hohes Risiko für psychische Störungen auf (am häufigsten Anpassungsstörungen), als Patienten ohne Schmerzen [32]. Die Überlapung körperlicher und psychischer Symptome kann die Diagnostik erheblich erschweren, was am Beispiel der Depression besonders deutlich wird: Die Diagnostik stützt sich hier primär auf die psychischen und kognitiven Symptome einer Depression und weniger auf die somatischen Symptome, da unklar sein kann, ob spezifische Symptome wie Unruhe, Schlaflosigkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten auf die Krebsbehandlung (z. B. Chemotherapie) zurückzuführen sind oder Symptome einer Depression darstellen. Insofern kann die Prävalenz leicht unter- oder überschätzt werden.

Im Rahmen der Diagnostik sind weitere Probleme aufseiten der Patienten Gefühle wie Angst und Scham, nicht genug Willenskraft und Leistungsfähigkeit zu haben, um die Krankheit zu bewältigen, Angst vor Stigmatisierung und unzureichendes Wissen bzw. Mangel an Vertrauen in psychosoziale Unterstützung. Aufseiten der Ärzte sind häufige Gründe, psychischen Störungen wenig Beachtung zu schenken, Unsicherheit in der Diagnostik und Befürchtungen, unzureichende Fertigkeiten zu haben, mit den Emotionen der Patienten umzugehen (■ **Tabelle 6**).

Das diagnostische Vorgehen und die Auswahl von Erhebungsverfahren hängen

von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Im klinischen Alltag, in dem die Patienten häufig nur kurz gesehen werden können, wird man in der Regel ein psychosoziales Assessment im Sinne eines Screenings einsetzen. Die mit einem Screeninginstrument erfassten Patienten, die einen auffälligen Wert erreichen, werden dann in der Regel einer vertiefenden klinischen Diagnostik, die durch das psychosoziale Team durchgeführt wird, unterzogen. Das diagnostische Interview ist eines der zuverlässigsten Instrumente und deckt das gesamte Spektrum psychischer Störungen ab. Sehr gut validierte Verfahren sind das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) [33], das Composite International Diagnostic Interview (CIDI), basierend auf dem ICD-10 [34], und das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) [35]. Der Nachteil dieser Instrumente ist der zeitliche Aufwand und die Notwendigkeit eines geschulten Interviewers.

Screeninginstrumente sind das NC-CN-Belastungsthermometer [36, 37], die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [38], das Brief-Symptom-Inventary (BSI) bzw. die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) [39] und der Patient Health Questionnaire (PHQ-D) [40]. Instrumente zur Erfassung krebspezifischer Ängste liegen nur in sehr begrenzter Anzahl vor. Zu nennen sind hier der Progredienzangst-Fragebogen (PA-F) [41] und die Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC) [42, 43]. Eine ausführliche Beschreibung von Screeningverfahren findet sich bei Herschbach et al. (in diesem Heft).

Behandlung psychischer Störungen bei Krebspatienten

Die psychoonkologische Behandlung ist von Art und Schweregrad der auftretenden Symptome abhängig. Eine optimale Versorgung von Krebspatienten mit psychischen Störungen umfasst primär psychotherapeutische Interventionen, die sich v. a. bei einer milden bis moderaten Symptomatik durch eine hohe Effektivität auszeichnen, kann aber auch eine pharmakotherapeutische Behandlung (z. B. Benzodiazepine, Antidepressiva) beinhalten [16, 44, 45, 46, 47]. Eine Metaanalyse [48] zeigt, dass psychoonkologische Inter-

Tabelle 6

Schwierigkeiten der Diagnostik

Wechselwirkung zwischen krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen und psychischen Störungen
Überlappung körperlicher und psychischer Symptome
Angst vor Stigmatisierung aufseiten der Patienten
Unzureichende Kenntnisse über psychische Störungen und deren Diagnostik
Unsicherheit im Umgang mit emotionalen Reaktionen
Unzureichendes Wissen über psychosoziale Unterstützung

Tabelle 7

Übersicht über psychosoziale Interventionen

Beratung, Information
Supportive Einzelgespräche
Gruppentherapeutische Angebote
Krisenintervention
Symptomorientierte Verfahren (z. B. Entspannung)
Kunst-, Musik- und Ergotherapie
Paar- und Familiengespräche
Sterbebegleitung
Sozialarbeiterische Beratung und Hilfen

ventionen psychische Belastungen reduzieren und positive Effekte u. a. auf Angst, Depression, Hilflosigkeit, Schmerzen, berufliche Beeinträchtigung, körperliche und soziale Aktivitäten sowie die Lebensqualität insgesamt haben. Grundsätzlich sind psychoonkologische Interventionen weniger durch einzelne Therapieschulen bestimmt und zeichnen sich durch einen methodenintegrierenden supportiven Arbeitsansatz aus. Einen wichtigen Bestandteil bilden darüber hinaus Entspannungs- und imaginative Verfahren. Wesentliches Ziel besteht im Erhalt bzw. der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten.

Psychosoziale Maßnahmen sind in jeder Phase der Krebserkrankung von Bedeutung: Im Akutkrankenhaus ist es zunächst wichtig, psychosoziale Konzepte und Arbeitsweisen (■ **Tabelle 7**) in die on-

kologische Diagnostik und Behandlung der Patienten zu integrieren. Dabei müssen auch deren Angehörige berücksichtigt werden und die Durchführung der psychosozialen Maßnahmen muss sich an den Aufgaben und Belastungen der betreuenden Ärzte und Pflegekräfte orientieren. Hier findet psychoonkologische Betreuung in der Regel im Rahmen von Konsil- und Liaisondiensten statt. Zielsetzungen bestehen im Einzelnen in der Entlastung und Stabilisierung von psychischem Befinden und Funktionen, Reduktion von Neben- und Folgewirkungen der Behandlung, Information und Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheits- und Behandlungsfolgen [49].

Nach Abschluss der Primärbehandlung besteht für Krebspatienten die Möglichkeit, stationäre Nachsorgeangebote im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme und ambulante Angebote in Anspruch zu nehmen. Letztere bieten niedergelassene Psychoonkologen in Form von Einzel- oder Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppen, allerdings stehen diese in wesentlich geringerem Ausmaß zur Verfügung.

Fazit für die Praxis

Trotz immenser Fortschritte in der Medizin wird den psychischen Beeinträchtigungen bei Krebspatienten nicht die Aufmerksamkeit in Diagnostik und Behandlung geschenkt wie somatischen Symptomen. Dazu tragen auf der einen Seite die professionellen medizinischen Behandler bei – durch Unsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Patienten, der Unterschätzung des Schweregrads psychischer Symptome und der richtigen Zuweisung –, aber auch Patienten durch Angst vor einer zusätzlichen Stigmatisierung oder der Erwartung, dass psychische Belastungen vom medizinischen Behandler angesprochen werden. Oft sind es aber auch institutionelle oder ökonomische Hindernisse, die eine umfassende Versorgung chronisch Kranker behindern, wie z. B. Befürchtungen, psychologische Behandlung sei nicht evidenzbasiert oder in ihrer Wirksamkeit nicht überprüfbar. Eine umfassende Versorgung chronisch Kranker erfordert deshalb eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie und eine ausreichende Kooperation zwischen

den verschiedenen Disziplinen, sodass psychischen Problemen in gleicher Weise wie somatischen Beschwerden Rechnung getragen werden kann.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Mehnert

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52–5 35, 20 246 Hamburg
E-Mail: mehnert@uke.uni-hamburg.de

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Holland JC (2002) History of Psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64: 206–221
- McCormick TR, Conley BJ (1995) Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients. *West J Med* 163: 236–243
- Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G et al. (2000) Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356: 326–327
- Bukberg J, Penman D, Holland J (1984) Depression in hospitalised cancer patients. *Psychosomatic Medicine* 43: 199–212
- Sellick SM, Crooks DL (1999) Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology* 8: 315–333
- Stark DP, Kiely M, Smith A et al. (2002) Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 20: 3137–3148
- Grassi L, Travado L, Moncayo FL et al. (2004) Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 83: 243–248
- Massie MJ (2004) Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 32: 57–71
- Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y (2005) Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 35: 302–309
- Aschenbrenner A, Härter M, Reuter K, Bengel J (2003) Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen – Ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Z Med Psychol* 12: 15–28
- van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ (1997) Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 59: 280–293

12. Stark DP, House A (2000) Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 83: 1261–1267
13. Stark DP, Kiely M, Smith A et al. (2002) Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 20: 3137–3148
14. Breitbart W, Gibson C, Chochinov HM (2004) Palliative Care. In: Levenson JL (Hrsg) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*, APA
15. Passik SD, Dugan W, McDonald MV et al. (1998) Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594–1600
16. Breitbart W (1995) Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 3: 45–60
17. Chochinov HM (2001) Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2: 499–505
18. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H (1999) Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 56: 756–762
19. Watson M, Haviland JS, Greer S et al. (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 354: 1331–1336
20. Maguire P (2000) The use of antidepressants in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 8: 265–267
21. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L (2003) Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 12: 183–193
22. Pitceathly C, Maguire P (2003) The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 39: 1517–1524
23. Prieto JM, Atala J, Blanch J et al. (2005) Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation. *J Clin Oncol* 23: 6063–6071
24. Arolt V, Rothermundt M (2003) Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt* 11: 1033–1054
25. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O (2004) Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 22: 4209–4216
26. Breitbart W (1987) Suicide in cancer patients. *Oncology* 1: 49–53
27. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al. (1995) Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152: 1185–1191
28. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. (2000) Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA* 284: 2907–2911
29. Breitbart W (1990) Cancer pain and suicide. In: Foley K, Bonica JJ, Ventafridda V (eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, vol 16. Raven, New York, pp 399–412
30. Kangas M, Henry JL, Bryant RA (2002) Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 22: 499–524
31. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C et al. (1990) Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 156: 79–83
32. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751–757
33. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1987) SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
34. Wittchen, HU (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28: 57–84
35. Margraf J, Schneider S, Ehlers A (1994) *DIPS Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen*. Springer, Berlin
36. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L et al. (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82: 1904–1908
37. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U (2005) *Das Distress-Thermometer – Deutsche Übersetzung und empirische Prüfung eines Screening-Instrumentes zur Erfassung psychischer Belastung von Krebspatienten*. Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In Vorbereitung
38. Hermann C, Buss U, Snaith RP (1995) *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version*. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin
39. Franke GH (2000) *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz-Test
40. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2000) *Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Manual und Testunterlagen, 2. Aufl. Karlsruhe: Pfizer
41. Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U et al. (2003) Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus and chronic arthritis. *Rehabilitation* 42: 155–163
42. Roth AJ, Rosenfeld B, Kornblith AB et al. (2003) The memorial anxiety scale for prostate cancer: validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer. *Cancer* 97: 2910–2918
43. Mehnert A, Lehmann C (2005) *The memorial anxiety scale for prostate cancer – Deutsche Version*. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
44. Breitbart W, Jaramillo JR, Chochinov HM (1998) *Palliative and terminal care*. In: Holland JC (eds) *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, pp 437–444
45. Massie MJ, Popkin MK (1998) *Depression*. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo M, Massie MJ, McCorkle R (eds) *Psycho-oncology*. Oxford University Press, New York, pp 518–541
46. Massie MJ, Payne DK (2000) *Depression and anxiety*. In: An update to Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE (eds) *Principles and Practice of Supportive Oncology*. Lippincott, Cedar Knolls, 3(2), pp 1–11
47. Wilson KG, Chochinov HM, De Faye BJ et al. (2000) *Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care*. In: Chochinov HM, Breitbart W (eds). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford University Press, New York, pp 25–44
48. Schulz H, Winzer A, Stump S, Koch U (2001) *Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen*. *Onkologie* 7: 157–166
49. Keller M (2000) *Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus*. *Forum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 5: 26–29

„Jetzt handeln – gemeinsam!“
27. Deutscher Krebskongress in Berlin

Unter dem Motto „Jetzt handeln – gemeinsam!“ veranstaltet die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. das größte onkologische Forum im deutschsprachigen Raum – den 27. Deutschen Krebskongress. Vom 22. bis 26. März werden in Berlin wieder mehr als 7.000 Teilnehmer erwartet, darunter hochrangige Referenten aus dem In- und Ausland, die fünf Tage lang den aktuellen Wissenstand der Onkologie diskutieren. Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. Werner Hohenberger, Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Erlangen, hat in diesem Jahr vor allem Raum zur Diskussion neuer Strukturen der onkologischen Versorgung in Deutschland geschaffen. „Um adäquat auf die Herausforderungen immer mehr krebserkrankter Menschen vorbereitet zu sein, müssen wir die Strukturen der Krebsversorgung auf den Prüfstand stellen. Krebsversorgung ist eine gewaltige Aufgabe, die wir nur gemeinsam lösen können.“, erklärt Prof. Hohenberger zur Schwerpunktsetzung auf dem Kongress.

Weitere Hauptthemen sind die Finanzierbarkeit onkologischer Therapien, Palliativmedizin, molekulare Kanzerogenese, Staging von neoadjuvanter Therapie, Behandlung von seltener Tumoren, Antianteriogenese im Gesamttherapiekonzept bei malignen Tumoren, multimodale Therapiekonzepte, hereditäre Malignome und die pädiatrische Onkologie. Die Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen, die stärkere Koordination der Forschungsförderung, der schnellere Transfer aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Therapie vervollständigen das umfangreiche wissenschaftliche Programm.

Im Zusatzprogramm des Krebskongresses findet der XI. Onkologische Pflegekongress der KOK und der Kongress der MTA-R statt. Neben dem 6. Berliner Krebslauf und dem 3. Schülerkongress wird in Zusammenarbeit mit der Berliner Krebsgesellschaft auch in diesem Jahr wieder ein Krebsaktionstag veranstaltet, der sich an Patienten, deren Angehörige sowie alle Interessenten richtet, über die neuesten Entwicklungen in der Tumormedizin informiert und Möglichkeiten der Krebsvorbeugung und –früherkennung aufzeigt.

Hier steht eine Anzeige.

