

Psycho-Onkologie heute

Dr. med. Pia Heußner, Psycho-Onkologie in der Medizinischen Klinik III

Klinikum der Universität München-Großhadern, Marchioninistraße 15, 81377 München

Tel: 089-7095 4715, <http://med3.klinikum.uni-muenchen.de>, pia.heussner@med.uni-muenchen.de

ZUSAMMENFASSUNG *Psycho-Onkologie* - schon in der Schreibweise drückt sich das Selbstverständnis des Faches aus und doch führt sie auch immer wieder zu Diskussionen und Missverständnissen. Die Psycho-Onkologie ist ein Fachgebiet der Onkologie, nicht, weil sie für sich beansprucht, Menschen von einer Tumorerkrankung heilen zu können, sondern weil es um die psychologischen und sozialen Faktoren geht, die den Verlauf einer Tumorerkrankung begleiten und die Lebensqualität der betroffenen Patienten ganz wesentlich beeinflussen.

In der modernen Psycho-Onkologie geht es um die Versorgung, die Lehre und die Forschung im Bezug auf die Patienten, deren Angehörige und die professionellen Mitarbeiter in der Onkologie. Im Fokus der aktuellen psycho-onkologischen Forschung stehen Fragen der geeigneten Screening-Methoden, um die Patienten zu erkennen, die von einer gezielten psycho-onkologischen Betreuung profitieren können sowie der spezifischen Symptome wie der tumorbedingten Fatigue.

Einleitung

Die Psycho-Onkologie ist ein junges Fachgebiet, das bis heute noch keiner allgemeingültigen Definition, staatlich anerkannten Ausbildungsgängen oder einer geschützten Berufsbezeichnung unterliegt. Dass aber die Psycho-Onkologie aus der modernen Onkologie nicht mehr wegzudenken ist, daran besteht kein Zweifel. Veröffentlichungen der frühen 50er Jahre belegen erste Beachtung der Themen Lebensqualität und Allgemeinzustand von Krebspatienten. Und bereits 1951 formierte Arthur Sutherland eine erste psychiatrische Forschungseinheit am Memorial Sloan-Kettering Cancer Institute in New York, USA. Dieser Lehrstuhl stand in den vergangenen 25 Jahren unter der Leitung von Jimmie Holland, der weltweiten Begründerin der Psycho-Onkologie, die auch 1984 die International Psycho-Oncology Society (IPOS) gründete. 1980 wurde in Europa im Rahmen der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) eine Arbeitsgruppe Lebensqualität etabliert. Und in Deutschland feiert die Psycho-Onkologie dieses Jahr das 25 jährige Bestehen ihrer Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie (DAPO).

Heute versteht sich die Psycho-Onkologie als ein **Teilgebiet der Onkologie**, in dem sich **multiprofessionelle Teams** aus den Fachbereichen Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychiatrie, Onkologie und Theologie sowie Krankenpflege mit den emotionalen Reaktionen der Patienten und deren Familien sowie der Behandler befassen und die psycho-sozialen Faktoren identifizieren, die die Krebsmorbidity und Mortalität beeinflussen.

Auch die Frage nach den **ätiologischen Zusammenhängen von Persönlichkeitsmerkmalen und Krebserkrankungen** steht nach den frühen psychoanalytischen Hypothesen zur psychogenetischen

Krankheitsentstehung der 50er Jahre noch immer im Fokus. So belegen aktuelle Forschungsergebnisse **keine** Kausalzusammenhänge zwischen Krebserkrankungen und belastenden life events, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und vitaler Erschöpfung. Das **individuelle Gesundheitsverhalten** hingegen stellt einen klaren Risikofaktor für die Entstehung von Krebserkrankungen dar und steht damit um so mehr im Interesse aller **Präventionsstrategien**.

Erste Schritte zur Verankerung des Anspruchs auf psycho-onkologische Versorgung finden sich in Richt- und Leitlinienstrukturen der Fachgesellschaften. So ist z.B. seit 1997 die psychologische Betreuung während peripherer Blutstammzelltransplantationen in den Richtlinien der deutschen Bundesärztekammer festgeschrieben. Seit 2004 liegt die S3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft zur Versorgung von Mamma-Ca-Patienten vor, in der Psycho-Onkologen die Verantwortung für die Formulierung der psycho-sozialen Versorgungsansprüche getragen haben.

Von der Innovation zur Integration und Interdisziplinarität

Die Psycho-Onkologie entwickelte sich von vorwiegend innovativen Entwürfen der akut medizinischen Versorgung hin zu integrierten Formen unter Berücksichtigung der notwendigen Interdisziplinarität. In der praktischen Tätigkeit war die Arbeit anfänglich vorwiegend betreuend und begleitend, ohne umrissene Konzepte und formierte sich zu Behandlungsformen mit Indikation unter dem Aspekt der Bewältigung von Belastung. Sie hat als wesentlichen Aspekt die Beratungsfunktionen von Institutionen, kleineren Teams, aber auch Forschungsgruppen in der somatischen Medizin in den letzten zehn Jahren als besondere Tätigkeitsform entwickelt. Inzwischen sind drei „Fs“ hinzugekommen, die als Dach den Säulen aufsitzen: Für die Praxis die Fort- und Weiterbildung, die in die unmittelbare klinische Arbeit hineinragt und diese vor Ort beobachtet, anleitet und trainiert. Das nächste „F“ betrifft die Forschung, in der die Notwendigkeit, vorhandene Theorien auf ihre klinische Wirksamkeit hin zu überprüfen und dies besonders unter dem Konzept der verbesserten Erfassung von Belastung gesehen wird. Das dritte „F“ betrifft die finanzielle Situation der psycho-onkologischen Arbeit vor Ort .

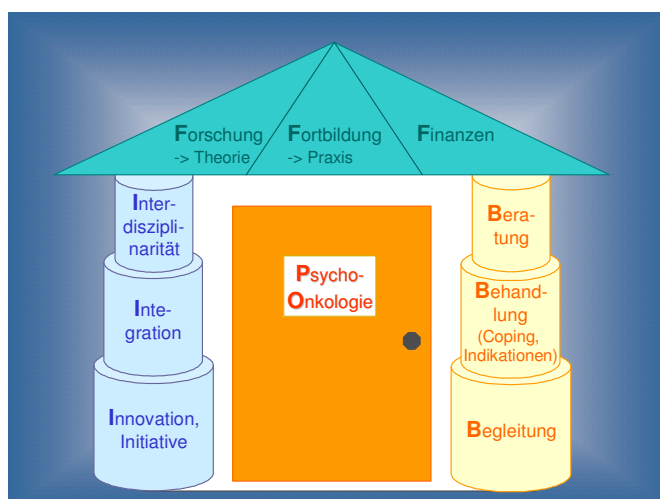


Abbildung 1: Das Gebäude der Psycho-Onkologie aus heutiger Sicht (mit freundlicher Genehmigung von Prof. A. Sellschopp, Klinikum rechts der Isar der TU München, 2004)

Der Begriff der Lebensqualität, genauer gesagt der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität**, nimmt auch heute eine zentrale Rolle in der Psycho-Onkologie ein. Es wird damit ein multidimensionales Modell beschrieben, in dem das **subjektive Empfinden** unter Bezug auf die körperlichen, seelischen, sozialen, funktionellen und spirituellen Aspekte des Lebens systematisch erfaßt wird. Im Sinne einer Standardisierung wird die Lebensqualität heute überwiegend in Patienten-Selbstauskunfts-Fragebögen systematisch erhoben. Im Fachgebiet der Onkologie findet in Europa dabei der EORTC-QLQ-C30-Bogen die breiteste Anwendung.

Jimmie Holland, New York, führte den Begriff des **psycho-social distress** zur Beschreibung der individuellen Belastung von Patienten und Angehörigen in der Psycho-Onkologie ein. Mit ihrer Forderung nach weltweiter Anerkennung von psycho-sozialem Distress als **6. Vitalzeichen** nach Puls, Blutdruck, Temperatur, Atmung und Schmerz fördert sie beispielhaft die ganzheitliche Wahrnehmung und Versorgung von Tumorpatienten. Sie propagiert dafür die Einführung eines einfachsten Mess-Instruments, des sog. **Distress-Thermometers**, das vergleichbar den visuellen Analog-Skalen für die Erfassung der subjektiven Schmerzstärke, in ihrer Arbeitsgruppe am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York als Screening-Methode erarbeitet wurde (Abb.2). Ziel dieses **Screenings** für den Grad der subjektiven Belastung ist die Identifikation derjenigen Patienten, die aktuell einer psycho-onkologischen Unterstützung und Begleitung bedürfen, um **Lebensqualität zu erhalten oder wieder her zu stellen und um das Auftreten schwerwiegender psychiatrischer Krankheitsbilder wie Angststörungen und Depressionen rechtzeitig zu erfassen und behandeln zu können.**

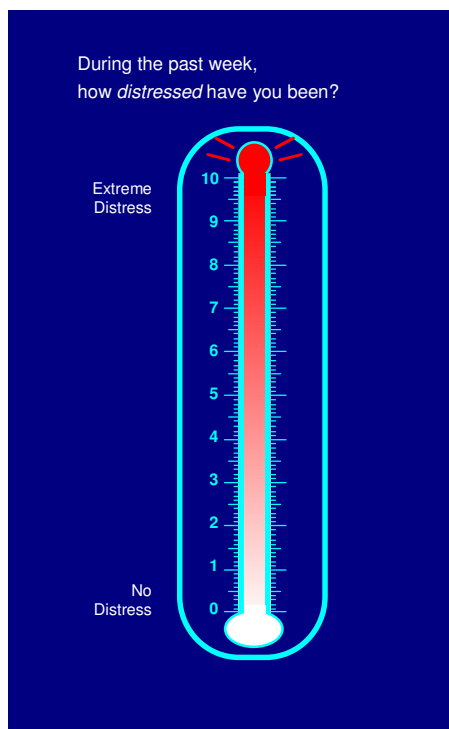


Abbildung 2:

Das Distress Thermometer mit einer Skala von 1-10. Bei einem Score > 6 besteht die Indikation für psychosoziale Unterstützung.

Screening-Methoden finden auch bei uns Einzug in die Psycho-Onkologie, vor allem vor dem Hintergrund der nicht flächendeckend sicher gestellten psycho-sozialen Betreuung von Krebspatienten. Die in Kliniken der Maximalversorgung immer mal wieder anzutreffenden Liaison-Dienste der Psychosomatik oder Psycho-Onkologie gehören im Zeitalter leerer Kassen immer mehr dem Raritätenkabinett an. So ist es notwendig, schnelle und zuverlässige Screening-Methoden zu entwickeln, die von Pflegenden und somatisch-onkologisch ausgerichteten Ärzten angewendet werden können, um die ca. 20-40 % der Patienten zu identifizieren, die unter psycho-sozialem Distress leiden.

Tumorbedingte Fatigue

Unter den spezifischen Symptomen von Krebspatienten findet neben Schmerz, Luftnot, Schlafstörung, Appetitverlust, Angst, und Depression die tumorbedingte **Fatigue** in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit. Untersuchungen unter amerikanischen Onkologen und Krebspatienten haben ergeben, dass 61 % der Onkologen den Tumorschmerz als das beeinträchtigendste Symptom beurteilen, wo hingegen 61 % der Patienten angeben, am meisten unter der tumorbedingten Müdigkeit, der Fatigue zu leiden.

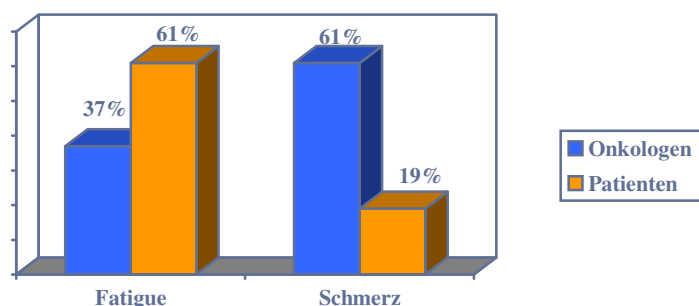


Abbildung 3:

Die Belastung im Alltag durch Schmerz oder Fatigue in der Wahrnehmung von Patienten und Ärzten. (Vogelzang NJ et al, 1997)

Fatigue, „der Schatten der Krankheit“ – das Zitat einer betroffenen Patientin, die Monate nach Beendigung ihrer Krebsbehandlung mühselig versuchte, ihre immer noch vorhandenen Symptome zu benennen und ihnen einen Namen zu geben. Diese Worte beschreiben die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen besser als jede wissenschaftliche Definition.

Fatigue im Sinne der tumorbedingten Müdigkeit stellt für alle Beteiligten im Kontext einer Krebserkrankung ein wenig bekanntes Syndrom und zugleich ein Phänomen dar, das erhebliche somatopsychosoziale Auswirkungen und Probleme nach sich zieht.

Müdigkeit ist ein schützendes Regulativ, das im gesunden Organismus auf körperliche, geistige und seelische Anstrengungen antwortet. Für die tumorbedingte Fatigue trifft dies aber nur bedingt zu, denn sie **unterscheidet** sich in zwei wesentlichen Punkten: Schlaf bringt dem Fatigue-Patienten keine Erholung und die tumorbedingte Fatigue kann zeitlich so versetzt zur Krebserkrankung auftreten, dass diese nicht mehr als Auslöser erkannt wird. Daraus ergeben sich für die Patienten, die

Behandler und das soziale Umfeld vielfach hartnäckige **Vorurteile**, die die überwiegende Zahl der betroffenen Patienten schweigen lassen und in eine Spirale aus Isolation und Depression führen. Allein deshalb besteht aus psycho-onkologischer Sicht dringender Aufklärungsbedarf bei Patienten und Angehörigen sowie Ärzten, Physiotherapeuten und Pflegekräften.

Zunächst gilt es die Patienten durch Aufklärung im doppelten Sinn zu entlasten. Dazu bedarf es der Information über den derzeitigen Wissensstand zur Ätiologie der tumorbedingten Fatigue sowie der Abklärung und gegebenenfalls Behandlung der verschiedenen somatischen Ursachen. Die psycho-onkologischen Ansätze beinhalten die differentialdiagnostische interdisziplinäre Beachtung des **multifaktoriellen Phänomens**. Neben dem Ausschluß einer behandlungsbedürftigen Anämie müssen auch Elektrolyte, Hormonspiegel und Stoffwechselfparameter überprüft werden. Ein Blick auf die Liste der verordneten und der verschreibungsfreien selbstgewählten Medikamente sollte eine kritische Bewertung von Wirkungen und Nebenwirkungen beinhalten.

Einen besonderen Stellenwert nehmen die emotionalen und psychischen Auslöser der tumorbedingten Fatigue ein, da sie als **gegenseitige Verstärker**, also als Ursache und Folge zugleich auftreten. So sehr Schlafstörungen, Angst und Depression zu tumorbedingter Fatigue führen können, so sehr verursacht das Phänomen Fatigue in seiner Unbeschreiblichkeit und Unbekanntheit auch Angst und Resignation.

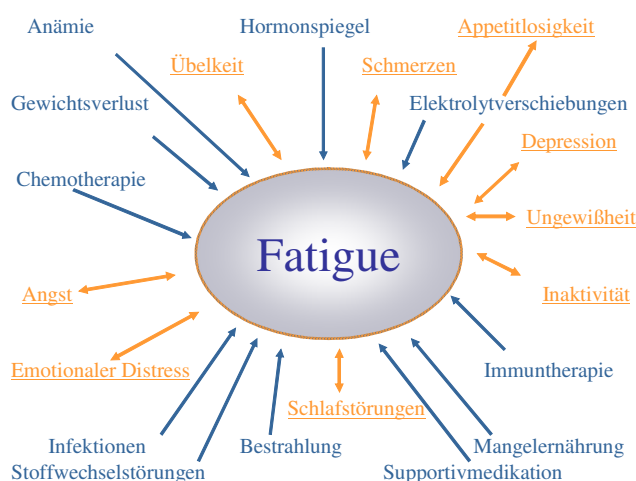


Abbildung 4:

Fatigue-multiple ätiologische Faktoren, die z.T. eine Wechselwirkung zwischen Ursache und Folge beschreiben (\leftrightarrow).

Die **differentialdiagnostische Abgrenzung von der Depression** und/oder der depressiven Krankheitsverarbeitung fällt häufig schwer, unterliegt fließenden Übergängen und bedarf gelegentlich auch der Verlaufsbeobachtung unter therapeutischen Maßnahmen. Überwiegend körperlich erlebte Erschöpfung und Schwäche trotz ausreichenden Schlafes sprechen eher für das Fatigue-syndrom, wo hingegen sich bei Vorliegen von Depressionen in der Anamnese, ausgeprägter Antriebslosigkeit, fehlender Motivation, Schlaflosigkeit, tageszeitlichen Schwankungen, schuldhafter Verarbeitung und Suizidalität die Hinweise auf das Vorliegen einer Depression mehren (Abb. 5).

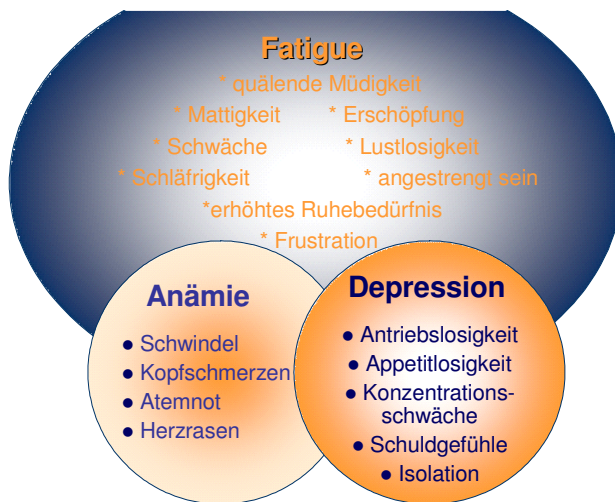


Abbildung 5:
Differentialdiagnostische Überschneidungen bei Fatigue, Depression und Anämie.

Die **differentialdiagnostische Unschärfe** findet in den bisher fehlenden klaren Diagnosekriterien ihren Ausdruck. Bereits im Jahre 2001 wurde von der American Fatigue Coalition ein Entwurf für eine ICD-10-Klassifikation veröffentlicht, aber bis heute nicht verabschiedet. Zwar haben sich Psycho-Onkologen zwangsweise daran gewöhnt, ihren Patienten eine nur in weitester Interpretation zutreffende psychiatrische ICD-10-Diagnose zuzuweisen, da ihre Leistungen anderweitig nicht vergütet würden, doch ergeben sich für die Betroffenen erhebliche sozialrechtliche Konsequenzen aus diesem Umstand. Denn ohne Diagnose keine Anerkennung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. In den USA geben 75 % der Patienten an, dass sie aufgrund von tumorbedingter Fatigue einen Wechsel der Arbeitsstelle oder des Status innerhalb des Betriebes in Kauf nehmen mussten. Zwar sind unsere Sozialversicherungssysteme nicht mit dem amerikanischen vergleichbar, doch kennen wir auch hierzulande den 40-jährigen leitenden Bankangestellten, der drei Monate nach Abschluß seiner Radio-Chemotherapie eines Morbus Hodgkin aufgrund kognitiver Einschränkungen nur Teilzeit arbeitsfähig ist, aber immerhin im gleichen Institut an niedrigerer Rangstelle tätig bleiben darf. Diese durch den Karriereabbruch bedingte **narzisstische Kränkung in der Rehabilitationsphase** stellt das durch die Tumorerkrankung erschütterte Selbstwertgefühl erneut auf die Probe. Die häufig resultierende Resignation führt zu weiterer emotionaler Erschöpfung, Isolation und Depression. Spätestens dann liegt eine auch sozialrechtlich anerkannte Diagnose vor, die bei unbehandelter Chronifizierung zur Frühberentung oder in die Sozialhilfe führt (Abb. 6).

Fatigue in der Rehabilitation

- Unverständnis
- Enttäuschung
- Resignation
- emotionale Erschöpfung
- Isolation
- Depression



Abbildung 6: Folgen der Fatigue in der Rehabilitationsphase.

Das bedeutet im Extremfall eine zweite **existentielle Bedrohung**, dieses mal finanzieller Art, nachdem eine existentiell bedrohliche Erkrankung überstanden wurde. Gelingt es hingegen, die Fatigue-Symptomatik zu bessern, so zeigen die Patienten niedrigere Scores für Angst und Depression und eine bessere Lebensqualität .

Neben der differentialdiagnostischen Klärung der Fatigue und Einleitung geeigneter somatischer Therapiemaßnahmen ist für den Patienten die Einordnung im Kontext der Erkrankung, sowie seiner sozialen Rollen und seiner Persönlichkeit von immenser Bedeutung. Erst wenn der Patient dieses Symptom als erkrankungs- und therapiebedingt akzeptieren kann, wird er sich von weiterer schuldhafter Verarbeitung und Kränkung distanzieren können. Auf dieser Grundlage kann dann eine **individuelle Bewältigungsstrategie** erarbeitet werden. Ein Fatiguekalender bietet dabei die Möglichkeit, die tageszeitlichen Energiekurven kennen zu lernen und zu nutzen. Daraus ergibt sich insbesondere auch in der Rekonvaleszenz und Rehabilitation die Notwendigkeit einer Umstrukturierung des früher normalen Tagesablaufes. Besonders energieraubende Tätigkeiten müssen in die energetischen Hochphasen verlegt werden und sich mit Ruhephasen oder Energiespendern wie Entspannungstechniken, Imaginationsübungen, Meditationen usw. abwechseln. Auch das vorübergehende Delegieren besonders anstrengender Tätigkeiten gehört hier dazu, was insbesondere den leistungsorientierten und den zwanghaften Persönlichkeiten schwer fällt. Ergänzen sollten die Patienten diese Allgemeinmaßnahmen durch ein dosiertes körperliches Training, um aus der Inaktivitätsspirale heraus zu finden. An dieser Stelle kommt den Selbsthilfegruppen eine besonders große Bedeutung zu, denn Training gemeinsam mit Gesunden oder früheren Sportfreunden führt in der Anfangsphase vielfach zu erneuter Frustration und zementiert die Isolation.

Damit wird deutlich, dass vor allem nach überwandener Krebserkrankung die erfolgreiche Rehabilitation auf dem **Weg in eine neue Normalität** vielfach nur schrittweise möglich und sinnvoll ist und es nicht wie allgemein angenommen - zumindest von den Sozialversicherungsträgern und Arbeitgebern - mit einer dreiwöchigen Maßnahme zurück in den alten Alltag gehen kann.

Zusammenfassend kommt es aus der psycho-onkologischen Perspektive darauf an, das Phänomen Fatigue wahrzunehmen und über seine Bewertung und Bearbeitung den Fortgang der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen. Dabei kommt neben den kognitiv-behavioralen Aspekten der Beachtung des lebensgeschichtlichen Kontexts, der Überwindung von schuldhafter Verarbeitung und narzisstischer Kränkung ein besonderer Stellenwert zu.