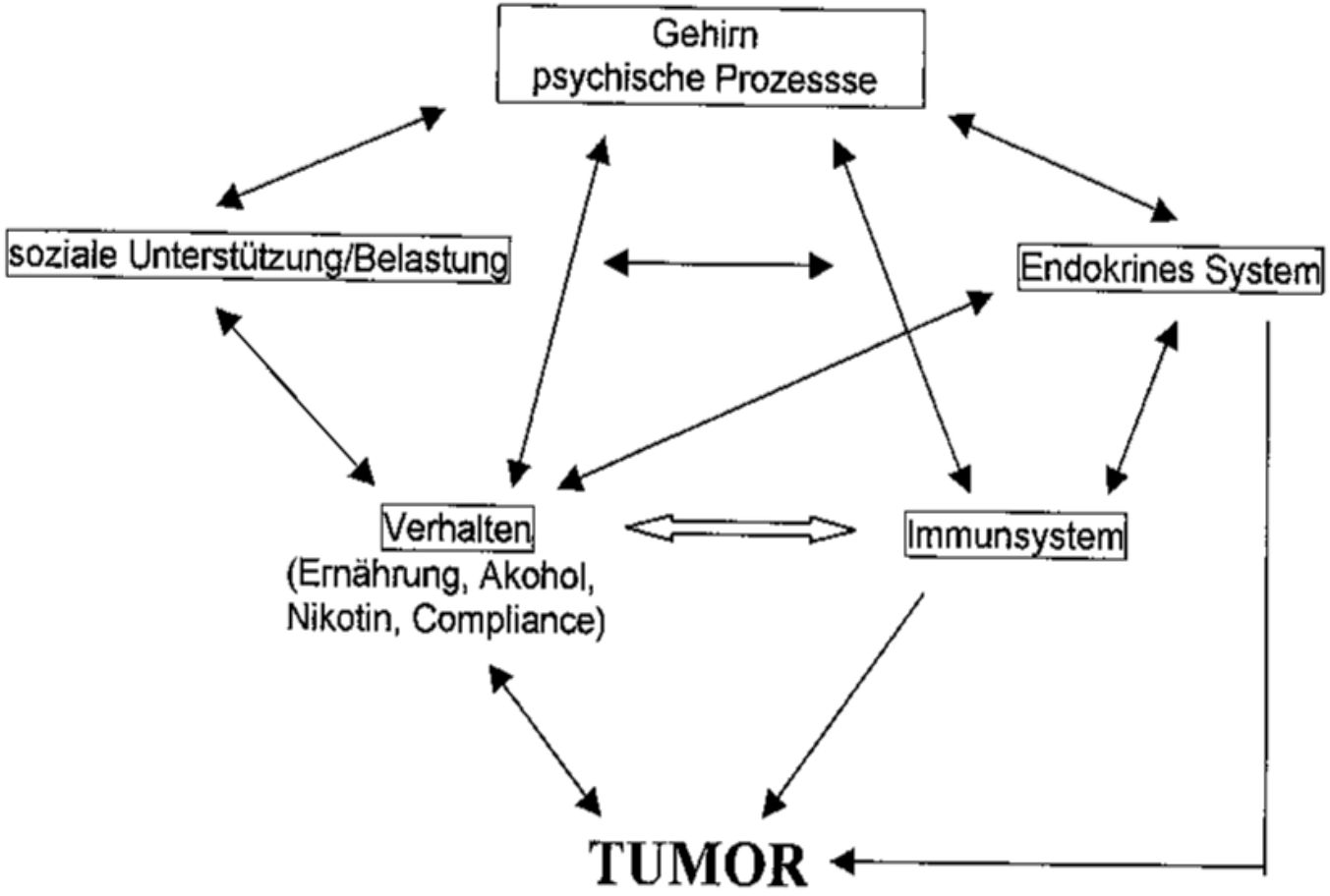
# PatientIn-Ärztin-Psychoonkologie
# Wer braucht was und wen?

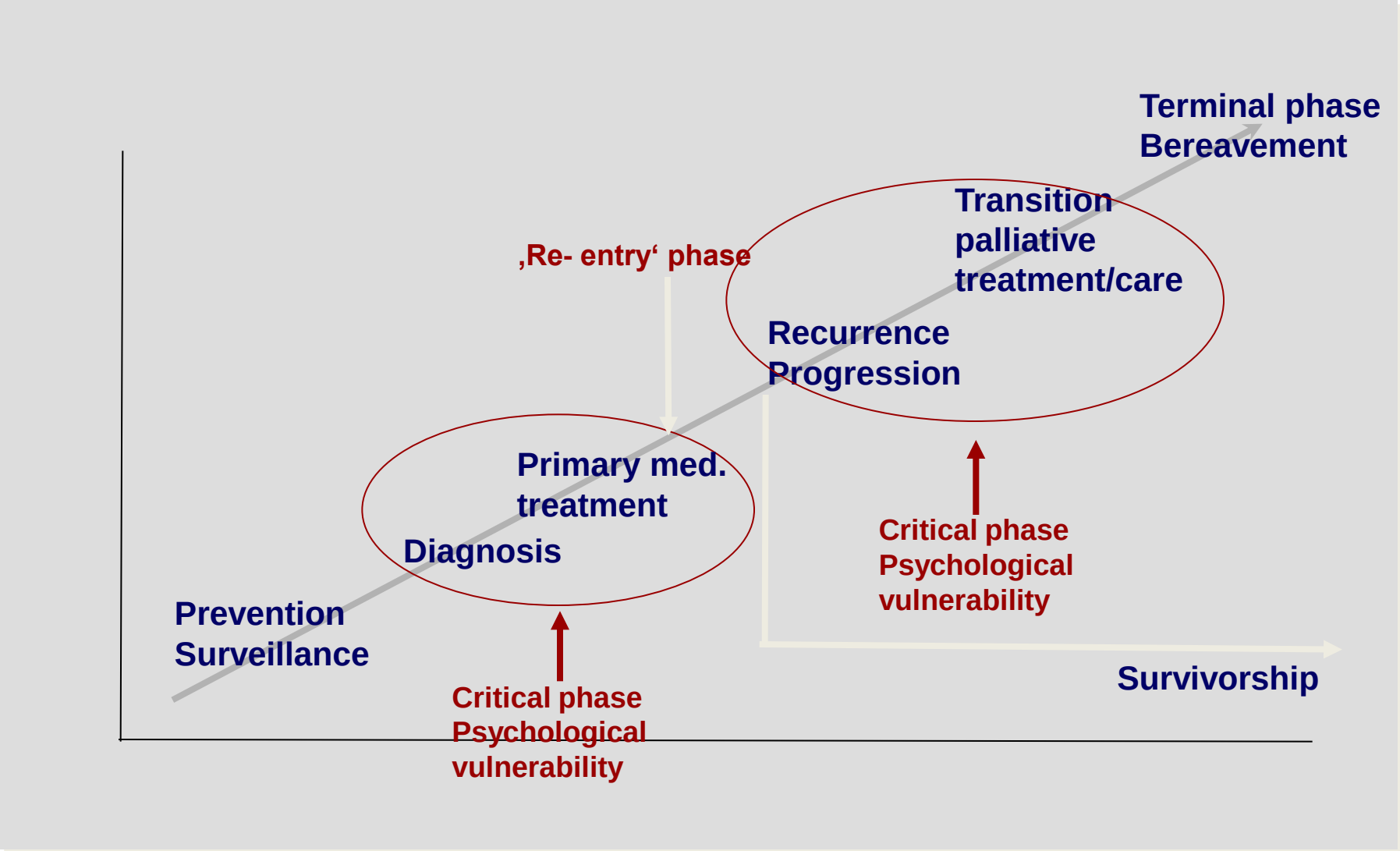
Gerhard Schüßler

Innsbruck




(Abb) Netzwerk des Immunsystems, endokrinem Systems und des psychosozialen Systems mit direkten (rechte Seite der Abbildung) und indirekten Wechselwirkungen (linke Seite der Abbildung) .

# The Cancer trajectory – critical phases



Biography – reactivation of previous (traumatic) experiences – resources

Guilt
Shame

vulnerability

**Psychological suffering**
- anxiety
- depression
- suicidal thoughts
- demoralisation
- confusion/delir

Cancer
Personal experience
threat to/loss of:
Control & autonomy
‚self'
social roles
Perspective to future

vulnerability

**Physical suffering**
- pain
- dyspnea
- exhaustion
- nausea
- funct.impairment

Existential/spritual dimension

Intimate relationships

**Medical system**
Attitude towards limitations
Doctor-patient interaction

‚Schock nach Ca Dx' –Existentielle Krise*

*Für Rezidiv, fehlender Behandlungserfolg ähnlich ….

Initiale Reaktion & Adaptation

Coping
Anpassung
Psych.Stabilisation

**60 - 80%**

Nicht gelungene Anpassung
Psychologische Symptome/ Leiden
Psychosoziale Funktions-störung

Psychische Komorbidität
F 32, F 41, F43

**20 - 40%**

# Entwicklung der Psychoonkologie (1)

**Ab 1970**
**Chemotherapie**
**Hämatologie**

**Ab 1980**
**Diagnosen-aufklärung**

**Selbsthilfegruppen**

**Ab 1980**
**Chemotherapie der Soliden Tumore**

**Onkologische Chirurgie**

**Überleben↑→**

## Ab 1960 bis 1980

**Retrospektive Studien zur Psycho-Ätiologie:**
**‚Typ C Persönlichkeit', Verluste, ‚Krebsfamilien'**
**Unterstützung der Betroffenen, Übermedikation**

## Stress & Coping

**Adaptation/Coping hilft Therapie zu überleben**

**Studien +/-**

**Edukative /VT Interventionen ‚coping skills'**

**Soziale Unterstützung**

## Lebensqualität

- **Behandlung und Erkrankung aus der Sicht des Patienten**
- **QoL als outcome in Onkologischen Studien**
- **QoL werden standardisiert**

Schü2072

# Entwicklung der Psychoonkologie (2)

Coping LQ

90er Jahre
Multimodale &
risikoadaptierte
Behandlung

Supportive Therapie
- Schmerz
- Emesis/Nausea
- Fatigue

Innovative 'Biologische' Behandlungsstrategien, Fortschritte in der Radiotherapie, Überlebensver-längerungen: Krebs wird zur chronischen Erkrankung

Risko-Populationen
Familliäre/Erbkrankheit
Prädisposition

➲

Psychotherapie gegen Krebs?
Interventionsstudie (RCT) +/-
Psychoneuroimmunologie &
-endokrinologie (?)

Somato-Psychische Interaktionen
Psychische Komorbidität….
Diagnostische – Screening - Interventionen
Psycho-Traumatologie

Salutogenetische Konzepte

2000 ➲
Arzt-Patient-Interaktionen
Kommunikation

‚Shared decision making'

Familien Perspektive:
Krebs & Familie
Interventionen für Paare und Familien

Psychologische Auswirkungen der
Genetischen Teste

# Evidence-based* Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen in der Krebsbehandlung

| |
|---|
| **1. Complex-Interventions[1], integrated in oncological care, are effective in reducing**<br>• Depression (MDD) in ca patients (mixed diagnoses/stages) (2) |
| **2. Psychoeducative interventions are effective in the treatment or prevention of:**<br>• depressive symptoms at diagnosis, prior to/after surgery (1) during chemotherapy (3)<br>• Anxiety and depressive symptoms during radiation therapy (1) |
| **3. Relaxation – combined with educative, cognitive or supportive components – are effective in the treatment or prevention of:**<br>• Anxiety during diagnosis process (2)<br>• Anxiety and depressive symptoms assoc with functional impairment (Stoma) (2), chemotherapy (3), radiation therapy (4)<br>• Anxiety and depressive symptoms in terminal cancer stages (2)<br>• Anxiety and depressive symptoms in patients with lung cancer (2) |
| **4. Supportive Therapy - Individual or Group- is effective in the treatment or prevention of**<br>• Depressive symptoms in breast cancer patients shortly after Dx (1), before/after surgery (2), following end of treatment (1)<br>• Anxiety and depression during radiation(1[2]) |

[1] Behandlung durch geschulte Pflegende: beinhaltet 1. klinische Diagnostik, 2. Rückmeldung an behandelnde Ärzte, 3. Empfehlung für antidepressive Medikation (GP) 4. max 10 Sitzungen KVT (Edukation, Information, Problemlösestrategien) 5. Monitoring mit monatlichem Telefonkontakt (3 Monate)
[2] supportive Gruppentherapie

* Based on RCT moderate – good quality

# Evidence-based* Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen in der Krebsbehandlung

| |
|---|
| **5. CBT Individual & group format is effective in treatment or prevention**<br>• Anxiety during chemotherapy (2) and Radiation therapy (1) in breast ca patients<br>• Anxiety after surgery in Melanoma patients (1)<br>• Anxiety, distress and depressice symptoms: various cancer sites & stages (3)<br>• Depressive symptoms in newly diagnosed breast cancer patients (1) advanced breast cancer patients (2)<br>• Depressive symptoms in cancer patients (various sites/stages) during chemotherapy (3) radiation therapy (1) |
| **6. CBT Interventions for couples & relatives are effective in reducing**<br>• Depressive Symptomen symptoms in cancer patients (various sites & initial and advanced stages) (2)<br>• Depressive symptoms in breast cancer patients after mastectomy (1)<br>• Impaired couple relationship (2) |
| **7. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) is effective**<br>• Reduction of anxiety und depressive symptoms in patients with various tumor sites/stages (1) |
| **8. Supportiv-expressive group intervention SEGT(50 sessions) is effective**<br>• Reduction of anxiety und depressive symptoms (3)<br>• Prevention of depression in advanced breast cancer patients (1) |

* Based on RCT moderate – good quality

# Evidence-based* Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen in der Krebsbehandlung

## Einfluss auf körperliche Symptome

Hinreichende Evidenz (RCT, Meta-Analysen) bezüglich der Reduktion von PT Interventionen

- Schmerz
- Fatigue
- Nausea
- Dyspnoe

* Based on RCT moderate – good quality

# Predictors of Shorter Survival in Oncology

1. Helpless / Hopelessness, Depression (DiClemente 1985; Goodkin 1985; Desai 1999; Watson 2000 & 2005)
2. Fatalism, stoicism (Weisman 1977; Temoshock 1985; Pettingale 1985)
3. Social alienation (Goodkin 1986)
4. Social deprivation (Boesen et al. 2007)

Meta-analysis (Satin et al 2009): major depression associated with 39% increase in mortality (31 studies)

# Psychotherapeutic interventions in cancer patients - preventive action?

## DSM-IV depression 6 moths follow-up

| Intervention (SEGT) N = 117 | | Control N = 60 |
|---|---|---|
| 38% | Persisting depression | 60% |
| 11% | New onset depression | 30% |
| 18% | Total | 40% |

Kissane et al, Psycho-oncology 2007

# STEP-WISE APPROACH

Die psychosoziale Versorgung sollte sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Fast alle Krebskranken haben ein großes Bedürfnis nach Information, sowohl um die mit der Tumordiagnose verbundene Unsicherheit besser zu bewältigen, als auch um bei medizinischen Entscheidungen mitwirken zu können. Neben der bio-psycho-sozialen Informationsvermittlung und einem an den Bedürfnissen der Patienten orientiertem Partizipationsangebot sollte ein routinemäßiges Screening auf psychische Belastung und das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung durchgeführt werden. Ein Screening ist aber nur dann sinnvoll, wenn auch eine entsprechende Versorgung angeboten wird. Das Angebot an psychoonkologischer Versorgung sollte ein niederschwelliges psychoedukatives Angebot umfassen, das den Patientinnen und Patienten Wissen und Bewältigungsstrategien an die Hand gibt und ihre Selbstwirksamkeit fördert. Bei Vorliegen stärkerer psychischer Belastung oder einer psychischen Störung sollte zudem eine intensivere psychologische und/oder pharmakologische Therapie angeboten werden. Eine derartig abgestufte Versorgung würde am ehesten dem Bedarf und den Bedürfnissen Krebskranker gerecht werden.

# Was wollen die Patinten?

- Eine Arzt-zentrierte ganzheitliche Behandlung

# Fortgeschrittene Krebserkrankung – Dilemma der Onkologie?

Folgen des Fortschrittes in der Psychoonkologie/ Onkologie

- Arzt-Patient-Kommunikation!
- Handeln statt Dialog?
- Behandlungsmöglichkeiten verhindern das Anerkennen von Grenzen?
- Was tun? Thema in der PO

Emil Nolde, Kranker, Arzt, Tod und Teufel (1911)

# Ängste bei Ärzten

- Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit
- Konfrontation mit dem möglichen Tod von Angehörigen und Freunden
- Angst vor der emotionalen Reaktion des Patienten bis hin zur Suizidalität
- Angst davor, ungeschickt und unsensibel vorzugehen (mangelnde Kompetenz, Überforderung)
- Angst vor dem eigenen Mißerfolg und Scheitern (Hinweis auf die Grenzen der medizinischen Machbarkeit)
- Angst vor dem Nicht-Handeln
- „Der Tod hat keine Abrechnungsziffer“

# Was muss geschehen, um die ganzheitliche Versorgung für Ca-Patienten zu verbessern?

1. Psychoonkologische C/L-Dienste sollten integrativ in der jeweiligen onkologischen Behandlungseinrichtung arbeiten, diese Einrichtung sollte nicht zersplittert sein:

   - Patienten-zentrierte Behandlung → vom Krebsmanagement zum Patientenmanagement

   - Individualisierte Stufen-Behandlungsmodelle (Step-wise care)

   - Familien-orientiert

# Was muss geschehen, um die ganzheitliche Versorgung für Ca-Patienten zu verbessern?

2. Multidisziplinäre Patienten-zentrierte Behandlung:
   - Verbesserung der effektiven Kommunikation/Unterstützung durch Ärzte/Schwestern

Methoden:

Ausbildung

Training (communication skills)

Supervision: Individuell, Team

# Meta-analyses of adherence to medical treatments

DiMatteo, 2000/2002

- Adherence reduces risk of a poor treatment outcome by 26% [63 studies; 19,456 subjects]
- Odds of non-adherence 3 times higher if depressed
- Odds of non-adherence not altered by anxiety (increase obsessive behaviors counters attentional deficit with panic)

# Communication training in oncology

**Curriculum for whole team:**

1. Breaking bad news
2. Shared decisions
3. Discuss Prognosis
4. Discuss adverse events
5. Respond to anger
6. Transition to palliation
7. Discuss dying
8. Run family meeting
9. Use of interpreters
10. Enroll in clinical trials

# Wörter
# können heilen und verletzen

**Ärzte** sollten niemals Unsicherheit und Schrecken vermitteln
„Mit Ihnen geht‘s bergab .....“
„Sie leben nur noch kurz .....“
„Der Befund ist schrecklich .....“
„Dieses Gefäß ist ein Witwenmacher .....“
„Wenn ich an Ihr Röntgen denke .....“
„Die nächste Herzattacke ist Ihre letzte .....“
„Wenn Sie diese Untersuchung (Behandlung, Operation) nicht durchführen lassen .....“

➔ endlose Angst und Sorge beim Patienten

Reinhold Niebuhr: mean well, do ill and justify ill-doing by well-meaning

Dogmatische, grimmige Arztgespräche vermindern Patientennachfrage

# Das SPIKES-Schema - Aufklärung

- 1. Setting up the Interview (Vorbereitung des Interviews): Damit ein Gespräch von Anfang an positiv verlaufen kann, sollte der Arzt innerlich kurz das Gespräch und seine Aufgabe reflektieren. Außerdem sollte er beispielsweise darauf achten, dass das Gespräch sitzend und auf gleicher Augenhöhe geführt wird. Der Patient sollte freundlich begrüßt und mit Namen angesprochen werden.
- 2. Find out the Patient's Perception of the Illness (Feststellung der Sicht des Patienten von seiner Krankheit): Zunächst sollte der Arzt versuchen, die Sicht des Patienten kennenzulernen. Dafür kann er bestimmte Techniken, wie zum Beispiel die Wiederholung des Gesagten, einsetzen. Er sollte auch das Verständnislevel und das Vokabular des Patienten beachten und versuchen, dessen Sprache zu sprechen.
- 3. Get an Invitation to give Information (Einladung zur Mitteilung der Informationen): Bevor der Arzt die medizinischen Informationen mitteilt, sollte er versuchen zu ermitteln, was der Patient erfahren will. Der Patient hat auch das Recht, nicht alles genau wissen zu wollen beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt, wenn er zu einer Aufnahme eher bereit ist.
- 4. Giving the Patient Knowledge and Information (dem Patienten Wissen und Informationen vermitteln): Der Mitteilung der Diagnose sollte sich schrittweise angenähert werden. Der Arzt sollte möglichst keine medizinischen Fachausdrücke benutzen, einfach und verständlich informieren und kontrollieren, ob der Patient ihn versteht.
- 5. Responding to Patient´s Emotions (Reaktion auf die Emotionen des Patienten): Die Gefühle des Patienten sollten auf jeden Fall einbezogen werden. Wenn Emotionen berücksichtigt werden, können Informationen auch aufgenommen werden. Eine wesentliche Voraussetzung für den Umgang mit Gefühlen ist ein empathisches Verhalten.
- Quelle: The Oncologist 2000; 5: 302–11

# Unterstützung des Krebskranken durch die Familie

- Emotionaler Beistand: Anerkennung, Trost, Trauer, Bestätigung von Gefühlen, u.a.
- Praktische Unterstützung: alltägliche Hilfe bis zur familiären Pflege
- Informative Unterstützung

# Risikofaktoren für Psychische Störungen

**Krankheits- und behandlungsbedingte Risikofaktoren**

- Fortgeschrittenes Krankheitsstadium, ungünstige Prognose
- Lungenkrebs, Gehirntumoren, HNO-Krebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Brustkrebs
- Schmerzen
- Eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit

**Individuelle und soziale Faktoren**

- Jüngeres Erkrankungsalter
- Weibliches Geschlecht
- Schwere Beeinträchtigung von Körper- und Selbstbild
- Beeinträchtigungen der kommunikativen Funktion
- Fehlende individuelle und soziale Ressourcen



Breitbart 1995; Zabora et al., 2001; Aschenbrenner et al. 2003

# Psycho-social/psychotherapeutic interventions: impact on survival

| | Patients | Intervention | Follow -up period years | Survival time |
|---|---|---|---|---|
| Edelman 1999<br>Aus | Advanced breast ca<br>N = 121 | 8 x CBT | 5 | NS |
| Goodwin 2001<br>Can | Advanced breast ca<br>N = 235<br>2:1 Rand IG/KG | 50 x SEGT | 5 | NS |
| Kissane 2004<br>Aus | Primary breast ca<br>N = 303 | 16 x CEGT | 7 | NS |
| Kissane 2007<br>Aus | Advanced breast ca<br>N = 227<br>2:1 Rand IG/KG | 50 x SEGT | 10 | NS |
| Spiegel 2007<br>US | Advanced breast ca<br>N = 122 | 50 x SEGT | 14 | NS |
| Küchler 2007<br>D | GI cancer (mixed)<br>N = 271 | Individual counseling<br>2 - 25 | 10 | HR 0.65<br>CI 0.50-0.86 |
| Boesen 2007<br>DK | Primary melanoma<br>N = 258 | Psycho-educational group<br>6 x 2hours | 6 | NS |
| Andersen 2008<br>US | Primary breast Ca<br>N = 227 | Biobehavioral group<br>26 x | 11 | HR 0.51<br>CI 0.28-0.93 |

# Genetic counseling in cancer care

**Communication of Risks in familial families:**

**e.g. BRCA 1/2 & daughters**

**When to begin screening?**

**Age to have genetic test?**

**Exposure to oral contraceptives**

**Lifestyle choices – age to reproduce, prophylactic surgery**

Übergewicht ist ein Risikofaktor für einige Krebsarten, 72.000 Fälle in Europa hängen mit Übergewicht zusammen

50 % der Darm-Ca-Erkrankungen könnten durch veränderte Ernährung (wenig geräucherte Fleischprodukte),
Sport,
Rauchen
vermieden werden

J. Cancer 2001 Bergström et al.