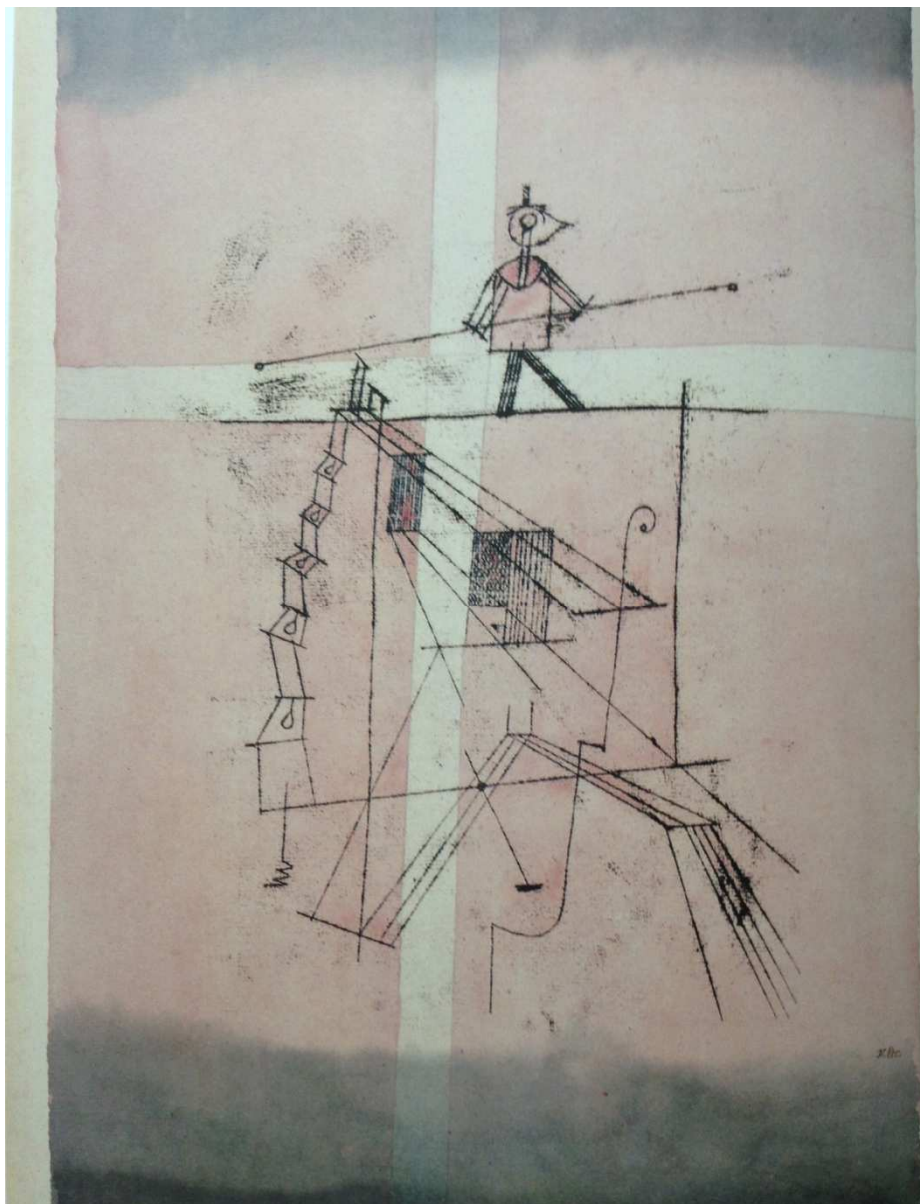




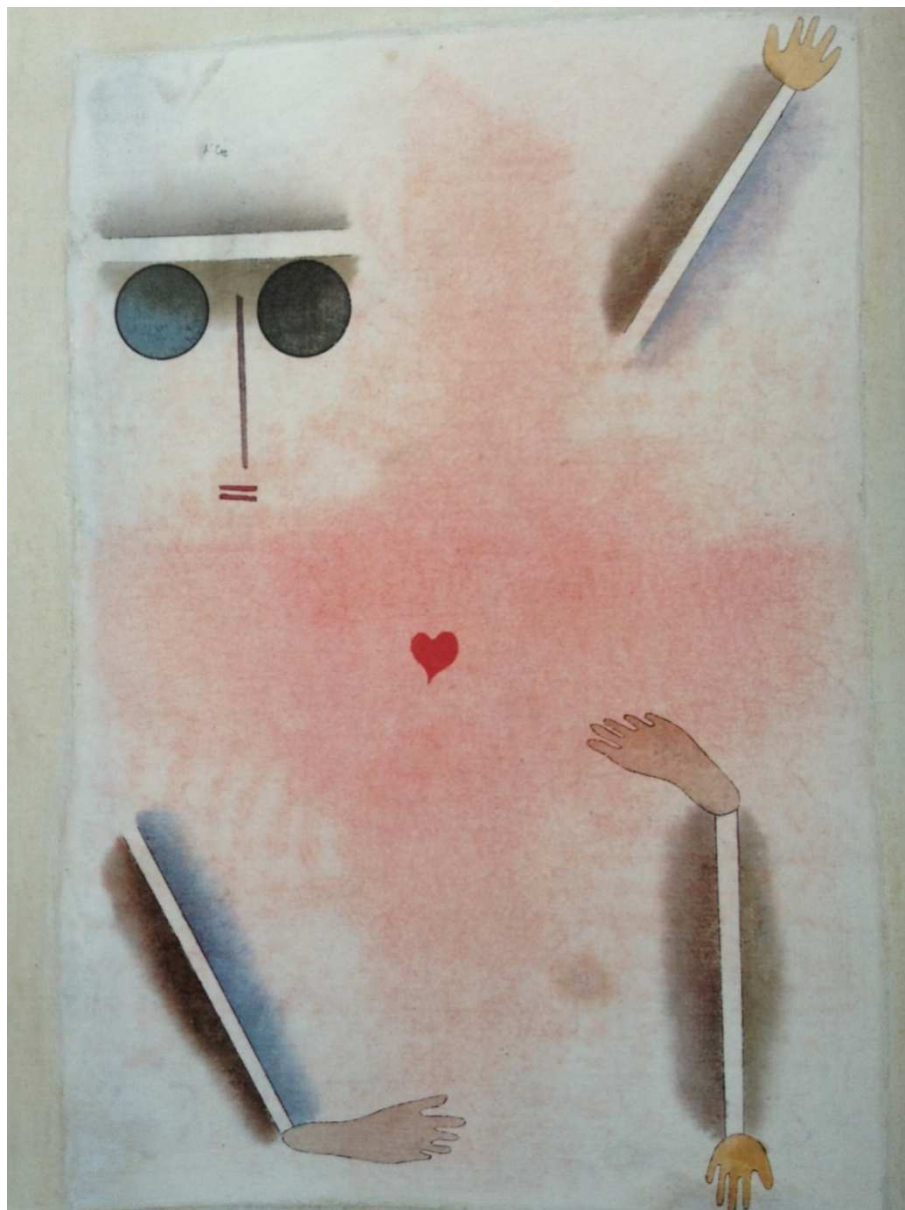
KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Schwierige Gespräche in der Klinik und Praxis

Christine Szinnai, Oberärztin und Doris Soder, Psychoonkologin




ΚΛΙΝΙΚ SCHÜTZEP
Rheinfelden




ΚΛΙΝΙΚ ΣΧÜTZEP
Rheinfelden

Psychoonkologische Aspekte bei Patienten mit Hirntumor

- Spezielle Aspekte
- Art und Häufigkeit psychischer Störungen
- Suizidalität
- Bedeutung der psychischen Störungen
- Screeningverfahren
- Behandlungsmöglichkeiten
- Behandlungserfolge

Spezielle Aspekte der psychischen Störungen bei Hirntumorpatienten

- Es gibt wenige Daten zu psychischen Störungen bei Hirntumorpatienten
- Die existentielle Bedrohung ist unmittelbarer als bei anderen Krebspatienten auf Grund der
 - Tumorlokalisation
 - Angst vor Kontrollverlust
 - Angst vor Krampfanfällen
 - Angst vor Wesensveränderung
 - Angst vor Autonomieverlust
 - häufig schlechte Prognose
- Auch Angehörige sind besonders betroffen durch die schlechte Prognose und mögliche psychische Veränderungen

Mögliche psychiatrische Störungen

- Schlafstörungen und Alpträume (F51, 51.5)
- Kognitive Defizite, dementielle Syndrome, Delir (F04, 05)
- Organische Persönlichkeitsveränderungen (F06)
- Depression (F32,33)
- Anpassungsstörungen (F43)
- Angststörungen (F41)
- Wiederauftreten/Verstärkung einer vorbestehenden psychischen Erkrankung

Häufigkeit der Depression und Angststörung

- 25-30% aller onkologischen Patienten entwickeln eine behandlungsbedürftige psychische Störung
- Depression bei rund 16-39% der Hirntumor-Patienten (je nach Screeningverfahren)
- Angstsymptomatik bei 11-35% der Hirntumorpatienten (insgesamt häufiger als Depression)
- Akute Belastungsreaktion bei 23%

Rooney Ag et al, J Natl Cancer Inst 2011

Goebel et al, J Neurooncol 2011

Goebel et al, Supp Care Cancer 2011

Prädiktoren für eine Depression bei Hirntumorpatienten

Mögliche Prädiktoren

- Eingeschränkte körperliche Funktionen
- Kognitive Beeinträchtigung
- Reduzierte Lebensqualität
- Tumorgröße als möglicher Faktor

Keine sichere Korrelation mit

- WHO-Grad
- Tumorlokalisation
- Soziodemografische Daten
- Art und Umfang der Behandlung

Depression

- DD zw Depression, Fatigue und organischem Psychosyndrom oft schwierig in der Praxis
- Symptome reichen von gedrückter Stimmung, über Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und –handlungen, Selbstverletzung, Schlafstörungen, vermindertem Appetit und Gewichtsabnahme

Fatigue

- Müdigkeit und Erschöpfung, welche sich durch Schlaf und Ruhe nicht beheben lässt
- Alltägliche Aktivitäten sind erschwert
- Verlangsamung beim Fühlen, Denken und Handeln

Angst

- Angst vor Krankheitsprogredienz, Schmerzen, Kontrollverlust, Einsamkeit, Verletzung der Integrität und der Autonomie
- Psychosoziale Situation ist wichtig
- Frauen sind häufiger betroffen
- Meningeompatienten hatten einen signifikant höheren Wert als Patienten aller anderen Tumorentitäten
- Glioblastom-Patienten erreichten den zweithöchsten Wert

Persönlichkeitsveränderungen

- Erhöhte Irritierbarkeit, emotionale Labilität, geistige Trägheit, Vergesslichkeit, Umständlichkeit, Antriebslosigkeit, Schläfrigkeit
- Angehörige sind verunsichert und überfordert durch diese Veränderungen
- Urteilsfähigkeit muss festgestellt werden

Belastende Ereignisse

- Erhalt der Diagnose als am meisten belastendes Ereignis
- Patienten mit zufriedenstellendem Aufklärungsgespräch erleben weniger Angst
- Gefolgt von der Angst vor Funktionsverlust (17%)
- der Angst an der Erkrankung zu sterben (13%)

Belastung der Angehörigen

- Deutliche Belastung durch mögliche Persönlichkeitsveränderungen, Pflegeabhängigkeit der Hirntumorpatienten
- fortschreitende Entwicklung von belastenden Symptomen wie Somnolenz, Schluckstörungen, Kopfschmerzen, epileptische Anfälle oder deliranten Zuständen
- Die Depressivitätswerte der Angehörigen liegen unter jenen der Patienten, die Angstwerte jedoch höher
- Eindeutige Assoziationen mit tumorabhängigen Variablen fehlen
- Angehörige leiden sowohl unter den psychischen als auch unter den neurologischen Veränderungen
- Ungewisse Zukunftsperspektive ist für die Angehörige präsenter als für die Patienten selber (67% versus 25%)

Suizidalität

- Erhöhung des Suizidrisikos wird unterschiedlich beurteilt
- Aufklärung und offene Kommunikation erhöhen Suizidrate nicht
- 90% der Patienten wollen offen informiert werden
- Suizidgedanken sollen angesprochen werden
- Ansonsten wächst Isolation, was zu zunehmender suizidaler Einengung führt
- Gezielte Unterstützung soll angeboten werden (Schmerztherapie, Entlastung von Angehörigen)

Bedeutung der psychischen Belastungen

- Verschlechterung der Lebensqualität, wobei das Vorliegen einer Depression der wichtigste Prädiktor ist
- Mehr postoperative Komplikationen
- Kürzere Lebenszeit

Aaronson NK et al, J Clin Oncol 2011

Litofsky NS et al, Neurosurgery 2004

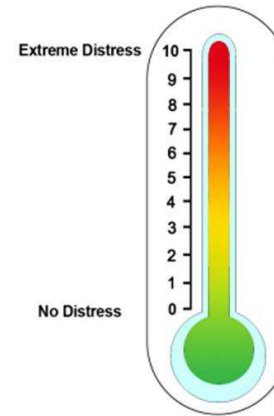
Kvale EA et al, Supp Cancer Care 2009

Screeningverfahren

- Patienten äussern Unterstützungsbedarf nur selten von sich aus
- Ein Screening aller Patienten ist zu empfehlen
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - Selbsteinschätzung von Ausmass der Depressivität und Angst
 - 14 items, vierstufige Antwort
 - cut-off ≥ 11
- Hornheider Screening Instrument (HSI)
- Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK)
- Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)
Einzigste Fremdeinschätzungsskala

Screeningverfahren

- Distress-Thermometer (DT)



« Wie belastet haben Sie sich in der letzten Woche gefühlt»

- Skala 1-10, Wert ≥ 5 auffällig belastet (andere Autoren empfehlen ≥ 6)
- Problemliste mit 36 konkreten Problemen in fünf Dimensionen (praktische, familiäre, emotionale, spirituelle, körperliche Probleme)
- Erfasst mehr psychosoziale Belastung als psychiatrische Symptome
- Begriff „distress“ soll Stigmatisierung verhindern
- Gehört in jede KG?
- Was geschieht damit?

Lebensqualität-Erfassung

- In der Universitätsklinik für Neurologie in Innsbruck wird bei jeder Konsultation die Lebensqualität mit einem Computerprogramm evaluiert
- Auch Angehörige werden erfasst
- Auswertung der Daten in Echtzeit (CHES)
- Onkologische Behandlung wird evaluiert und optimiert
- Zusätzlicher Behandlungsbedarf wird identifiziert

Behandlungsmöglichkeiten

- Behandlungsangebot soll niederschwellig erfolgen
- Alle Patienten mit einem überschwelligen Screening-Ergebnis sollen psychoonkologische Betreuung angeboten erhalten
- Belastung wird durch Patient selbst, Angehörige und Arzt oftmals unterschiedlich wahrgenommen
- Behandlungsmöglichkeiten sollen auch punktuell und nach Bedarf möglich sein
- Behandlungsangebot auch für Angehörige
- Therapiemöglichkeiten im Einzel- und Gruppensetting
- Selbsthilfegruppen

Psychotherapie

- Flexibles Setting
- Ressourcenorientiert
- Supportiv
- Gegenwart steht im Vordergrund
- Eingehen auf persönliches Krankheitskonzept
- Vermeiden von Deutungen
- Krisenintervention
- Fokussierte Intervention
- Einbezug von Angehörigen (systemische Therapie)

Weitere Therapieangebote

- Entspannungstechniken
- Kreative Therapien (Maltherapie)
- Körpertherapie (Physiotherapie, MTT, Körperwahrnehmung, Atemtherapie, Q-Gong etc)
- Sozialarbeit
- Ernährungsberatung

Es geht um eine Entlastung des belasteten Patienten

Gruppenintervention

- Interdisziplinäre Psychoedukation für Hirntumorpatienten und Angehörige
- Einmal monatlich ohne Anmeldung
- Information und Austausch
- 87% der Patienten und 88% der Angehörigen erlebten die Gesprächsrunde als wichtige Hilfestellung (

Medikamentöse Therapie

Affektive Störungen

- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Anxiolytische Therapie mit Benzodiazepinen grosszügig handhaben

Paranoid-halluzinatorische Symptome

- Antipsychotika
- Tranquilizer

Behandlungserfolge

- Verbesserte Lebensqualität
- Verbesserte Compliance
- Stärkung der Ressourcen
- Vermeiden von Folgestörungen
- Unbehandelte Depressionen beeinflussen Therapieerfolg und Überleben negativ
- Erste Hinweise, welche auch einen lebensverlängernden Effekt zeigen

Loberiza FR et al, J Clin Oncol 2002 und Onitilo AA et al, Gen Hosp Psychiatry 2006
Kuechler T et al, J Clin Oncol 2007 und Temel JS et al, N Engl J Med 2010

Frau W. B. geb. 1972

Diagnose:

Oligodendrogliom WHO II links frontal, ED 2003

- partiell-einfache (motorische) epileptische Anfälle mit zweimaliger sek. Generalisierung erstmals 03/2003
- 03/04 intratumorale Brachytherapie
- 02/05 Tumorresektion
- V.a. erneute fokale partielle einfache (sensomotorisch, Schmerz) Anfälle, vermutlich von links parieto-occipital ausgehend, erstmals 09/10
- 06/11 partielle mediane frontale Lobektomie, Resttumor mit Aktivität
- Ab 10/11 Temodaltherapie, Abbruch wg Erschöpfung 05/12

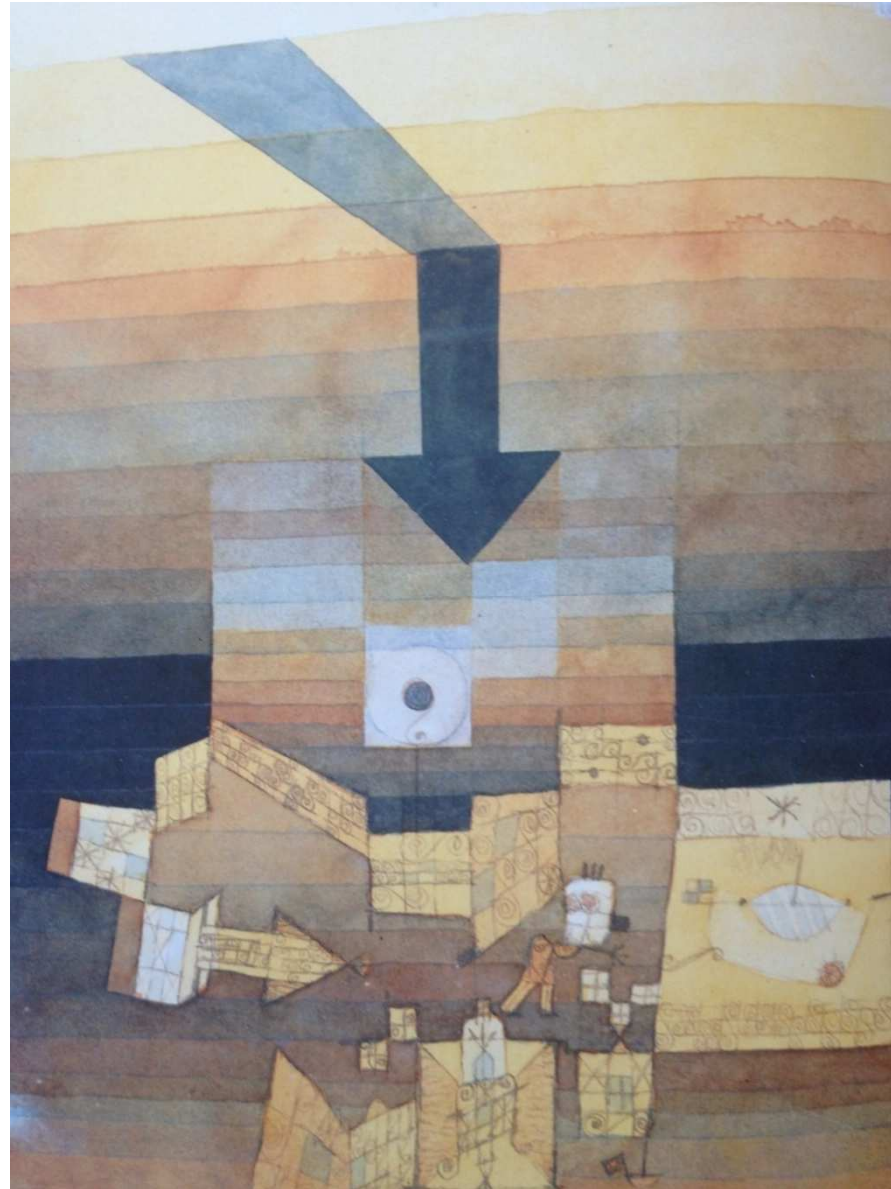
Frau W. B. geb. 1972

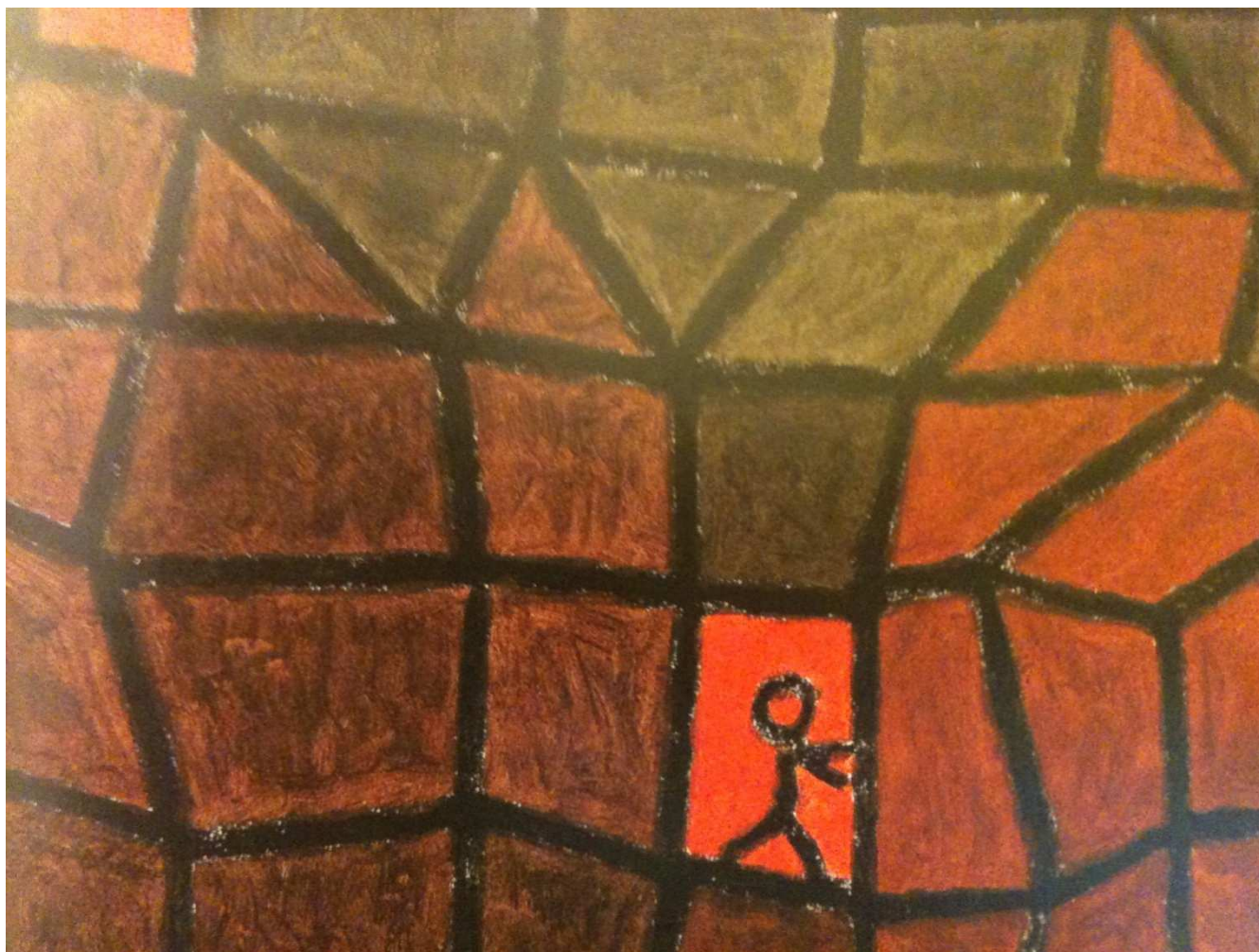
Nebendiagnosen:

- St.n. okzipitaler Hirninfarkt Nov 2002
- Re-exacerbiertes Cervikalsyndrom nach rez. HWS-Distorsionstrauma mit chron. Spannungskopfschmerzen



ΚΛΙΝΙΚ SCHÜTZEP
Rheinfelden





Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Woher? Wo? Wohin?