

Die Vielfalt unserer  
Patientinnen und Patienten

Donnerstag, 18. Januar 2018

KLINIK SCHÜTZEN  
Rheinfelden

# KREBS BEI PSYCHISCH KRANKEN

Judith Alder  
judith.alder@psychotherapie-psychoonkologie.ch

Eine Veranstaltung der  
Schweizerischen Gesellschaft  
für Psychoonkologie (SGPO)  
und der Klinik Schützen Rheinfelden



krebsliga schweiz

## Im Thema ankommen

- Was sind eure Erfahrungen und Themen, die euch heute hierhin führen
- Welche psychischen Störungen oder Situationen erlebe ich als besonders herausfordernd
- Welches Konzept hat meine Institution bereits, um Patienten mit einer onkologisch-psychischen Komorbidität gerecht zu werden

## Kontext der psychischen Störung

- vorbestehend chronisch oder rezidivierend
- reaktiv auf die Krebsdiagnose
- als Behandlungsnebenwirkung
- durch eine sich auf Hirnfunktionen auswirkende Krankheitsaktivität

*Psychooncology*. 2014 January ; 23(1): 40–51. doi:10.1002/pon.3372.

### **Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys**

Ora Nakash<sup>1</sup>, Itzhak Levav<sup>2</sup>, Sergio Aguilar-Gaxiola<sup>3</sup>, Jordi Alonso<sup>4</sup>, Laura Helena Andrade<sup>5</sup>, Matthias C. Angermeyer<sup>6</sup>, Ronny Bruffaerts<sup>7</sup>, Jose Miguel Caldas-de-Almeida<sup>8</sup>, Slivia Florescu<sup>9</sup>, Giovanni de Girolamo<sup>10</sup>, Oye Gureje<sup>11</sup>, Yanling He<sup>12</sup>, Chiyi Hu<sup>13</sup>, Peter de Jonge<sup>14</sup>, Elie G. Karam<sup>15</sup>, Viviane Kovess-Masfety<sup>16</sup>, Maria Elena Medina-Mora<sup>17</sup>, Jacek Moskalewicz<sup>18</sup>, Sam Murphy<sup>19</sup>, Yosikazu Nakamura<sup>20</sup>, Marina Piazza<sup>21</sup>, Jose Posada-Villa<sup>22</sup>, Dan J. Stein<sup>23</sup>, Nezar Ismet Taib<sup>24</sup>, Zahari Zarkov<sup>25</sup>, Ronald C. Kessler<sup>26</sup>, and Kate M. Scott<sup>27</sup>

- Datenanalyse WHO-Studie zu Mental Health, Untersuchung zur Komorbidität Krebs / psychische Störung
- Klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen
- 12-Monatsprävalenz von *affektiven und Angststörungen* bei Krebspatienten im Vergleich zu Gesunden
- Aktive Krebserkrankung: 18.4%, Survivors 14.6%, Personen ohne Krebs 13.3%

## Prävalenz psychischer Störungen bei Krebs

### Akutbehandlung

- Metaanalyse über 8 Studien, N=1448 Patienten, reliable Messinstrumente
  - Prävalenz psychischer Störungen = 32%<sup>1,2</sup>

### Fortgeschrittenes Stadium

- syst. Review: Ca. 50%<sup>3</sup>

Prevalence of Psychiatric Disorders in Advanced Cancer

	Advanced disease	Terminal illness	Caregivers
Adjustment disorder	14%-34.7%	10.6%-16.3%	—
Anxiety disorders			
Generalized anxiety	3.2%-5.3%	5.6%	3.5%
Panic disorder	4.2%	5.5%	8.0%
Post-traumatic stress	2.4%	0%	4.0%
Unspecified	—	4.7%	—
Any	6%-8.2%	13.9%	—
Depressive disorders			
Major depression	15%; range, 5%-26%	6.7%-17.8%	4.5%
Minor depression	7.2%-25.6%	2.1%	—
Dysthymia	—	4.5%	—
Any	14.1%-31%	20.7%	—

<sup>1</sup>Singer et al., 2010, Annals of Oncology, <sup>2</sup>Singer et al., 2013, Psychooncology  
<sup>3</sup>Miovic&Block, 2007, Cancer

### Original Article

FREE

February 2013

## Cancer-Related Mortality in People With Mental Illness

Stephen Kisely, MD, PhD; Elizabeth Crowe, MB, ChB; David Lawrence, PhD

[> Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

*JAMA Psychiatry.* 2013;70(2):209-217. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.278

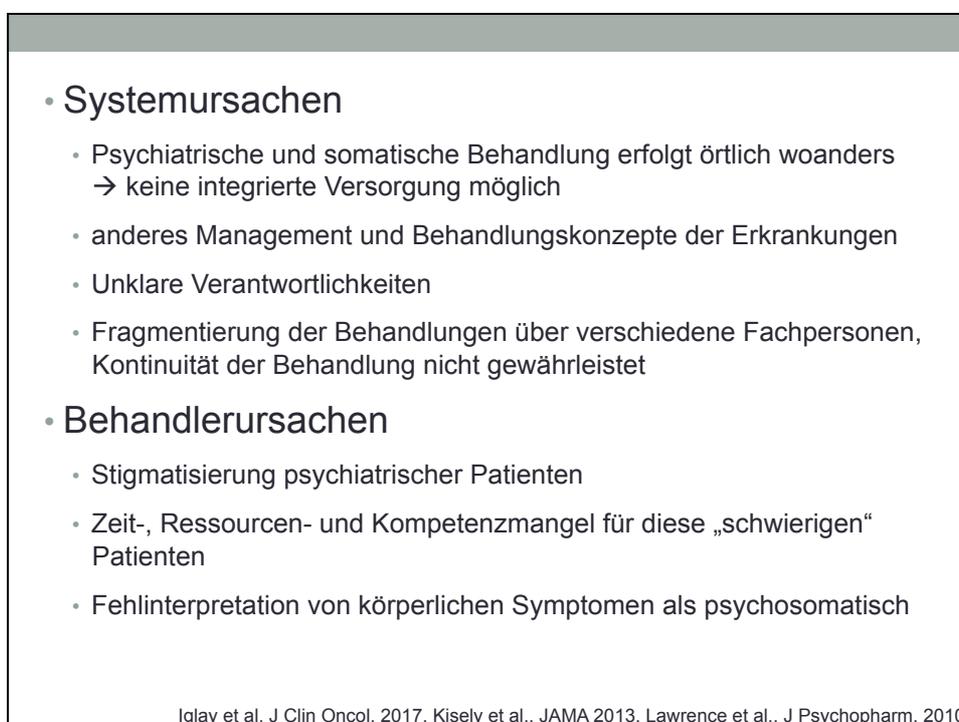
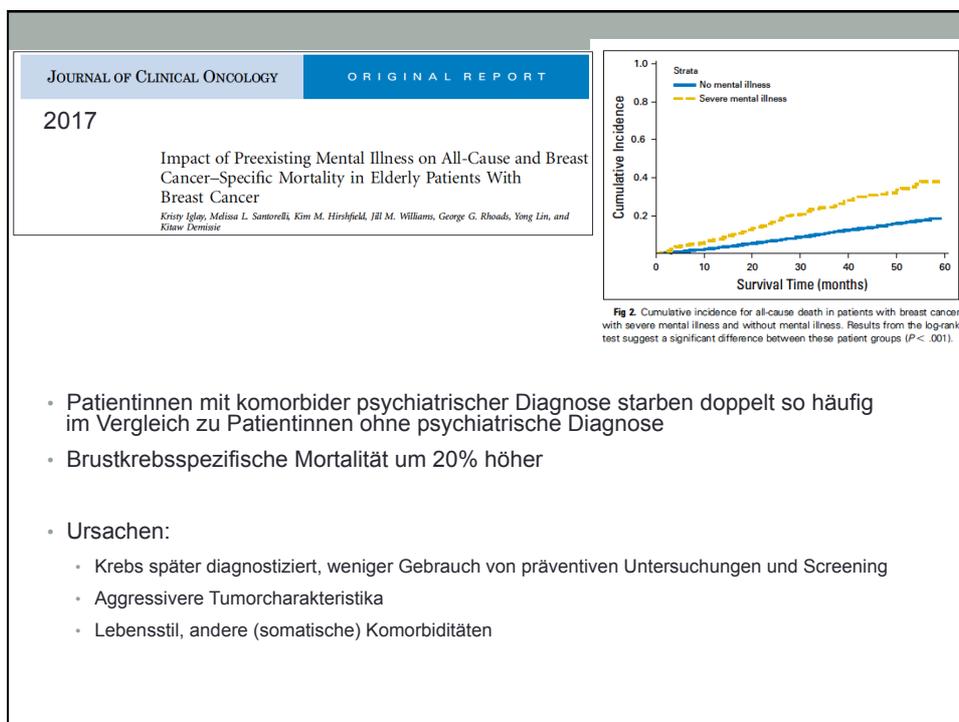
- Populationsbasierte epidemiologische Studie in Westaustralien
- 135'442 Krebsdiagnosen davon 6586 Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose (knapp 5%, record-based)
- Krebsinzidenz bei psychiatrischen Patienten um 12% niedriger (Ausnahme Lungen-Ca) verglichen mit der alters- und geschlechtsgematchten Allgemeinbevölkerung
- Mortalität um 41% höher (alle Sterbegründe) und um 20% höher für Krebsmortalität

**Table 4. Cancer Incidence and All-Cause Mortality of Patients With Specific Psychiatric Disorders as Compared With the Rates of the Sex- and Age-Matched General Population**

Psychiatric Disorder	Incidence		Mortality	
	No.	Rate Ratio (95% CI)	No.	Rate Ratio (95% CI)
<b>Male</b>				
Dementia	685	1.19 (0.85-1.68)	473	1.72 (1.57-1.89)
Alcohol or drug disorders	391	1.18 (1.06-1.31)	219	2.10 (1.84-2.40)
Schizophrenia	129	0.79 (0.61-1.02)	72	2.21 (1.75-2.78)
Affective psychosis	358	0.85 (0.75-0.98)	129	1.08 (0.91-1.28)
Other psychoses	302	1.14 (1.01-1.28)	165	1.75 (1.50-2.04)
Neurotic disorders	260	0.91 (0.79-1.06)	120	1.37 (1.14-1.63)
Personality disorders	35	0.74 (0.48-1.15)	14	1.69 (1.00-2.85)
Stress or adjustment reaction	267	0.79 (0.65-0.95)	83	0.95 (0.77-1.18)
Depressive disorder	423	1.04 (0.93-1.17)	204	1.48 (1.29-1.69)
Nonspecific diagnosis	102	0.54 (0.35-0.83)	30	0.96 (0.67-1.37)
Total <sup>a</sup>	3147	0.86 (0.82-0.90)	1569	1.52 (1.45-1.60)
<b>Females</b>				
Dementia	714	0.84 (0.61-1.14)	539	1.41 (1.29-1.54)
Alcohol or drug disorders	123	1.16 (0.97-1.39)	55	1.91 (1.47-2.49)
Schizophrenia	146	0.97 (0.81-1.16)	75	1.77 (1.41-2.22)
Affective psychosis	459	0.91 (0.81-1.02)	132	1.08 (0.91-1.28)
Other psychoses	227	1.59 (1.29-1.97)	146	1.81 (1.54-2.14)
Neurotic disorders	419	0.96 (0.87-1.07)	147	1.08 (0.92-1.27)
Personality disorders	27	1.09 (0.73-1.65)	9	1.43 (0.74-2.75)
Stress or adjustment reaction	396	0.92 (0.79-1.06)	93	0.90 (0.73-1.10)
Depressive disorder	538	0.97 (0.88-1.07)	197	1.29 (1.12-1.48)
Nonspecific diagnosis	188	0.81 (0.65-1.02)	42	0.84 (0.62-1.14)
Total <sup>a</sup>	3439	0.92 (0.88-0.96)	1487	1.29 (1.22-1.36)

<sup>a</sup>Includes attempted self-harm and other mental disorders not listed here.

- Mehr Patienten mit metastasierter Erkrankung bei ED (v.a. Mamma-Ca, Lungen-Ca)
- Es wurde weniger oft operiert, weniger Chemotherapiezyklen und weniger oft Bestrahlungen durchgeführt



- **Patienten:**

- Gesundheitsrisiken/Lebensstilfaktoren (Substanzkonsum, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht)
- Mehr Medikamentennebenwirkungen → Behandlungsabbrüche
- soziale Isolierung und geringere Nutzung des Medizinalsystems
- kognitive Einschränkungen und Kommunikationsprobleme
- Angst und Misstrauen gegenüber Behandelnden
- Selbstvernachlässigung
- Motivations- und Antriebsmangel
  - wirkt sich auf Compliance aus

Iglay et al. J Clin Oncol, 2017, Kisely et al., JAMA 2013, Lawrence et al., J Psychopharm, 2010

## PSYCHIATRISCHE NOTFÄLLE

---

Kontakt mit dem Patienten, Aggression und Agitation,  
Suizidalität, Urteilsfähigkeit

## Die häufigsten psychiatrischen Notfälle

- **Panikattacken**
- **Agitiertheit bis Aggressivität, manische Symptome**, häufig medikamenteninduziert
- **Suizidalität** aufgrund von Depression, hohem Leidensdruck wegen Schmerzen u.a.
- **Behandlungsverweigerung**, Patienten, die Spital gegen ärztlichen Rat verlassen oder Behandlung verweigern
- Drogen- Alkohol **Intoxikation** oder **Entzug**
- **Delirium** aufgrund von Opiaten, Steroiden, ZNS-Erkrankung

## Risikofaktoren für psychiatrische Notfälle

- Fortgeschrittene Erkrankung
- Unterbehandelte oder schlecht kontrollierbare körperliche Symptome
- Krankheitsbezogene Auslöser (ZNS/Hirn-Ausbreitung, metabolische Unregelmässigkeiten)
- Behandlungsbezogene Auslöser (Corticosteroide, gewisse Chemoth., Ganzhirnbestrahlung, Opiate)
- Psychiatrische Vorerkrankung
- Soziale Faktoren (Vorerfahrungen mit Krebs, soziale Isolation, kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person)

## Kommunikation bei psychiatrischen Notfällen

- Ruhige Haltung einnehmen, Bezugsperson bestimmen
- Fokus nicht auf Inhalt (der Angst, des Wahns etc.) sondern auf dahinterliegende Emotionen, Verhalten und Symptome
- Nicht einfach nett und verständnisvoll sein, sondern Problematik/Verhalten ehrlich benennen und handeln
- Ziel ist es, eine Situation herzustellen, die die Bedürfnisse aller befriedigt
  - die Botschaft – nicht unbedingt den Inhalt - des Patienten einführend und ohne zu kritisieren aufnehmen (auch wenn diese Botschaft aggressiv oder beschuldigend ist)

## Ersteinschätzung: Ist der Patient erreichbar, kann ich mit ihm in Kontakt kommen?

- Kontakt aufnehmen
  - Blickkontakt halten ohne anzustarren
  - Patienten mit Namen ansprechen
  - Ruhe vermitteln, bestimmter Ton
  - Bei Aggressivität/Agitiertheit zugewandte Körperhaltung und Distanz ca. auf Armlänge
- Optionen falls nicht erreichbar:
  - Patienten in ruhigen, reizarmen Raum begleiten – Teammitglieder, die im Fokus einer paranoiden Symptomatik sind, ausschliessen
  - Familienangehörige befragen, ev. einbeziehen: seit wann, Alkohol/Drogeneinfluss, psychiatrische Vorgeschichte
  - Liaison-/Notfallpsychiater ggfls. Sicherheitsdienst
  - Bei starker Unruhe Notwendigkeit einer medikamentösen Intervention prüfen
  - falls keine Alternative: ev. Nicht-Wahl Wahl anbieten: „wir können Ihnen das beruhigende Medikament als Flüssigkeit geben oder in den Arm spritzen oder Sie nun stationär aufnehmen“
  - Über alles informieren, ruhige einfache Sätze, den Patienten Sorgen ausdrücken lassen

## Intervention bei Aggression / Agitiertheit

- Wertfreie Beobachtung äussern
  - Sie sind ziemlich schnell auf die Abteilung gekommen und sprechen laut und schnell auf mich ein. Ich sehe, dass Sie erregt (ev. wütend etc.) sind.
- Eigenes Gefühl beschreiben
  - Dies ist für mich unangenehm und verunsichert mich / ich fühle mich bedroht
- Bedürfnis oder Wunsch äussern
  - Ich möchte Ihnen unbedingt gerecht werden in Ihrer Erregung, und möchte ein ruhiges Gespräch mit Ihnen führen können
- Bitte formulieren, eine Wahl geben
  - Sagen Sie, ob Sie bereit sind, mit mir und XY in einen ruhigen Raum zu gehen damit wir für diese Situation eine Lösung finden, die für uns beide stimmt. Ansonsten werde ich Sie bitten, die Abteilung zu verlassen oder den Sicherheitsdienst rufen.

In Anlehnung an gewaltfreie Kommunikation, Rosenberg und andere

## Kriterien zur Einschätzung der akuten Suizidalität

- Vorliegen einer Krisensituation
- Vorliegen aktiver Suizidtendenzen
- Psychopathologische Symptome: Hoffnungslosigkeit, Resignation, Wahnhinhalte, Einengung auf suizidale Gedanken, unkontrollierbare Schmerzen, Schlafstörungen, Unruhe, Hilflosigkeitserleben, schwere Schuld- und Versagensgefühle
- Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist nicht möglich, der Patient ist nicht absprachefähig

## Suizidalität abklären

- Bei Andeutungen direkt ansprechen: Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
- Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Konnten Sie diese Gedanken wieder wegschieben?
- Haben Sie Ideen oder Pläne, wie oder wann Sie es machen würden?
- Haben Sie mit jemandem über Ihre Suizidabsicht gesprochen?
- Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Hat sich jemand in Ihrer Familie oder Bekanntenkreis das Leben genommen?

## Suizidalität abklären Forts.

- Gibt es etwas, das Sie davon abhält? Was müsste gegeben sein, damit Sie weiterleben können?
- Wer sind wichtige Bezugspersonen?
- Welche Probleme wirken unlösbar? Welcher Zustand soll aufgehoben werden?
- Haben Sie Schmerzen oder andere sehr einschränkende Beschwerden, die bisher nicht genug berücksichtigt wurden?
- Stehen Sie mit einer Sterbehilfeorganisation in Kontakt und gibt es bereits einen konkreten Zeitplan?

## Urteilsfähigkeit einschätzen

- Fehlendes Einverständnis mit dem vorgeschlagenen medizinisch indiziertem Vorgehen bedeutet nicht automatisch Urteilsunfähigkeit
- Eine Diagnose (bspw. Demenz) reicht nicht aus → Begründung auf Ebene von Symptomen und Fähigkeit
- Strukturierte Erfassungsinstrumente alleine reichen nicht aus. MMSE-Werte zwischen 16-26 sind zu wenig informativ, für Werte <16 und > 26 ist Vorhersagekraft besser
  - siehe <http://www.ibme.uzh.ch/dam/jcr:fffff-6a6d-875d-0000-000071a7d347/Urteilsfaehigkeit.pdf>
- Urteilsunfähigkeit ist nicht eine absolute Grösse
  - Tagesschwankungen
  - bei einer leichten kogn. Beeinträchtigung kann die Urteilsfähigkeit bzgl. einfachen Entscheidungen vorhanden sein, bzgl. komplexen Entscheidungen jedoch nicht
- Ziel: Abschätzen der Fähigkeit, die Situation korrekt aufzufassen und eine nach eigenen Wertmassstäben sinnvolle Entscheidung treffen zu können
- Psychopathologischer Befund und Angaben aus dem sozialen Umfeld

**Urteilsfähigkeit** Schweiz Med Forum 2014;14(11):221–225  
 Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung

Manuel Trachsel, Helena Hermann, Nikola Biller-Andorno  
 Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich, Zürich

Fähigkeiten Entscheidungen/Urteile fällen zu können

- Eine Wahl ausdrücken können
- Behandlungsrelevante Informationen verstehen können, inkl. Risiken, Nutzen, Alternativen
- Informationen auf die eigene Situation anwenden
- Rationale Denk- und Entscheidungsprozesse auf dem Hintergrund von eigenen Werten anwenden

Relevante Aspekte für die Beurteilung von UF\*

<b>Erfassung des psychopathologischen Status</b>
– Kognitive Funktionen (z.B. Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis)
– Emotionale Faktoren (z.B. Angst, Depressivität, Suizidalität)
– Weitere Symptome wie psychotische und manische (z.B. Wahn, formale Denkstörungen, Impulsivität)
<b>Erfassung der für UF relevanten psychischen Fähigkeiten (z.B. SAMW-Kriterien*)</b>
<b>Verständnis der situationsspezifischen Anforderungen</b>
– Art und Komplexität der Erkrankung und der Behandlungsoptionen
– Weitere situationale Faktoren (z.B. Zeitdruck, soziale Unterstützung des Patienten)
<b>Berücksichtigung der Konsequenzen und Alternativen einer medizinischen Entscheidung</b>
– Evaluation der Chancen und Risiken einer Behandlung aus medizinischer, psychologischer und sozialer Perspektive
– Berücksichtigung der Verfügbarkeit alternativer Behandlungen
<b>Periodische Reevaluation der Fähigkeiten des Patienten und der Situation</b>

Siehe auch richtlinien\_samw\_zwangsmassnahmen.pdf

## Schlussfolgerungen für die ((psycho)onkologische) Behandlung psychiatrischer Patienten

- Sensibilisierung für Massnahmen von Früherkennung und Prävention bei psychisch Kranken
  - Unterstützung bei der Bewegung durch das Gesundheitswesen (Mammographie/Darmscreening, HPV, PAP etc.)
  - Ev. Begleiten oder Rücksprache mit Arzt, Verbindlichkeiten schaffen
- → Frühzeitige Diagnostizierung beider Erkrankungen, patientenzentrierte Behandlungsaufklärung (generell mehr Zeit einplanen), gleiche Chancen schaffen
- Psychoonkologischen Therapeuten frühzeitig und langfristig in die onkologische Behandlung einbeziehen, mit PsychotherapeutIn/PsychiaterIn absprechen, ergänzende Begleitung durchaus sinnvoll

- Vorausschauende Planung früh in palliativer Phase, Prozedere besprechen, Übergänge erleichtern, bspw. durch gemeinsamen Besuch einer Institution
- Psychopharmakologische Therapie / onkologische Therapie abstimmen
- Psychiatrische Notfälle vorausplanen und nach Möglichkeit verhindern: Sensibilisierung bzgl. Frühsymptomen, Notfallpläne vorbereiten, Einbezug der Angehörigen
- Umfeld stützen und ggfls. entlasten: Doppelbelastung psychiatrische Erkrankung / Krebs

## Ergänzungen aus der Diskussion

- Sensibilisierung, was hinter einem „schwierigen Patienten“ liegt
- Hausärzte immer einbinden, Patienten motivieren, weiterhin zum HA zu gehen
- Edukation des Behandlungsteams zu Störungsbild und individueller Symptomatik
- Bewusstsein schaffen, dass psychiatrische Diagnose relativ grobe Kategorien sind → patienten-zentrierte Aufklärung des sonstigen Behandlungssystem
- Bewusstheit schaffen, dass auch psychiatrische Symptome tagesformabhängig sind
- Gefässe schaffen für die interdisziplinäre Arbeit
- Augenhöhe mit Patienten schaffen
- Bewusstes Lernen von guten und schwierigen Verläufen

## Ergänzungen aus der Diskussion

- Soziale Einbindung des Patienten fördern, ev. Bezug Psychiatrie-Spitex
- Regionalen Kompass erstellen mit Adressen von kompetenten psychoonkologischen Fachpersonen
- Somatopsychologische Stationen und Angebote entwickeln
- Vorzeitige Planung muss v.a. Ende der onkologischen Behandlung berücksichtigen → Krise kommt oft danach, AUF-Zeugnis kann entlastend sein! → psychotherapeutische Anbindung gewährleisten
- Netzwerkpflege resp. -aufbau: Psychiater/ Psychotherapeut, Psychoonkologe, Onkologe, Spitex
- Betroffene einbeziehen bspw. bei Notfallplanung