

Auswirkungen einer Krebserkrankung auf Erkrankte und Angehörige

Univ.-Prof. Dr. Tanja Zimmermann

Professur für Psychosomatik und Psychotherapie mit Schwerpunkt Transplantationsmedizin und Onkologie

Medizinische Hochschule Hannover

Warum Psychoonkologie?

- Krebserkrankungen in Industrieländern höchste Inzidenz
 - 50% der Männer und 43% der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs
- sinkenden Mortalität → Zunahme der „Cancer Survivor“ (in Dt. ca. 5 Mio.)
 - 53% zeigen **Gesundheitsprobleme**
 - z.B. Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Fatigue
 - 49% zeigen **nicht-medizinische Probleme**
 - z.B. Teilhabe an der Arbeit, Einbußen der Selbstständigkeit, Depressivität, Angst
- **Krebserkrankung ist kein isoliertes körperliches Problem, sondern beeinträchtigt auch das psychische Befinden**

Bray et al., 2018; Mehnert & Koch, 2016; Wolff et al., 2005
Bild: pixabay

Psychoonkologie

synonym ‚Psychosoziale Onkologie‘



S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ 2014; Mehnert-Theuerkauf, Faller, ... Zimmermann, 2020

Psychoonkologische Versorgungsangebote

Leitlinienprogramm
Onkologie

Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen

Langversion 2.01 (Konsultationsfassung) – Dezember 2022
AWMF-Registernummer: 032/0510L

NATIONALE DEKADE GEGEN KREBS
UNTERSTÜTZER

Bundesministerium für Gesundheit

Nationaler Krebsplan
Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen

ONKOZERT

Interventionen

- Beratung
 - Information
 - Krisenintervention
 - Psychoedukation
 - Psychotherapie
- in allen Phasen der Krebserkrankung



Darüber hinaus:

- Supportive Angebote, wie z.B. Kunst- und Musiktherapie, Sport, Entspannung etc.
- Selbsthilfegruppen

aus Diegelmann, Isermann & Zimmermann, 2020; S3 Leitlinie Psychoonkologie, 2022

Psychoonkologische Versorgung heute

FORUM

Aktuelles

Forum
<https://doi.org/10.1007/s12312-021-00944-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



A. Stengel¹ · A. Dinkel² · A. Karger³ · M. Kusch⁴ · L. Hentschel⁵ · P. Herschbach⁶ · K. Hönig⁷ · B. Hornemann⁸ · I. Maatouk⁹ · B. Senf¹⁰ · B. Stein¹¹ · J. Wiltink¹² · M. Wickert¹ · U. Goerling¹³

¹Comprehensive Cancer Center Tübingen-Stuttgart, Sektion Psychoonkologie, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; ²Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Fakultät für Medizin, Technische Universität München, München, Deutschland; ³Centrum für Integrierte Onkologie, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ⁴Klinische Psychoonkologie, Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland; ⁵Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (UCC/NCT), psychoonkologischer Dienst, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland; ⁶Psychoonkologie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Comprehensive Cancer Center Ulm, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland; ⁷Sektion Psychoonkologie, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; ⁸Abteilung Psychoonkologie, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT), Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt, Deutschland; ⁹Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland; ¹⁰Comprehensive Cancer Center Mainz, Sektion Psychoonkologie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland; ¹¹Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Charité Comprehensive Cancer Center, Berlin, Deutschland

Best Practice: psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers

„Die psychoonkologische Versorgung von Patient*innen mit Krebserkrankungen gehört heute zum Standard einer multiprofessionellen, qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Krebsmedizin.

In Deutschland ist sie zudem zertifizierungsrelevant.“

Stengel et al., 2021. Best Practice: psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers

Versorgungsdichte von psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangeboten

Psychoonkologische Versorgung in Deutschland:

Bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse

Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Koordination:

Holger Schulz¹, Christiane Bleich¹, Carsten Bokemeyer², Uwe Koch-Gromus³ & Martin Härter¹

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Michaela Dabs¹, Wiebke Frerichs¹, Leon Sautier¹

- **Ambulant und Nachsorge**
 - Erhebliche regionale Unterschiede
 - Bei mehr als der Hälfte der Regionen in D. Versorgungsdichte < 50%
 - Bei 30% Versorgungsdichte 50-70%

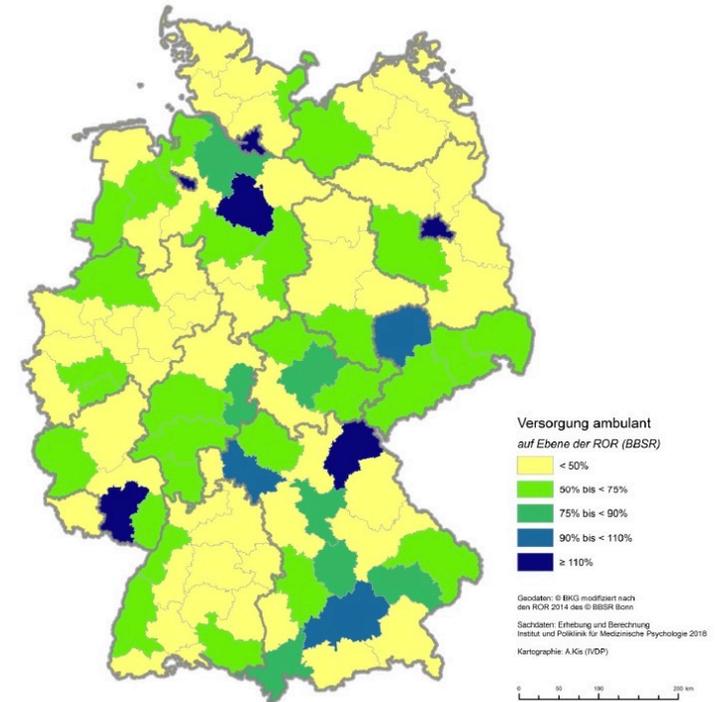


Abbildung 29: Geschätzter Deckungsgrad für die ambulante psychoonkologische Versorgung einschließlich Nachsorge in Deutschland auf der Ebene der Raumordnungsregionen (ROR)

Kurzbericht: Schulz, Bleich, Bokemeyer, Koch & Härter (2018)

Versorgungsdichte von psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangeboten

- Stationär
 - Höhere Versorgungsdichte, insbesondere an universitären Standorten
 - Bei 40% < 50%
 - Bei 20% > 110%
- Angebotsarten und –formen
 - Vielfalt an angemessenen und von den Leitlinien gestützten Leistungsangeboten
 - Angebote für Patient*innen mit Migrationshintergrund und fremdsprachliche Angebote fehlen weitgehend

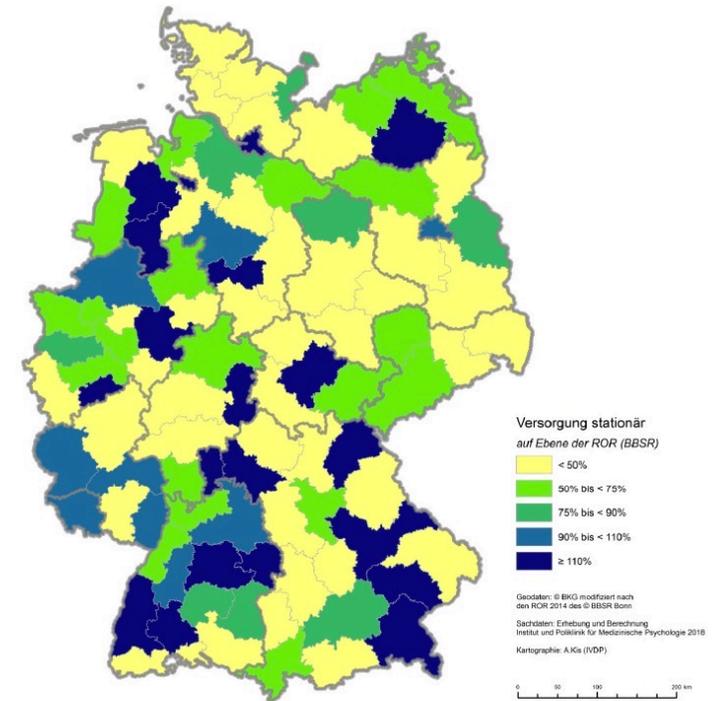
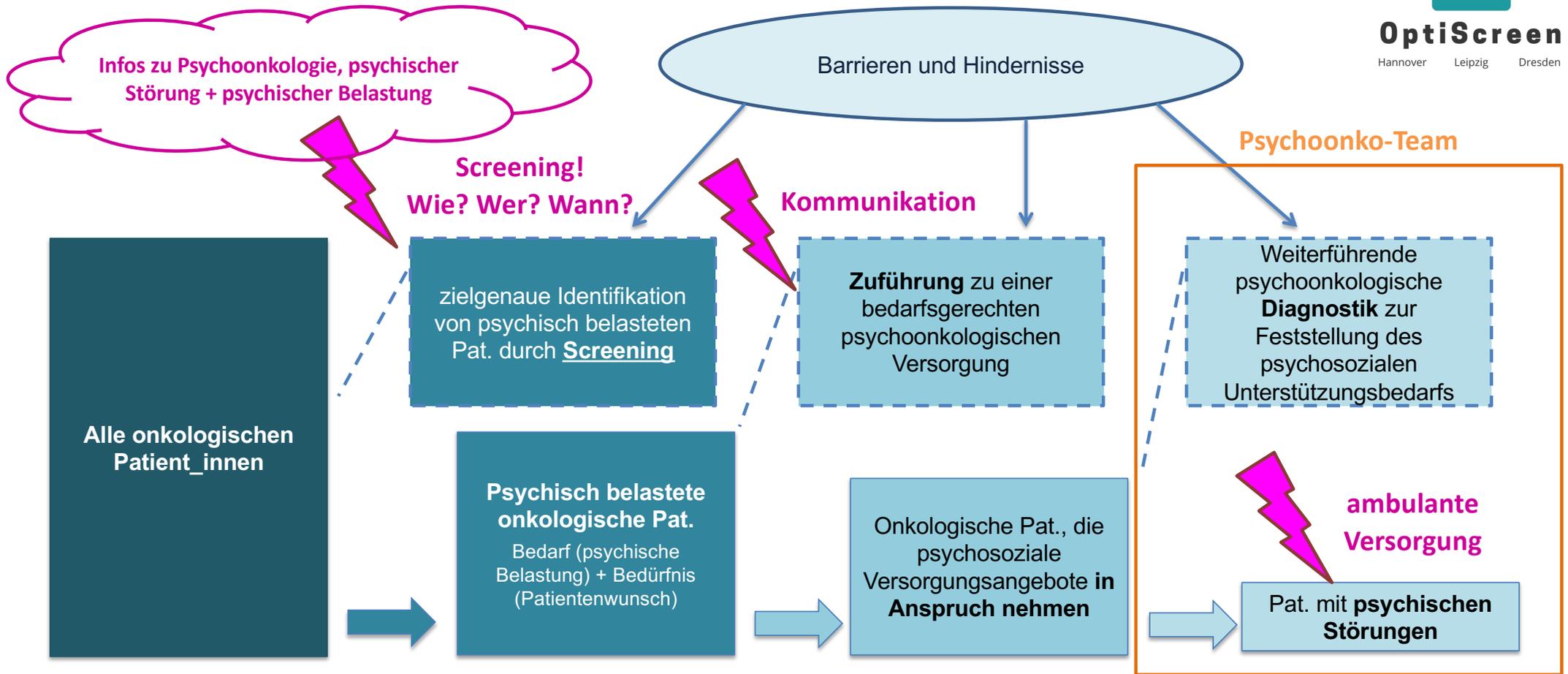


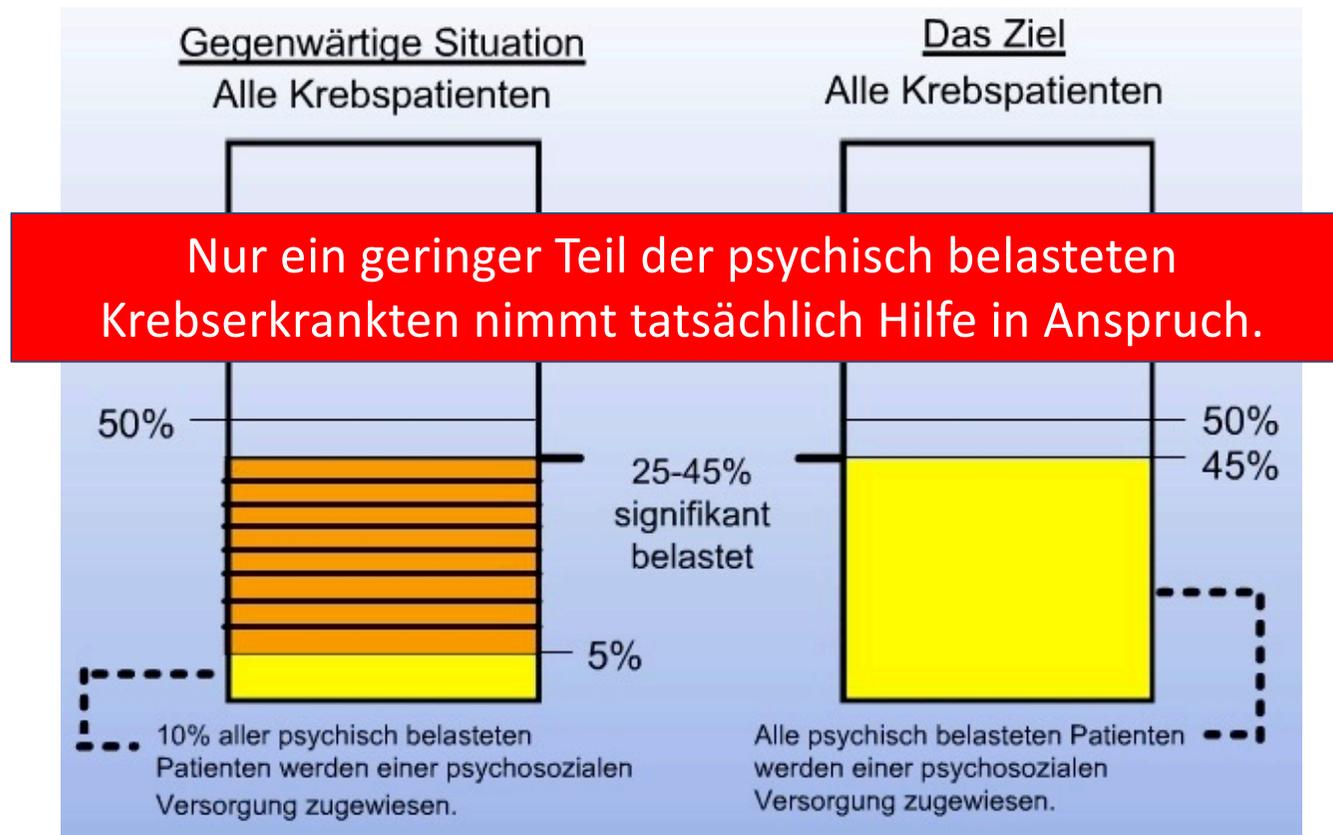
Abbildung 30: Geschätzter Deckungsgrad für die stationäre psychoonkologische Versorgung durch psychoonkologische Dienste in Deutschland auf der Ebene der Raumordnungsregionen (ROR)

Kurzbericht: Schulz, Bleich, Bokemeyer, Koch & Hörter (2018)

Hürden in der Versorgung



Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung



http://docs.ipos-society.org/education/core_curriculum/de/Holland_distr/player.html

Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung

Stationäre Versorgung

- Nicht nur von psychosozialer Belastung der Erkrankten abhängig
- Information über Angebote
- Niedrigschwellige Zugangswege
- Empfehlungen Dritter
- Überweisung durch behandelnden Arzt und Ärztin
- Vorerfahrungen mit psychosozialen Unterstützungsangeboten

Ambulante Versorgung

- Subsyndromale Belastung
 - Belastung entspricht nicht den ICD-10 Kriterien für eine psychische Störung → insbesondere für die ambulante Versorgung problematisch
- Unzureichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland
 - Wartezeiten
 - 3-9 Monate für psychisch Kranke
 - Regionale Unterschiede

Mehnert & Koranyi, 2018; BPTK, 2021

Ambulante psychoonkologische Versorgung

www.psychoonkologie-niedersachsen.de

PSYCHOONKOLOGIE



NIEDERSACHSEN

Home

Aufnahmeformular

Kontakt

Ambulante psychoonkologische Versorgung in Niedersachsen

Krebsberatungsstellen

Ankum

Gifhorn

Lüneburg

Seelze

Apen

Göttingen

Lüchow

Tostedt

Bad Münder

Hannover

Meine

Uchte

Bad Pyrmont

Hamel

Neu Wulmstorf

Wardenburg

Braunschweig

Hasbergen

Nordhorn

Wedemark

Burgwedel

Heiligenthal

Nienburg

Westerstede

Bückeburg

Hildesheim

Osnabrück

Wittmund

Call

Isenbüttel

Reppenstedt

Wolfenbüttel

- Krebserkrankte haben in allen Phasen ihrer Erkrankung und Therapie Anspruch auf eine umfassende und qualitätsgerechte psychosoziale Versorgung (Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 2, Ziel 9)
- Krebsbetroffenen fehlen häufig Informationen zum Zugang zu adäquater ambulanter psychoonkologischer Versorgung
 - Suche nach Therapeut*in kann sich schwierig gestalten



Diagnose Krebs

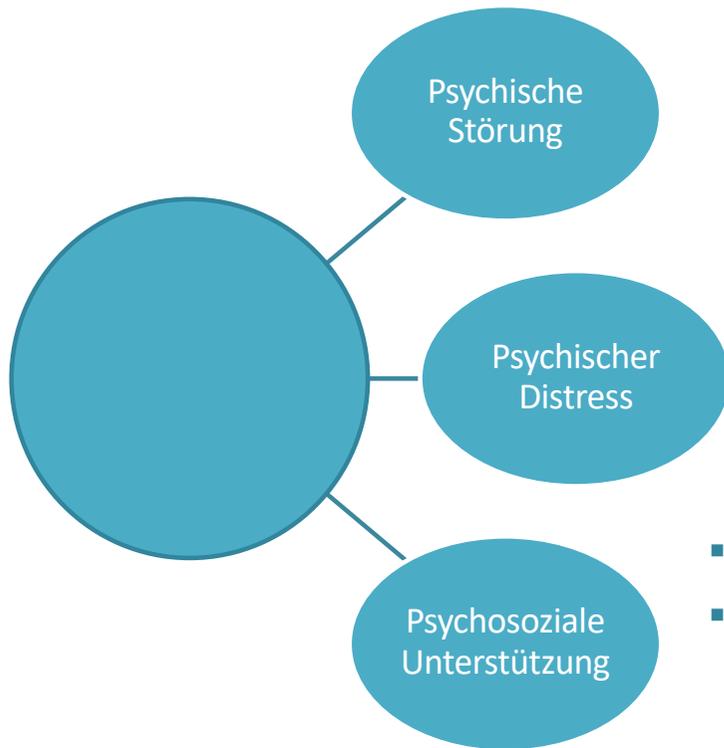
- „... ein Sturz aus der normalen Wirklichkeit.“
- „Plötzlich ist alles anders.“
- „Es hat mir komplett den Boden unter den Füßen weggezogen.“
- „Muss ich jetzt (schon) sterben?“
- „Wie sage ich es den Kindern?“
- „Nach drei Sätzen konnte ich dem Arzt nicht mehr folgen, nicht mehr zuhören, ich war wie benebelt“
- **!!! Dies hat nichts mit der Intelligenz der Pat. zu tun!!!!**

Besondere Belastungen durch eine onkologische Erkrankung

- Krebsdiagnose trifft die meisten Menschen **unerwartet** und **unvorbereitet**
- **Bedrohung** der physischen, psychischen und soziale Existenz (Todesangst)
- Serie von **belastenden Ereignissen**, Behandlungsentscheidungen, aversiv erlebten Therapien
- **Angst** vor Behandlungen, Kontrollterminen, vor (weiteren) Rezidiven (Progredienzangst)
- Autonomie-/**Kontrollverlust**, Hilflosigkeit
- **Soziales Umfeld** betroffen (Familie, Partner*in, Kinder etc.)
- **Lebenspläne** verändern sich (ggf. auch für das soziale Umfeld)
- **Berufliche Veränderungen** (Frage der Leistungsfähigkeit, weitere Teilhabe am Berufsleben)
- **Finanzielle Sorgen**
 - Jede 9. EU-Rente aufgrund einer Krebserkrankung¹

1. Rösler, FAZ, 2017

Krebs als Stressor für Erkrankte



- 32% der Krebskranken weisen im Behandlungsverlauf eine psychische Störung auf
- Häufigste psychischen Störungen: Affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen
 - ½ bis 2/3 sind klinisch signifikant belastet
 - Häufigste Belastungen: Distress, Ängste, Progredienzangst und Depressivität
- Ca. 35% Wunsch nach psychoonkologischer Unterstützung ;
- Informationen zur Erkrankung und Krankheitsbewältigung, Umgang mit Belastungen und Stress, Ängsten, Depressivität, Sorgen über Angehörige, Freund:innen, Ungewissheit über Zukunft, Wunsch, Kontrolle wiederzuerlangen, Sexualität

Mehnert et al., 2014; Mehnert et al., 2018; Thekdi et al., 2015; Peters et al., 2020; S3-Leitlinie Psychoonkologie, 2022

Onkologische Diagnose = psychische Störung?

Onkologische Diagnose ...

- außergewöhnlich belastendes Lebensereignis
- führt zur Veränderung im Beruf/ Privatleben
- führt zu Veränderungen des Körpers und psychischen Befindens
- erschwert die Vorausplanung oder Fortsetzung des bisherigen Lebens

ABER ...

- vorübergehende psychische Beschwerden gehören dazu, sind angemessen
- psychische Beschwerden haben **nicht zwangsläufig** psychischen Störungscharakter
- Belastung hängt **nicht mit onkologischer Diagnose/ Schweregrad** zusammen (z.B. palliativer Zustand)
- einzelne Symptome können auch durch die onkologische Erkrankung entstehen (z.B. Antriebslosigkeit)

Onkologische Diagnose = Psychische Belastung/ Distress?

„Distress ist ein **breites Spektrum** von unangenehmen emotionalen Erfahrungen, psychischer, sozialer oder spiritueller Art, das von **normalen Gefühlen** der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu **stark einschränkenden Problemen** wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation oder spirituellen Krisen reichen kann.“

S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ 2014, S.49



Grafik in Anlehnung an IPOS Curriculum

Risikofaktoren für psychische Störungen / Belastungen bei Krebskranken

Krankheits- und behandlungsbedingte Risikofaktoren

- Schmerzen, Fatigue, psychische Störung in Vorgeschichte
- fortgeschrittenes Stadium, ungünstige Prognose
- geringe körperliche Funktionsfähigkeit

Individuelle und soziale Faktoren

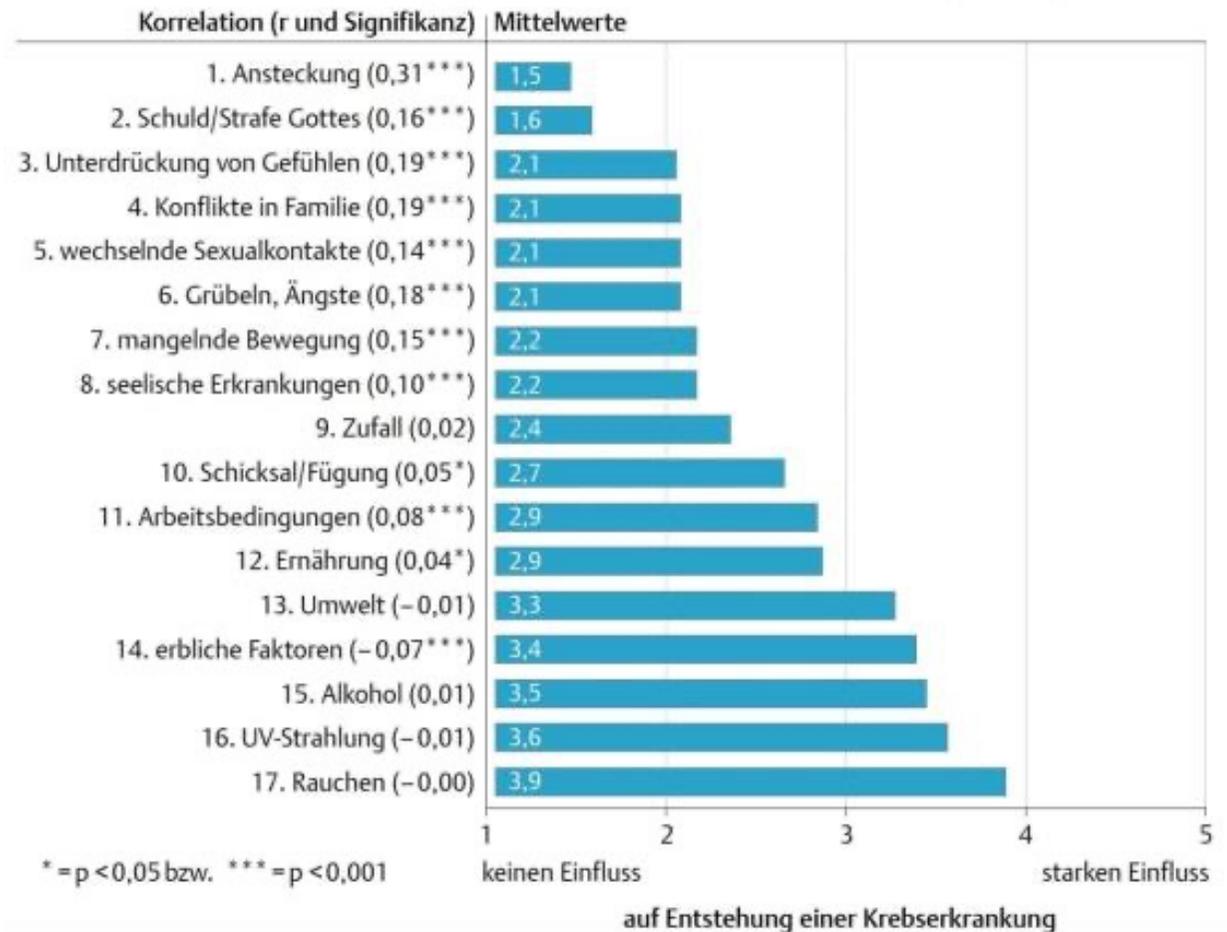
- jüngeres Alter
- weibliches Geschlecht
- schwere Beeinträchtigung von Körper- und Selbstbild
- Beeinträchtigung kommunikativer Funktion
- fehlende individuelle und soziale Ressourcen

S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen“ 2022

Bild: pixabay

Subjektive Einschätzungen von Krebsursachen ($N = 2420$; Ernst et al., 2016)

Welchen Einfluss haben nach Ihrer Auffassung die folgenden Faktoren auf die Entstehung einer Krebserkrankung? (Mittelwerte und Korrelationen mit der Stigmaskala)



aus: Ernst J et al. Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Krebspatienten. Psychother Psych Med 2016; 66: 112–119

Prädiktoren für die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten ($N = 2420$; Ernst et al., 2016)

Merkmal	Kategorie [Referenz]	B	SD B	stand. Beta	p
Altersgruppe	> 60 [bis 60 Jahre]	0,715	0,143	0,099	< 0,001
Geschlecht	männlich [weiblich]	0,285	0,135	0,041	0,035
Kontakt mit Krebskranken?	ja [nein]	-1,720	0,136	-0,257	< 0,001
Wohnregion	Stadt [Land]	-0,619	0,204	-0,059	0,002
Schutzmöglichkeit vor Krebs?	(sehr) gut [etwas, kaum/gar nicht]	1,531	0,265	0,114	< 0,001
Konstante		3,589	0,544		< 0,001
erklärte Varianz (korr. R^2)				0,091	

aus: Ernst J et al. Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Krebspatienten. Psychother Psych Med 2016; 66: 112–119

Krebs und Psyche

- Keine Evidenz für *direkte* Abhängigkeit von Krebsentstehung oder Krankheitsverlaufs und psychischen Faktoren
 - klinisch diagnostizierte Depression und Angststörungen → höhere krebsspezifische Mortalität und Gesamtmortalität (Wang et al., 2019)
 - indirekte Beeinflussung durch Gesundheitsverhalten und Adhärenz?
 - psycho-neuro-immunologische Mechanismen (bisher eher in Mausmodellen nachgewiesen)
- Krebspersönlichkeit und alle anderen Formen der Psychologisierung sind wissenschaftlich haltlos (Schwarz, 2004)
- Auch Stress als *direkte* Ursache für Krebs ist ein weitverbreiteter Mythos (Goerling, 2014)
- Psychologische Krankheitstheorien → **Schuldvorwürfe**
- **Besser:** Pat. erkennt Krankheit als medizinischen Zustand an und nicht als Zeichen für Schwäche oder eine Verfehlung oder Bestrafung
- **Sehr spezifische Sorgen**, die Krebserkrankte bewältigen müssen
 - Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung (**Progredienzangst**)

Progredienzangst (PA) ...

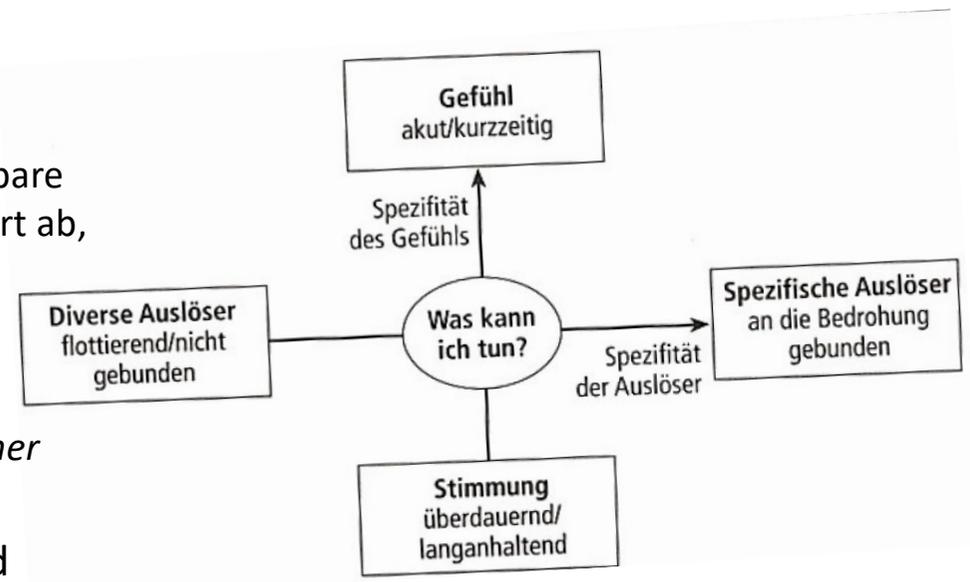
Angst vor ...

- dem Fortschreiten der Erkrankung
 - einer Verschlechterung der Erkrankung
 - vor Symptomen oder speziellen Interventionen
 - Resultiert aus der realen Erfahrung einer schweren, potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung und ihrer Behandlung
 - Normale Reaktion mit hilfreicher Funktion → gesunde Form der PA hilfreich (z.B. Kontrolltermine einhalten, Medikamente einnehmen etc.)
 - kann jedoch ein dysfunktionales Ausmaß annehmen
- 22-87% (Ø 49%) der Krebserkrankten berichten mittlere bis hohe PA
 - PA assoziiert mit geringerer Lebensqualität, höherem psychischem Distress, häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
 - Angehörige zeigen mind. vergleichbares Ausmaß an PA

Herschbach et al., 2005; Koch et al., 2012; Simard et al., 2013; Crist & Grunfeld, 2012; Lebel et al., 2013; Simard et al., 2013; Thewes et al., 2012; Hodges et al., 2009; Campbell et al., 2000; Zimmermann et al., 2011; Mellon et al., 2007; Kim et al., 2012

Wann ist PA behandlungsbedürftig?

- Angst ist **kaum noch an konkrete Bedrohung** durch die Krebserkrankung anknüpft
 - Auftreten auch ohne erkennbare Auslöser
- Gefühl wird zur **Stimmung**
 - d.h. die Angst ist keine Reaktion mehr auf eine unmittelbare Bedrohung, sondern lang anhaltend, nimmt nur verzögert ab, und tritt in unterschiedlichen Situationen auf
 - Ängste werden unspezifisch
 - Depressivität kommt hinzu
 - „Ich mache mir so viele Sorgen, weiß aber gar nicht, woher diese Ängstlichkeit kommt“
- **Selbstfürsorge** im Denken und Handeln bleibt aus, wird unspezifisch oder starr
- **Lebensqualität** wird nachhaltig eingeschränkt, verhindert einen normalen Alltag



Waadt et al., 2011

Therapie der Progredienzangst

„Wir müssen keine Angst vor der Angst haben, sie kommt zum richtigen Thema genau zur richtigen Zeit, um genau die richtige Frage an uns zu richten.“
(Waadt et al., 2011)

Psychoedukation

- Angst als Körperreaktion und Hinweis auf eine mögliche Bedrohung
- Funktion von Vermeidung und daraus entstehende Konsequenzen

Selbstwahrnehmung

- Wahrnehmung der Angst verbessern
- Auslöser der Angst erkennen
- unterschiedliche Intensitäten der Angst unterscheiden
- Einfluss der Angst auf den Alltag erkennen
- Angsterleben regulieren

Achtsamkeit

- Angst (und andere Gefühle) frühzeitig wahrnehmen lernen
- Aushalten von Gefühlen ohne Bewertung üben → ermöglicht selbstfürsorgliches Nutzen der Angst statt verzweifelte Vermeidungsversuche
- Schöne Momente im Hier und Jetzt fokussieren lernen

Sorgenkonfrontation

- Imaginative Erarbeitung der schlimmstmöglichen Vorstellung (Konfrontation in sensu)
- Aushalten der Angst bis zum Nachlassen

Ressourcenaktivierung

- Progredienzangst = Realangst!
- Daher werden Lösungsansätze und Ressourcen zum Umgang mit der Situation erarbeitet
- Ziel: Wieder handlungsfähig werden



Ambulante Progredienzangstgruppe an der MHH

- Seit 01/2020
- Geschlossene Gruppe mit 6-8 Teilnehmer_innen
- Strukturierte Intervention
- 8 Sitzungen mit je 90 Minuten alle 2 Wochen
- Anmeldung bei psychoonkologie@mh-hannover.de

Patient*in lernt...

- ... die **Wahrnehmung** der Angst zu verbessern
- ... die **Angst als nützliches Instrument** der Selbstfürsorge zu schätzen
- ... die **Auslöser** seiner Angst zu erkennen
- ... die unterschiedlichen **Intensitäten** der Angst zu unterscheiden
- ... den **Einfluss** der Angst auf den Alltag erkennen
- ... das **Angsterleben** zu regulieren
- ... **Handlungsimpulse** daraus zu gewinnen

nach Waadt et al., 2011

Fatigue

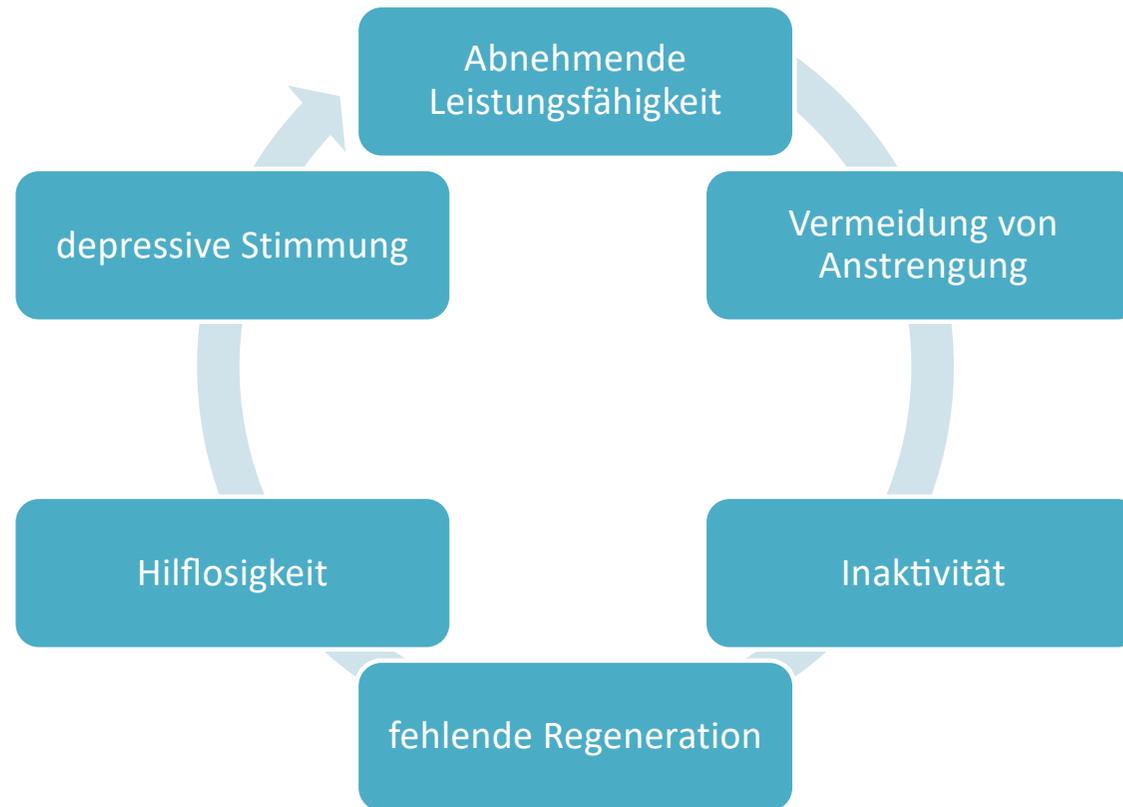
Erschöpfung nach extremer körperlicher oder geistiger Anstrengung ist normal und angenehm

„Die Tumorererschöpfung, auch Fatigue genannt, bedeutet eine außerordentliche **Müdigkeit**, mangelnde **Energiereserven** oder massiv erhöhtes **Ruhebedürfnis**, das absolut **unverhältnismäßig** zu vorangegangenen Aktivitäten ist.“

David Cella, 1995

Erschöpfung als Krankheitssymptom unabhängig von vorheriger Anstrengung und verschwindet auch nach ausreichender Erholungszeit nicht

Teufelskreis bei Fatigue



Häufigste Beschwerden:

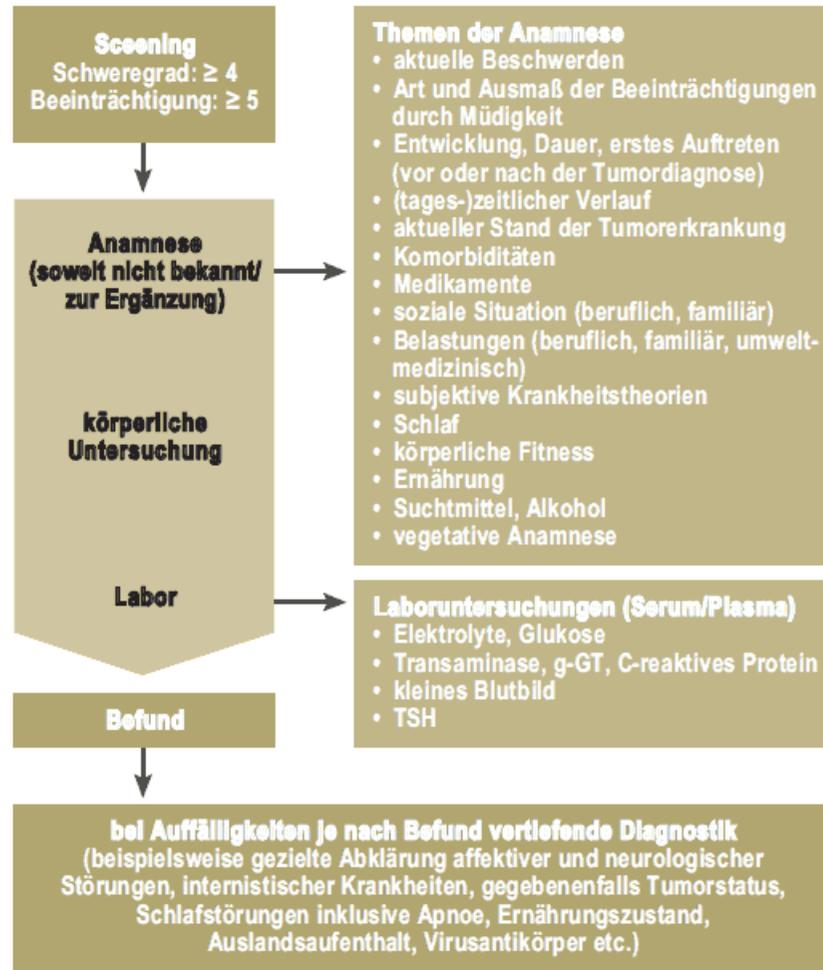
- Müdigkeit
- Kraftlosigkeit
- Erschöpfung
- Verminderte Leistungsfähigkeit

Horneber M, Fischer I, Dimeo F, Ruffer JU, Weis J: Cancer-related fatigue: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. 2012; 109(9): 161–72. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0161

Prävalenz

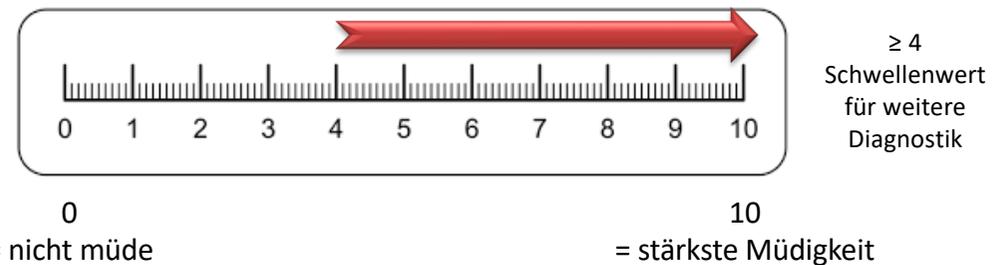
- Längsschnittstudie repräsentative Stichprobe in D. (Singer et al., 2011):
 - 32 % der Krebserkrankten wiesen bereits bei stationärer Aufnahme
 - 40 % bei Entlassung
 - 36 % 6 Monate später deutlich stärkere Müdigkeits- und Erschöpfungssymptome auf als eine gesunde Vergleichsgruppe
- Bei 48% der Erkrankten noch 2 Jahre nach Abschluss der Erstbehandlung Zeichen und Beschwerden der Fatigue, die bei 12% sehr stark ausgeprägt waren (Kuhnt et al., 2009)
- Fatigue kann zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung auftreten
 - als frühes Zeichen bereits vor der Diagnose
 - während der Behandlung
 - nach Abschluss
 - oder bei rezidivierender bzw. progredienter Erkrankung

GRAFIK 2

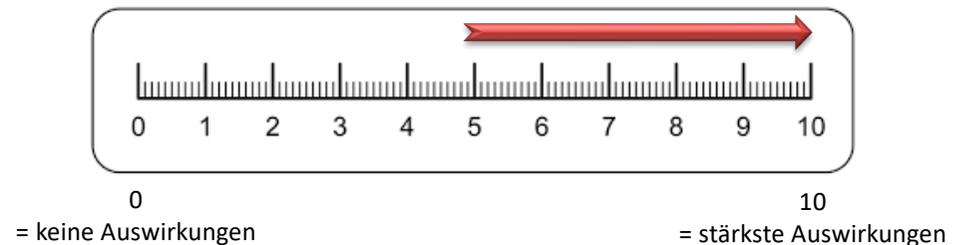


Psych Grundlegende und vertiefende Diagnostik

Leitlinie des National Comprehensive Cancer Centers: bei allen Erkrankten sollte während der Behandlung und in der Nachsorge in regelmäßigen Abständen gezielt **nach Müdigkeit und Erschöpfungssymptomen gefragt** werden (Berger et al., 2011)

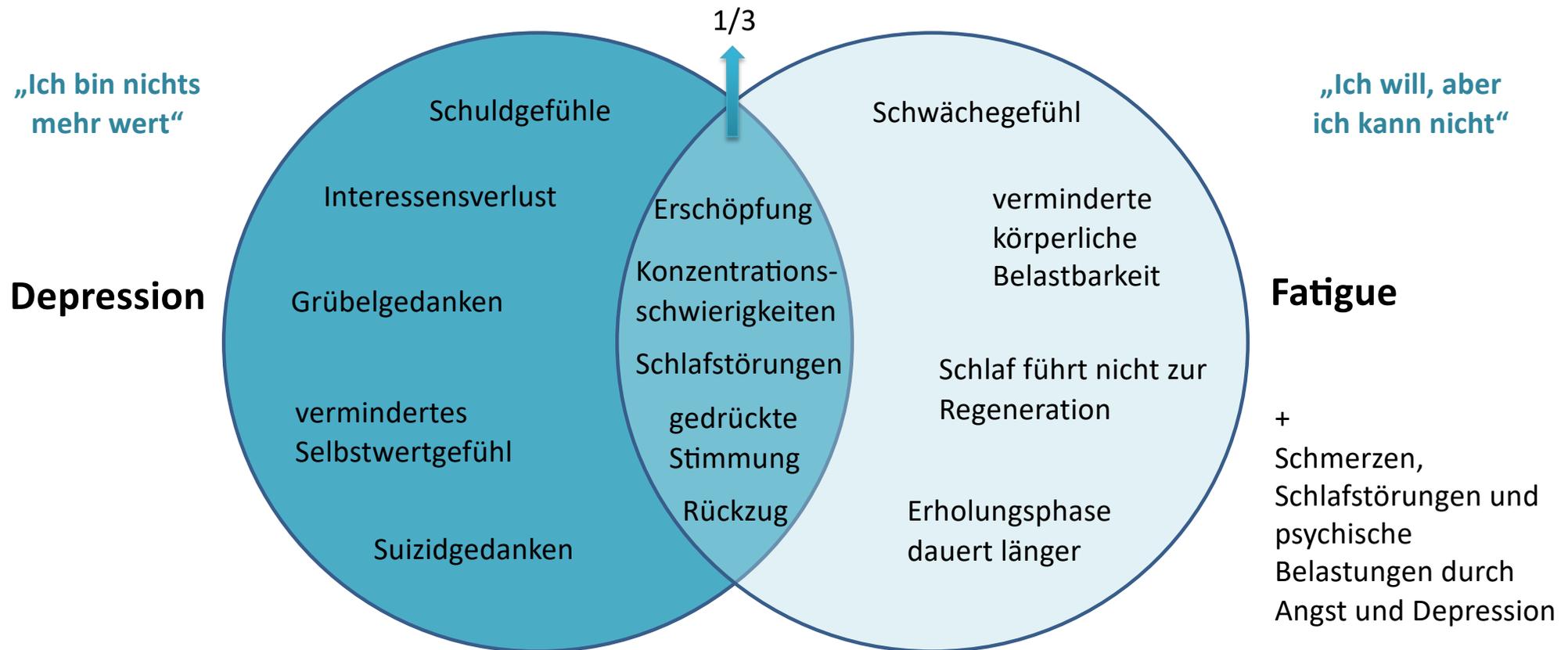


Auswirkungen der CrF auf verschiedene Lebensbereiche ≥ 5 starke und ernst zunehmende Beeinträchtigung sozialer Funktionen der Betroffenen



Horneber, M; Fischer, I; Dimeo, F; Ruffer, J U; Weis, J. Tumor-assoziierte Fatigue: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie, Dtsch Arztebl Int 2012; 109(9): 161-72; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0161

Unterscheidung Depression und Fatigue



Therapie bei Fatigue

Informationen über Fatigue

- Symptomatik einen Namen geben
- Aufklären über Fatigue am besten schon zu Beginn der Behandlung

Psychosoziale Interventionen

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Energiespar- und Aktivitätenmanagement
- Stärkung und Förderung der Regeneration

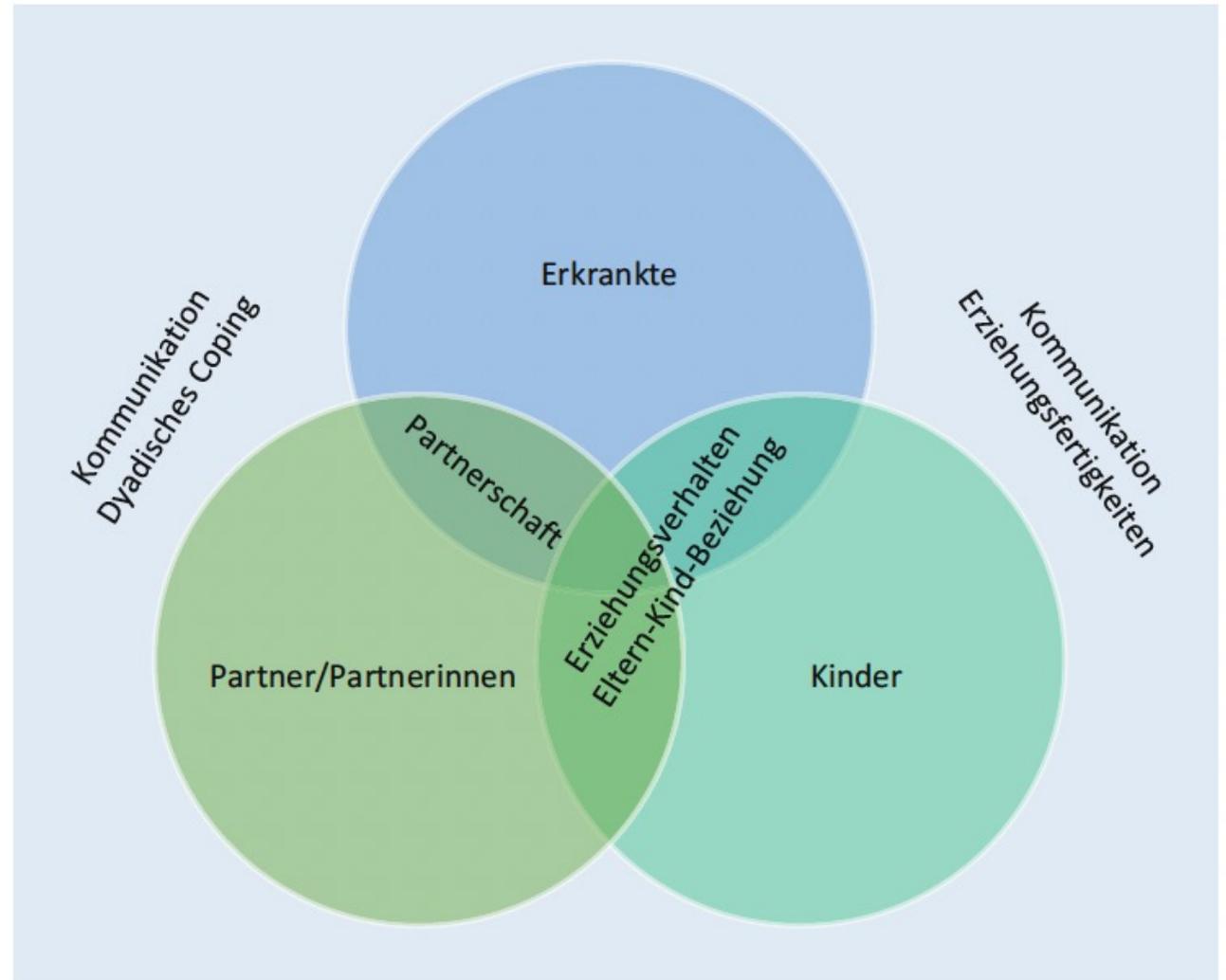
Körperliches Training

- Ausdauer- und Krafttraining
- "Laufen ohne zu schnaufen"

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Horneber et al., 2012, 2014

AUSWIRKUNGEN EINER KREBSERKANKUNG AUF PATIENT:INNEN UND ANGEHÖRIGE



Zimmermann (2022). Partnerschaftliche und familiäre Aspekte bei
Kreberkrankungen. Bundesgesundheitsblatt
<https://doi.org/10.1007/s00103-022-03495-1>

Auswirkungen einer Erkrankung auf Angehörige

- Versorgung eines erkrankten Menschen → **neue Anforderungen** an Organisation und Gestaltung des Alltags
 - Aneignung **neuer Fertigkeiten**
 - **emotionale Unterstützung** des Erkrankten
 - Asymmetrie in der Partnerschaft
- **psychische Anpassungsleistungen**: Veränderungen durch Erkrankung bei nahe stehendem Menschen wahrzunehmen, zu akzeptieren, in die Beziehung zu integrieren und damit umgehen zu lernen
- Spannungsfeld zwischen Erwartungen des Erkrankten, des sozialen Umfeld und des Behandlungsteams und der eigenen Belastung, Ohnmacht und Hilflosigkeit

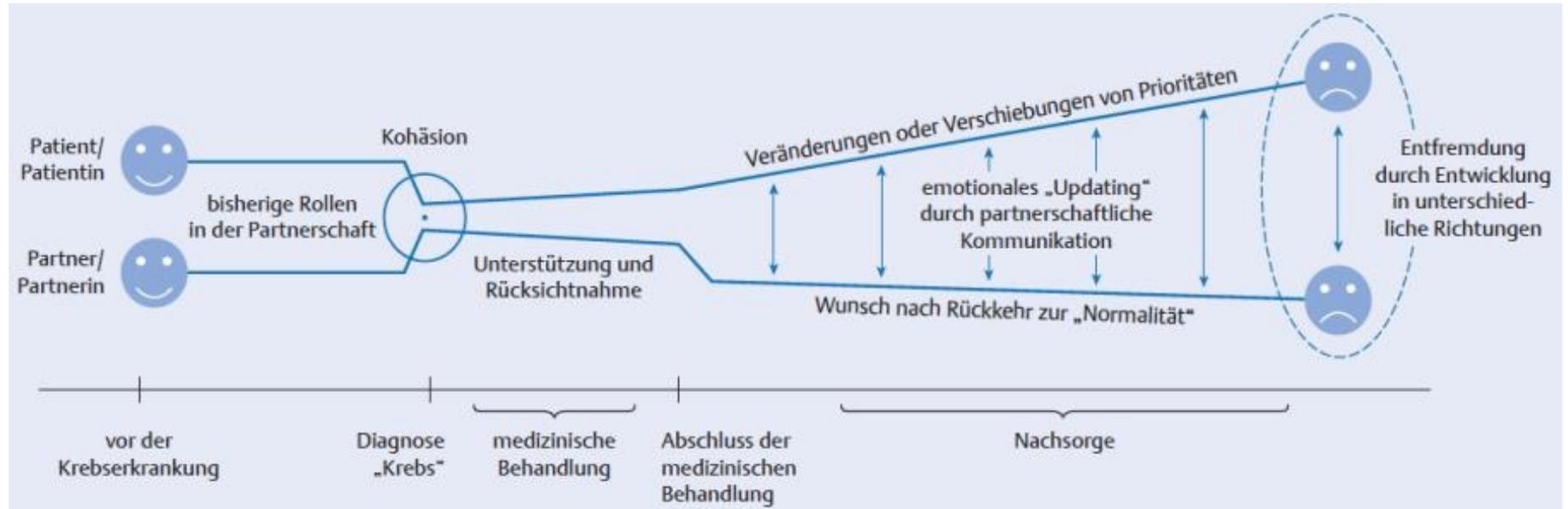
Wilz & Meichsner, 2015

Aufgaben der Angehörigen

- Aufforderung, für den Kranken da zu sein, sich liebevoll um ihn/sie zu kümmern und alles zu tun, damit es dem anderen wieder besser geht.
- Angehörige leiden auch, machen sich Sorgen, fühlen sich überfordert, konfrontiert mit den vielfältigen negativen und ambivalenten Gefühlen, welche die Störung hervorrufen kann → wird meist nicht berücksichtigt
(Fokus auf Patient*innen)

Bodenmann, 2009

Mögliche partnerschaftliche Entwicklung



aus: Zimmermann, T. (2014). Paarbeziehung bei Tumorerkrankungen. *PSYCH update*, 6, 377-391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387357>.

Emotionales Updating

- Dem Partner / der Partnerin erzählen, was einem **wichtig** ist (Wünsche, Ziele, Bedürfnisse, Zukunftspläne etc.)
- Dem Partner / der Partnerin mitteilen, was einen **bewegt** (Sorgen, Probleme, Nöte ansprechen)
- Dem Partner /der Partnerin **schöne, erfreuliche Erfahrungen** mitteilen (was einen erfreut, stolz macht etc.)

→ Partnerschaftliche Kommunikation ist Grundlage für gemeinsame Stressbewältigung

Krebs als Stressor für Angehörige

- **Angehörige werden oft nicht genügend berücksichtigt, da Fokus auf Erkrankten**
- Vergleichbares Ausmaß an psychosozialer Belastung wie bei Erkrankten
 - Kontrollverlust, Insuffizienzgefühle
 - Wut, Schuldgefühle
 - Ängstlichkeit, Depressivität
 - höheres Risiko für eigene Erkrankungen
- Für Erkrankte ist Partner*in die wichtigste Quelle emotionaler und praktischer Unterstützung
- Angehörigenrolle wird auch positiv und bedeutsam erlebt

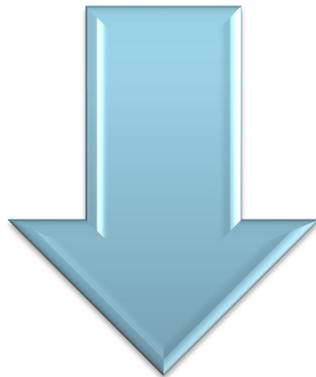
Kim et al., 2008; Manne & Badr, 2008; Mehnert et al., 2018; Wilz & Meichsner, 2015

Krebs und Partnerschaft



positive Auswirkungen

- Kohäsion (näher zusammenrücken; gemeinsame Bewältigung)
- Posttraumatisches Wachstum (gemeinsames Team, auf den anderen verlassen können, Stärke, etc.)



negative Auswirkungen

- Herausforderung für die Kommunikation
- interpersonelle Konflikte
- Rollenveränderungen, Auswirkungen auf die Lebens- und Zukunftsplanung
- Einschränkungen bisheriger (Paar-)Aktivitäten bis hin zur sozialen Isolation
- finanzielle Belastungen
- Belastungen der partnerschaftlichen und sexuellen Zufriedenheit

McClure, Nezu, Nezu, O'Hea, & McMahon, 2012; Bodenmann, 1995; Coyne & Smith, 1991; Pistrang & Barker, 1995; Traa et al., 2014

Krebs als Stressor für die Partnerschaft

- **Chronische Stressbelastungen** in der Partnerschaft führen zu
 - Verschlechterung der partnerschaftlichen Kommunikation
 - Verringerung der Intimität
 - Verringerung des emotionalen Wohlbefindens
- Partner:in leidet mit und hat wenig Möglichkeiten, eigene Sorgen und Bedürfnisse in dieser Zeit unterzubringen
 - *Doppelrolle*: Lieferant und Empfänger von Unterstützung
 - Krebserkrankungen als Stressor für beide gleichzeitig
- Krebs demzufolge als „*We-Disease*“ – beide können belastet sein, beide haben aber auch Bewältigungsressourcen

McClure, Nezu, Nezu, O'Hea, & McMahon, 2012; Manne & Badr, 2008; Traa et al., 2014

Auswirkungen einer elterlichen Erkrankung auf das Familienleben, Kinder und Eltern

Verschlechterung der Erziehungskompetenz (inkonsistent, repressiv oder überbehütend)

Unsicherheiten gegenüber Kindern (Sprachlosigkeit)

Emotionale und finanzielle Belastungen → eingeschränkte Aufmerksamkeit und Interesse sowie reduzierter elterlicher Sensitivität

Verschlechterung der partnerschaftlichen Zufriedenheit

Beeinträchtigung wesentlicher Abläufe und Routinen

Veränderung familiärer Interaktionen

Veränderung des Freizeitverhaltens

Neue Rollenverteilungen

Gestörte sozioemotionale Entwicklung

Erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten / Störungen

Ängste, Unsicherheiten, Hilflosigkeit, auch Wut und Ärger

Parentifizierung

Überidentifikation mit der Familie oder Loslösung

Traumatisierung

Capaldi, Pears, Patterson & Owen, 2003; Cummings & Davies, 1994; Deneke, 2005; Downey & Coyne, 1990; Goodman & Brumley, 1990; Mowbray et al., 2000

Kommunikation mit Kindern krebskranker Eltern

- Kinder werden oft sehr **spät, unzureichend** und teilweise auch **falsch** informiert
 - Information senkt Angst, da mehr Kontrolle
- Ausmaß der Angst von Kindern hängt von Form und Intensität der **Kommunikation** zwischen Eltern und Kind hinsichtlich der Erkrankung ab
 - Informationen senken Angst- und Depressionsneigung
- Kinder sollten **früh** informiert und über das Erkrankungsgeschehen aufgeklärt werden
 - Medizinisches Team sollte dies auch berücksichtigen

Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern

- Die meisten Kinder körperlich kranker Eltern zeigen keine psychischen Auffälligkeiten
 - ABER: *erhöhtes Risiko* für die Entwicklung späterer psychischer Erkrankungen
 - behandlungsbedürftige Symptome können auch erst nach mehrjähriger Latenz anscheinender Symptomfreiheit, in der sich die Kinder bei ihrer Bewältigung der Situation weitgehend auf sich allein gestellt fühlten, entstehen
- Vorliegen der Beschwerden wird von den Eltern häufig unterschätzt

Barkmann et al., 2007; Compas et al., 1994; Romer & Haagen, 2007; Visser et al., 2004; Visser et al., 2005; Visser et al., 2004

Sollten Kinder über die Erkrankung informiert werden? **Ja, unbedingt!**

- Kinder bemerken, wenn in der Familie etwas nicht stimmt
 - Phantasie meist schlimmer als Realität
 - egozentrische Sichtweise
 - Kinder lernen bei Stress von Symbolen und non-verbalem Verhalten
- nicht darüber sprechen signalisiert, dass es zu schrecklich ist, um darüber zu reden
- Kinder können von anderen von der Krankheit erfahren und falsche Informationen bekommen
- Kinder können sich isoliert, ausgeschlossen und unwichtig fühlen
- Informierte Kinder → leichter für Eltern (keine Energie mehr für Aufrechterhaltung von Geheimnissen aufbringen)
- Altersangemessene Einbeziehung des Kindes unterstreicht Glauben an seine Fähigkeiten, Situation zu bewältigen (Erhöhung des Selbstbewusstseins)

Romer et al., 2014

Was sage ich meinem Kind?

- Offen und ehrlich über die Erkrankung und die Veränderungen sprechen
 - Das was man sagt, muss wahr sein.
 - Kind hat keine Schuld
 - Worte, die das Kind kennt verwenden; Wort „Krebs“ verwenden
 - Modelle/Bücher/Bilder zur Erklärung verwenden
 - Je konkreter desto besser
 - Achtung bei Versprechen: Statt „Alles wird wieder gut“ lieber „Ich wünsche mir sehr, dass alles wieder gut wird. Die Ärzte und ich tun alles, was wir können.“
 - Veränderungen im Alltag für das Kind thematisieren
 - emotionale Verfügbarkeit erhöhen
 - Zuneigung zeigen → Gefühle sehr wichtig sowie Eltern-Kind-Beziehung
 - wertvolle Zeit
 - reden
- Nicht alle Kinder reagieren gleich!

Aktuelle Studie

“Liebend gern erziehen – trotz Krebs“



Liebend gern erziehen – trotz Krebs



Bei Interesse oder Fragen:

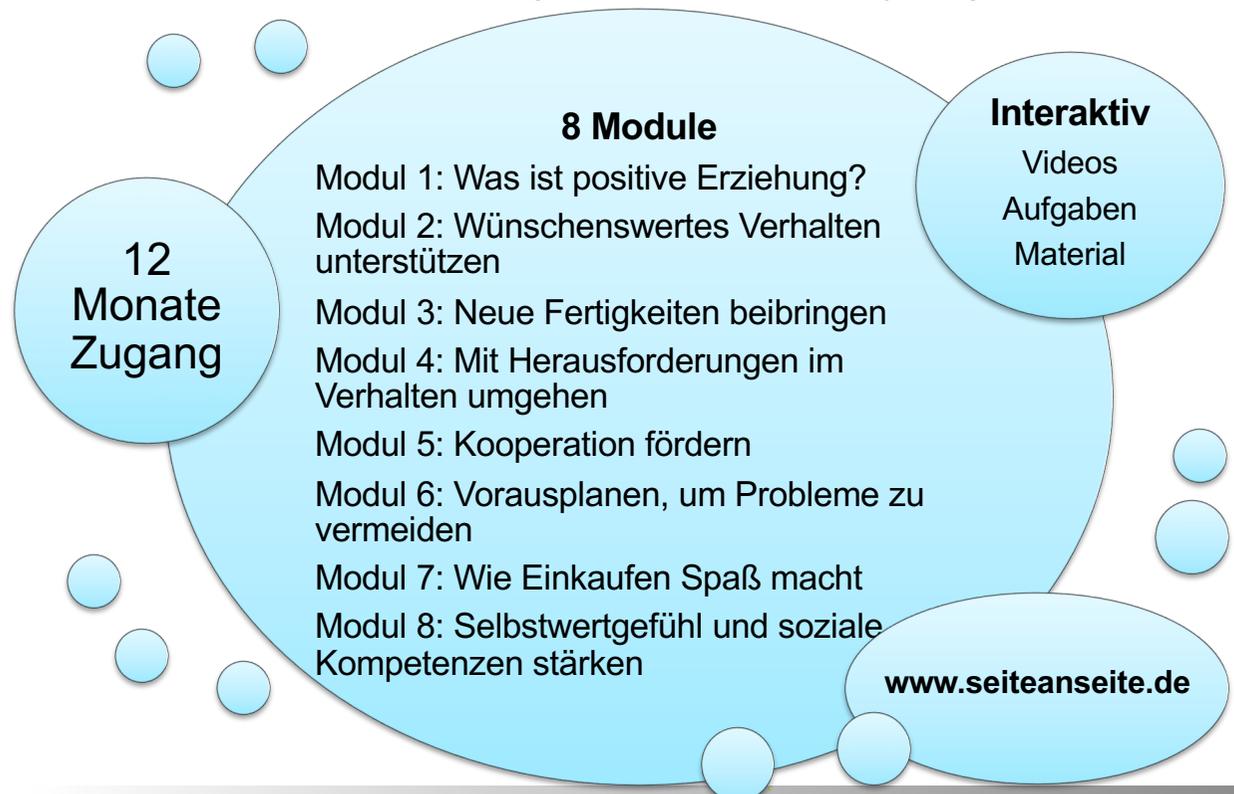
+49 511 532 3136
liebendgernerziehen@mh-hannover.de

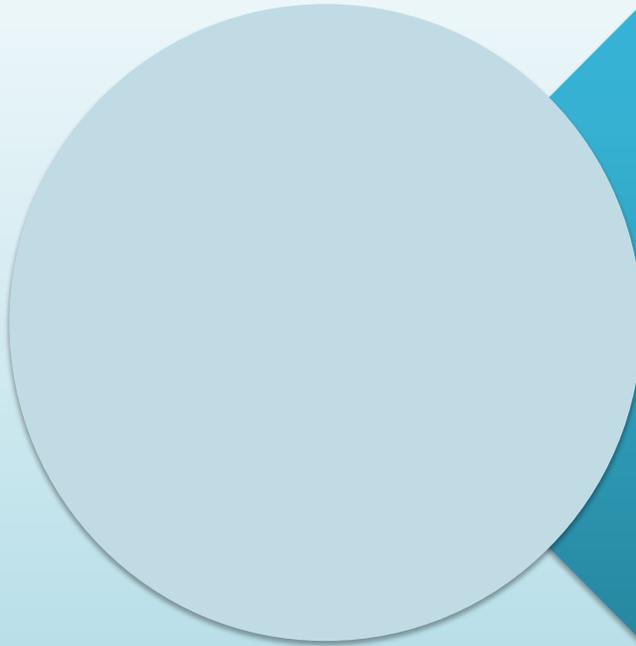
www.seiteanseite.de

Sind Sie oder waren Sie an Krebs erkrankt und haben ein oder mehrere Kinder im Alter von 0-12 Jahren?

Dann laden wir Sie herzlich zur Online-Teilnahme an unserer Studie zum **Triple P Elterstraining** ein!

Eltern mit einer Krebserkrankung und einem minderjährigen Kind < 12 J.



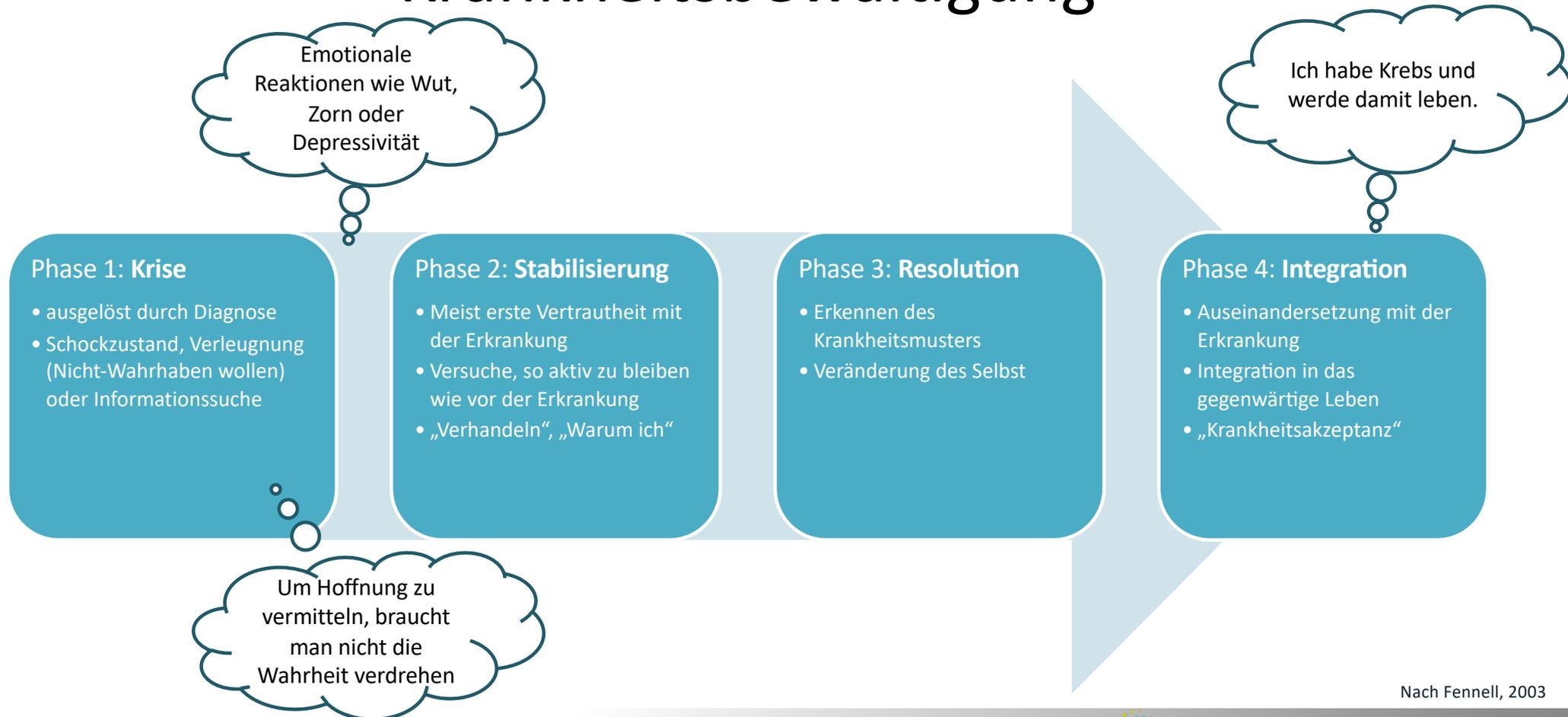


Es gibt nicht den „richtigen“
Weg der
Krankheitsbewältigung.

Was für eine Person hilfreich ist
(z.B. Informationssuche,
Ablenkung), ist für die andere
Person noch lange nicht
hilfreich.

UNTERSTÜTZUNG BEI DER KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Krankheitsbewältigung



Nach Fennell, 2003

Was ist in der Kommunikation wichtig?

- Informationsverarbeitung braucht **Zeit** und die Fähigkeit zur **Reflektion**
- Informationen eher **„häppchenweise“** anbieten und wiederholen
- Durch Rückfragen sicherstellen, ob Patient*in das Gesagte verstanden hat
 - „*Macht das Sinn für Sie?*“
 - „*Haben Sie das Gefühl das gut verstanden zu haben?*“
 - „*Was nehmen Sie als Information mit?*“
- **Ruhe** in die Situation bringen
 - „*Lassen Sie uns einmal gemeinsam durchatmen*“
 - Tröstende nonverbale Gesten z.B. hinsetzen, schweigen, Taschentuch anbieten

„Es kommt nicht darauf an, was ausgesprochen wurde, es kommt darauf an, was beim Pat. ankam.“

Was erwarten Patient*innen?

- Neben fachlicher Kompetenz, v.a. 3 Eigenschaften



- *„Ich brauche Ideen zur Krankheitsbewältigung und nicht zum Schwelgen in der Krankheit“ (Patientin)*

Sehouli, Von der Kunst schlechte Nachrichten gut zu überbringen, 2018

Was gehört zu einer guten Kommunikation?

- Begleitung!
- Gespräch mit dem medizinischen Team
 - Aufklärung über komplizierte Zusammenhänge (in verständlicher Sprache, auch mehrfach!)
 - Erklärungen bei Komplikationen, Veränderungen, neuen Entwicklungen etc.
 - auch „unangenehme“ Themen wie psychische Belastung und Sexualität ansprechen
 - Aushalten und sprechen. Nicht weggehen!
 - Etwas Zeit nehmen (Zeit und Interesse für Patient*in)

Ausblick

- Fortschritte der medizinischen Diagnostik und Behandlung → Steigerung des Langzeitüberleben von Tumorerkrankten
 - psychische Faktoren rücken zunehmend in den Fokus
- Schwelle für die Inanspruchnahme senken
 - Gesellschaftliche Stigmatisierung abbauen
 - Aufklärung über Psychoonkologie
 - Transparenz über Interventionen
- Zugang zu hochwertiger ambulanter/stationärer psychosozialer Unterstützung für alle Krebserkrankte und ihre Angehörigen in allen Phasen der Behandlung und danach ermöglichen



Ich habe Krebs
und bin doch
nicht verrückt!



Meine Frau hat Krebs

Wie gehen wir als Paar mit der Erkrankung um

Tanja Zimmermann, Jochen Ernst (Autoren)

■ Buch | Softcover

IX, 111 Seiten

2021

Springer (Verlag)

978-3-662-63503-2 (ISBN)



Mein Mann hat Krebs

Wie gehen wir als Paar mit der Erkrankung um

Jochen Ernst, Tanja Zimmermann (Autoren)

■ Buch | Softcover

XI, 112 Seiten

2022 | 1. Aufl. 2022

Springer Berlin (Verlag)

978-3-662-64808-7 (ISBN)



Christa Diegelmann / Margarete Isermann /

Tanja Zimmermann

Therapie-Tools Psychoonkologie

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Buch, broschiert

286 Seiten

ISBN:

978-3-621-28765-4

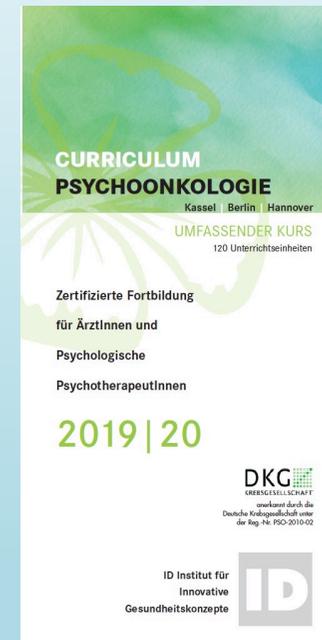
Erschienen:

07.10.2020

<https://www.psychoonkologie-idz.de>

5 Module (Fr – So)

nächster Kurs 01/24 – 04/24



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!