

Symposium am Klinikum Essen-Mitte, 23./24. April 2010
Wie viel Onkologie braucht die Palliativmedizin,
Wie viel Palliativmedizin braucht die Onkologie?

Noch Neuland: Konzepte zur Linderung von psychiatrischen Symptomen bei Tumorerkrankung

Dr. Herbert Kappauf



Internistische Schwerpunktpraxis
Onkologie - Hämatologie
Psychoonkologie - Palliativmedizin

Medi Center
STARNBERG

Noch Neuland?

Psychiatrische Symptome

Konzepte zur Linderung



Andere Krankenhäuser waren hinsichtlich
der Schmerzkontrolle genauso gut, aber
die psychosoziale Betreuung, die Patienten
und ihre Angehörigen in St. Christophers
erhielten, war besser.

Parkes CM, Parkes JLN. „Hospice“ versus „Hospital“ care - reevaluation after 10
years as seen by the surviving spouses. *Postgraduate Med. J* 1984;60:120.

The Management of
Malignant Disease Series

1 The Management
of Terminal
Disease

Edited by Cicely M. Saunders

1978!!

„There are many reasons for failure to relieve
pain but perhaps one of the most important is a
failure by doctors and nurses to appreciate fully
that pain is not simply a physical sensation.“

Robert G. Twycross. Relief of pain. (S. 65-92)
C. Saunders (ed.). The Management of Terminal Disease. London 1978, Arnold

Schmerzintensität korrelierte bei Frauen mit
metastasierenden Mammakarzinom nicht mit
Krankheitsdauer, Metastasenlokalisierung und
Todesnähe

dagegen sehr signifikante Korrelation
mit Stimmungslage und der Überzeugung,
daß der Schmerz auf ein Fortschreiten der
Krankheit hinweise

Spiegel D, Bloom J. *Cancer* 1983;53341-3451158

Pain, especially in advanced cancer, is
not a purely nociceptive or physical
experience, but involves complex
aspects of human functioning including
personality, affect, cognition, behavior
and social relations ...

... It is important to note that the use of
analgetic drugs alone does not always
lead to pain relief .

E. Bruera, K. Portenoy (eds.) (2003): Cancer Pain.
Assessment and Management., Cambridge

The use of psychiatric interventions in the treatment of cancer patients with pain and depression has now become an integral part of such a comprehensive approach ...

E. Bruera, K. Portenoy (eds.) (2003): Cancer Pain. Assessment and Management., Cambridge

Noch Neuland?

Psychiatrische Symptome

Konzepte zur Linderung

„Die Prävalenz psychiatrische Störungen bei Krebserkrankungen wird auf bis 50 % geschätzt“

F. Stiefel, D Stagno (2006). Psychiatric problems. In : ESMO Handbook of Advanced Cancer Care

... in ca 50% nicht erfaßt!

Symptome am Lebensende (J. J Georges et al. 2005)

	In den letzten Lebenswochen	Kurz vor dem Tod
Krankheitsgefühl	95%	97%
Fatigue	96%	96%
Appetitverlust	89%	93%
Ohnmachtsgefühle	77%	73%
Schmerzen	73%	70%
Angst	70%	61%
Bewusstseinsstörung	16%	60%
Verstopfung	55%	65%
Problem Abhängigkeit zu akzeptieren	56%	66%
Sinnlosigkeit	48%	58%
Schlafstörung	64%	57%
Luftnot	52%	55%
Depression	48%	50%
Übelkeit	59%	49%

Anpassungsstörungen	35%
- Antizipatorische Nausea	
Akute Belastungsreaktionen	
Posttraumatische Stress Reaktionen	5-22%
Depressionen	13-18%
Angststörungen	13-21%
Schlafstörungen	30-50%
Suchterkrankungen	
Persönlichkeitsstörungen	-14%
Schizoaffektive Psychosen	
Fatigue	60-90%
Delir hyperaktiv / hypoaktiv / gemischt	bis 80%
- terminale Unruhe	

HANDBOOK OF
PSYCHIATRY
IN
PALLIATIVE
MEDICINE

EDITED BY
HARVEY M. CHOCHINOV
WILLIAM BREITBART

„the intensity of a given symptom should be interpreted as a multidimensional construct ...“

Prof. Eduardo Bruera

Oxford, New York 2000,
Oxford University Press

Angst

Phobisch aversives Verhalten
Klaustrophobie
Posttraumatische Belastungsstörung
Akute Belastungsreaktion
Hyperventilation
Agitierte Depression
Entzugssymptomatik
Delir
Existenzielle/Spirituelle Krise
Krankheits-/therapieassoziierte Komplikationen
- Luftnot/Hypoxie, Sepsis, Hyperkalzämie
unkontrollierter Schmerz
Medikamenten-NW (Steroide, Opioide, MCP, G-CSF)
Paraneoplastische Enzephalopathie
Angst von Angehörigen

Punktionen
MR
Tod von Mitpatienten
Diagnose /Rezidiv
„warum ich?“

Noch Neuland?

Psychiatrische Symptome

Konzepte zur Linderung

Psychiatrische Symptome bei Tumorerkrankungen Wer ist zuständig?

Onkologe?
Psychiater?
Palliativmediziner?
Psychotherapeut?
Psychologin?
Psychoonkologin?
Palliative Care Schwester?

Wer ist zur Zuständigkeit bereit?

Depression vs. (hypoaktives) Delir
Suchterkrankungen
Persönlichkeitsstörungen
Suizidalität

Psychiatrischer Liaison-Konsiliardienst?

Ambulanter Bereich?

Delegation vs.
Wechselseitige Kompetenzerweiterung

Ziel: -Diagnostische Sensitivität/Spezifität
-Therapeutische Handlungssouveränität
-„psycho-somatische“ Haltung

„The relationship with the primary
medical caregiver is the most important
component of psychotherapeutic support
for many patients with a serious illness.“

E. Bruera, K. Portenoy (eds.) (2003): Cancer Pain.
Assessment and Management., Cambridge

Therapeutische Besonderheiten in der palliativen Onkologie

Strukturelle Ursachen psychi(atri)scher Symptome
(Psycho)Diagnosen als multidimensionale Konstrukte
Psychopharmaka-Dosierung
Krankheitssituation - z.B antidepressive Therapie
Delir reversibel / irreversibel
Suizidalität - Beziehung als „life line“

Onkologie

Palliativmedizin

„Psycho“

„Ganzheitliche Versorgungsketten“ mit zertifiziertem
Qualitätsmanagement der Einzelsegmente können durchaus
therapeutischen Unsinn und ethisch Fragwürdiges produzieren!!

Onkologie

Palliativmedizin

„Psycho“