

# Krebs – zum Fürchten!?

## Wann wird Angst pathologisch

B. Hornemann<sup>1</sup>; U. Schuler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitäts KrebsCentrum (UCC) Universitätsklinikum C. G. Carus an der TU Dresden; <sup>2</sup>Universitäts PalliativCentrum und Medizinische Klinik 1 am Universitätsklinikum C. G. Carus an der TU Dresden

### Schlüsselwörter

Psychische Belastung, Progredienzangst, S3-Leitlinie

### Zusammenfassung

Psychosoziale und psychoonkologische Aspekte finden mittlerweile im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung von Tumor-Patienten, welche körperliche, psychische und soziale Faktoren im Sinne des bio-psycho-sozialen Verständnisses gleichgewichtig einbezieht, zunehmend Beachtung. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die psychische Belastung sowie Verteilung von subsyndromalen und Störungsbildern bei Krebs-Patienten mit dem Schwerpunkt Progressionsangst und gibt anhand von Fallvignetten exemplarisch Einblick in häufig thematisierte Probleme im Umgang mit Angst.

### Keywords

Distress, anxiety, fear of cancer recurrence, psycho-oncology, S3-guideline

### Summary

During the last years, psychosocial and psycho-oncological aspects received increased attention in the framework of the bio-psycho-social model of tumor patients' treatment. This article presents a short introducing overview about psychological distress, fear of cancer recurrence and disorders in patients treated for cancer. Using exemplary patients, typical topics of the different illness- and treatment phase will be illustrated.

### Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Beate Hornemann  
 Universitäts KrebsCentrum (UCC)  
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
 an der Technischen Universität Dresden  
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
 Tel. 0351/4584004  
 Beate.Hornemann@ukdd.de

### Fear and cancer: when becomes anxiety pathological

**Nervenheilkunde 2017; 36: 955–862**  
 eingegangen am: 17. Juli 2017  
 angenommen am: 11. Oktober 2017

### Angst und Zweifel

*Zweifle nicht an dem  
 der Dir sagt er hat Angst  
 aber hab Angst vor dem  
 der Dir sagt er kennt keinen Zweifel*  
 Erich Fried (9)

Krebserkrankungen sind für Betroffene und deren Angehörige seelisch sehr belastend. Metaanalysen zeigen, dass etwa die Hälfte der Patienten vor allem zum Zeitpunkt der Erstdiagnose psychisch stark belastet ist (2), ein Drittel leidet unter so starken Ängsten und Depressionen, dass man von einer psychischen Begleiterkrankung

sprechen muss (23, 25, 31, 34). Aber auch in der Tumornachsorge brauchen viele Patienten professionelle psychoonkologische Unterstützung (27). Ebenso erleben Langzeitüberlebende psychische Krisen, die sie allein nicht bewältigen können (24, 26). Die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten“ (www.awmf.org) (18) erklärt ein Screening psychosozialer Belastungen als erforderlich. Professionelle psychosoziale Unterstützung hilft nachweislich, die Krebserkrankung zu verarbeiten und psychische Probleme zu reduzieren (6).

## Angststörungen bei Krebskranken

Psychischen Belastungsreaktionen im Rahmen von Tumorerkrankungen schließen eine Vielzahl von emotionalen Zuständen wie Sorgen, Ängste, Ohnmacht, Scham, Wut, Trauer sowie Verlust von Sinn und Hoffnung ein (1). Zu dieser Emotionalität kommen noch Anforderungen für den Patienten wie Therapieentscheidungsdruck und notwendige Umstrukturierungen des Alltags hinzu, die zusätzliche mentale Herausforderungen darstellen. Prämorbid Persönlichkeitsmuster sowie bisheriges Bewältigungsrepertoire und das Unterstützungspotenzial vom Umfeld können neben Alter und Bildung sowohl die Stressbewertung als auch das Auftreten psychische Störungen beeinflussen (22). Zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebs-Patienten zählen Anpassungsstörungen, Angststörungen und affektive Störungen (12, 30, 34) (►Tab. 1).

Die Indikationsstellung für die dem jeweiligen Belastungserleben angemessenen psychoonkologische Interventionen setzt eine gerichtete Diagnostik voraus. Die Erfassung und Diagnostik psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen bei Krebs-Patienten umfasst ein breites Spek-

**Tab.** Prävalenz psychischer Störungen n = 2 141 (4 020) Patienten über alle Behandlungssettings (23)

|                      | Punktprävalenz (%) | 12 Monatsprävalenz (%) |
|----------------------|--------------------|------------------------|
| Angststörungen       | 11,5               | 15,8                   |
| Anpassungsstörungen  | 11,1               | 11,1                   |
| Depressive Störungen | 6,5                | 12,6                   |

trum an Symptomen und Syndromen unterschiedlicher Ausprägung. Nicht unerwähnt sollte an dieser Stelle bleiben, dass sich eine umfassende psychosoziale Diagnostik in der Onkologie darüber hinaus nicht nur auf Patienten orientiert, sondern auch Partner und Angehörige mit einschließen sollte (31, 32).

### S3-Leitlinie Psychoonkologie zur Unterscheidung subsyndromale vs. störungsspezifische Angstsymptomatik

In der psychoonkologischen Leitlinie besteht Konsens, dass die Erfassung der psychosozialen Belastung und des individuellen psychosozialen Unterstützungswunsches der Patienten so früh wie möglich und wiederholt im Krankheitsverlauf erfolgen sollte (18). Zum Einsatz sollten dabei validierte und standardisierte Screening-

Instrumente kommen. Im Wissen, dass subsyndromalen Ausprägungen von Angst bereits präventiv begegnet werden sollte, um einer eventuellen Chronifizierung entgegenzuwirken, sollte bereits bei Patientenwunsch ein supportives Erstgespräch geführt werden. Bei positiven Screening wird in diesem Kontakt eine weiterführende diagnostische Abklärung durchgeführt (▶ Abb.).

### Phänomen Progredienzangst – eine normale, adaptive Furchtreaktion

Psychische Veränderungen im Verlauf einer Krebserkrankung können ohne Krankheitswert sein, aber auch Ausdruck einer psychischen Störung. Angst ist im Kontext einer Krebserkrankung die zentrale Emotion. Größtenteils handelt es sich dabei um eine verstehbare emotionale Labilisierung in Bezug auf die Diagnose und Prognoseer-

wartung. Es handelte sich dabei um keine neurotische, sondern um eine Realangst. Der inhaltliche Fokus liegt dabei auf der Sorge vor dem Fortschreiten der Erkrankung, ggf. mit Todesfolge. 2011 wurde diese in erster Linie normale Reaktion von Herschbach in dem Begriff Progredienzangst-Phänomen erfasst (15).

Dieser Begriff „fear of progression“ ist konzeptuell mit dem international bekannten Konzept der „fear of recurrence“ vergleichbar (4). Progressionsangst ist damit keine klassische Angststörung (im Sinne der psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV). Typischerweise können Patienten, unterstützt durch eine patientenzentrierte Kommunikation, ihre Angstsinhalte konkret benennen. Herschbach et al. konnten zeigen, dass Krebs-Patienten besonders häufig unter Angst vor den Kontrolluntersuchungen, der Angst vor onkologischen Therapiemaßnahmen, der Angst um die Familie, der Angst vor Schmerzen leiden, ebenso unter der Sorge, auf fremde Hilfe angewiesen sein zu kön-

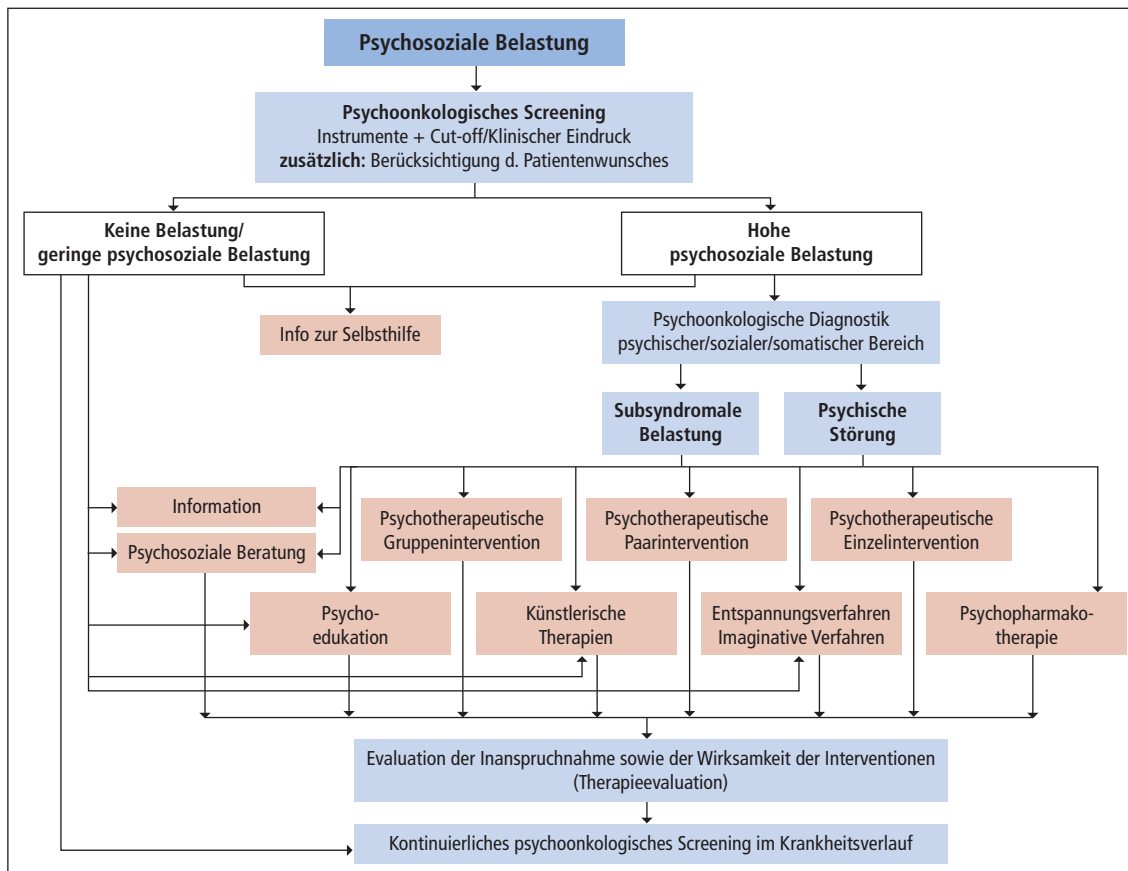


Abb. Versorgungsalgorithmus (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) (18)

nen, der Angst vor Nebenwirkungen von Medikamenten und der Angst, die eigenen Kinder könnten auch an Krebs erkranken. Es wurde in Studien übereinstimmend aufgezeigt, dass vor allem ein jüngeres Lebensalter und ein höheres Maß an körperlichen Symptomen mit erhöhter Progredienzangst („fear of recurrence“) assoziiert sind (4, 13, 20). Die Angaben zur Prävalenz von Progredienzangst reichen bis zu Raten von 70% (14). Es handelt sich also um ein eher häufiges Phänomen. Auch bei einem relevanten Anteil der Langzeitüberlebenden, deren Krebsdiagnose mehr als fünf Jahre zurückliegt, ist ein erhöhtes Maß an Progredienzangst zu beobachten (17). Ebenfalls ist bekannt, dass Krebs-Patienten, die die Krebsdiagnose mindestens zwei Jahre überlebt hatten, bei Angstsymptomen höhere Prävalenzen als Gesunde zeigten (21, 26).

## Wann wird Angst pathologisch?

Im Folgenden soll exemplifiziert an Fallvignetten ein Überblick über typische Themen und Interventionen aus der Beratungspraxis gegeben werden (alle Angaben modifiziert, um vollständige Anonymisierung zu erreichen). Bekanntermaßen spricht man von einer Störung, wenn der Betroffene hinsichtlich seines seelischen Befindens einen starken Leidensdruck empfindet und keine, für ihn aushaltbare Selbstregulation aufbauen kann. Angst ist dann eine Störung, wenn Ängste zu lange andauern, sowie unangemessen, zu stark, zu häufig auftreten. Kontrollverlust und Vermeidungsstrategien, massive Misserfolgserwartungen zählen auch zum dysfunktionalen Angstkomplex dazu (11).

Weiterhin erscheint ein körperliches Ausagieren des angstbedingten Verspannungszustandes unmöglich und daraus resultierende belastende körperliche Symptome führen wiederum zur Verstärkung der Angstwahrnehmung. Typisch für pathologische Angstreaktionen im onkologischen Kontext sind z. B. eine exzessive Körperaufmerksamkeit („checking behaviour“) oder die Thematisierung der Bedrohung weit über die eigentliche Tumorerkrankung hinaus, im Sinne einer generalisierten

### Kasuistik 1

## 49-jährige Patientin, verheiratet, Angestellte

Onkologische Diagnose/Therapie: Magen-Ca, Z. n. Gastrektomie mit kurativer Intention. Pat fiel in der chirurgischen Visite auf, indem sie auf sofortige Entlassung bestand und die notwendige Ernährungsberatung ablehnte. Sie interpretierte die erfolgreiche Operation als die Wiederherstellung von uneingeschränkter Gesundheit. Eine Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten sei aus ihrer Sicht nicht notwendig, ebenso keine weiteren Arztkontakte oder eine Rehabilitationsmaßnahme. Erst nach der ersten chirurgischen Nachsorgesprechstunde, in der sie dann mehrere Misserfolgserlebnisse bei der Nahrungsaufnahme mit Schluckstörungen, Übelkeit und Erbrechen sowie weiteren Gewichtsverlust signalisierte war sie für einen psychoonkologischen Kontakt bereit. Dabei thematisierte die Pat „den für sie unerträglichen Gedanken“, nun Krebs-Patientin zu sein und ihre massive Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung.

„Krebsangst“, was oft ein unrealistisches Versorgungsbegehren nach sich zieht. Bemerkenswert, dass auch Patienten, die keine aktuelle Tumorlast haben, trotzdem – manchmal skeptisch als „grundlos“ von Angehörigen oder Behandlern betrachtet – unter starken Wiedererkrankungsängsten leiden. Die alleinige ärztliche „Beschwichtigung“ erscheint dann nicht ausschließlich hilfreich, sondern diese Betroffenen sollten professioneller psychoonkologisch-psychotherapeutischen Support erhalten (7, 8).

## Mögliche Interventionen bei subsyndromaler Ausprägung der Angst

Das Thema Angst sollte Krebs-Patienten und ihren Partnern aktiv angesprochen und ggf. behandelt werden. Bei vielen Patienten besteht ein starkes Bedürfnis nach

### Kasuistik 2

## 66-jährige Patientin, verwitwet, Altersrentnerin

Onkologische Diagnose/Therapie: Darm-Ca mit Lebermetastasen 2012 Z. n. Op und Chemotherapie, Tumornachsorge. Trotz initial metastasierter Situation konnte die Pat mit kurativer Therapieintention behandelt werden. Zwischen den Tumornachsorgeterminen verhielt sich die Pat unauffällig bzw. emotional stabil. Sie selbst beschreibt ihre Krankheitsverarbeitung als gelungen, habe ihr Gleichgewicht zwischen sich-mit-Krebs-beschäftigen vs. Ablenkung gefunden. Nur die 2–3 Wochen der halbjährlichen Kontakte in der Tumornachsorge, die Angst vor der Untersuchung und sorgenvolles Warten auf den Befund bedeuten, führten zu Einschränkungen in der Lebensqualität (z. B. Panikattacken, Schlafstörungen). Diesbezüglich wünschte die Pat eine Empfehlung zum „Ausschalten“ dieser Symptomatik. Nach Psychoedukation und reflektierender Bearbeitung bisheriger Bewältigungsversuche konnte die Pat ihre Erwartung an sich korrigieren und diese Phasen erhöhter Angst akzeptieren lernen.

Unterstützung im Umgang mit der Progressionsangst. Sie wünschen sich professionelle Kontakte mit dem Ziel der Verbesserung des Selbstmanagement z. B. bzgl. onkologischer Therapien und Nachsorgeuntersuchungen (3, 10, 19, 28).

Wichtig ist, ggf. wiederholt, die Angstthematik zu entpathologisieren (29). Der Patient sollte zum offenen Ausdruck seiner Gefühle ermutigt werden, um eine Entlastung zu erreichen. Es gilt zuerst Angstempfindungen akzeptieren zu lernen und nicht mit viel Kraftaufwand abzuwehren. Weiterhin sollte der Patient zur Selbstreflexion angeleitet werden, um sein Bedrohungsempfinden zu konkretisieren. Aus diesem globalen Gefühl der Angst kann er dann konkret gerichtete Furchtanteile definieren. Es lassen sich dabei vier Bereiche unterscheiden:

- Krankheits- bzw Therapiebezogenes (z. B. aus der Sicht des Patienten unerklärliche Nebenwirkungen),

## Kasuistik 3

**54-jährige Patientin, verheiratet, Lehrerin**

Onkologische Diagnose/Therapie: Ovarial-Ca, Z. n. Op und Chemotherapie, laufende Antikörpertherapie. In den stattgefundenen ärztlichen Gesprächen in der gynäkologisch-onkologischen Tagesklinik fiel die Pat durch ihre traurig-resignierte Grundstimmung auf. Die sehr gute Verträglichkeit der Chemotherapie ergänzende Antikörpergabe wurde von der Pat nicht wahrgenommen, sie hinterfragte immer wieder die Wahrscheinlichkeit von Persönlichkeitsveränderungen durch die Therapie oder auch Pflegebedürftigkeit ggf. mit Vormundschaft. Das bloße Verneinen dieser Befürchtungen reichte nicht aus, um die Pat zu entängstigen. Erst als sie von ihrer Betreuungserfahrung mit ihrer an einem Hirntumor verstorbenen Freundin berichtete und ihre ängstlichen Vermutung, ebenso zu versterben, ansprechen konnte, wurde sie offener für die krankheitsspezifische Aufklärung mit der entlastenden Information, dass eine Hirnbeteiligung kein typischer Metastasierungsweg beim Ovarialkarzinom sei. Insofern konnte ein wichtiger Angstinhalt entkräftet werden.

- zukunftsbezogenes (z. B. die Antizipation von Siechtum),
- auf das Selbst (z. B. Einschränkungen von Attraktivität, Sexualität) und/oder
- das soziale Umfeld (Angst für/um andere Beziehungsmitglieder) bezogenes Bedrohungsempfinden.

Psychoonkologische Belastungsfaktoren sind die oftmals erheblichen Auswirkungen in Bezug auf das Selbstwertgefühl und die geschlechtsspezifische Integrität. Die Erkrankung selbst wie auch die Folgen der Therapiemaßnahmen können zu massiven Beeinträchtigungen der erlebten Attraktivität und des sexuellen Erlebens führen, was in der Folge nicht selten auch Partnerkonflikte und Trennungsangst nach sich zieht. Sind Angstinhalte vordergründig auf das soziale Umfeld gerichtet, sollte dieses Eingang in die Gesprächskontakte finden,

## Kasuistik 4

**63-jähriger Patient, verheiratet, Altersrentner**

Onkologische Diagnose/Therapie: Prostata-Ca, Z. n. Prostatektomie. Pat gab im Distress-Thermometer, als psychoonkologisches Screening im Prostatakrebszentrum etabliert, einen Belastungswert von 8 an und lag damit deutlich über dem Cut-off von 5. Im darauf terminierten Kontakt mit dem Psychoonkologen berichtete er von seinen Umstellungsversuchen seiner Lebensgewohnheiten. Er verzichtete auf Fleisch, Zucker und versuche sich sportlich zu betätigen. Sexuelle Kontakte seien zwar trotz Op prinzipiell möglich, allerdings vermeide er sie weitgehend, weil er durch sexuelle Erregung eine Verstärkung seiner hormonellen Aktivität befürchtet und da er einen hormonabhängigen Tumor habe, wolle er nichts riskieren. Insgesamt konnte mit dem Pat. erarbeitet werden, dass alle seine Bewältigungsversuche extrem angstbesetzt sind und entspanntes Genussverhalten als Gegengewicht zum Belastungserleben nicht möglich erscheint. Diese Progredienzangst mit genannten dysfunktionalen Anteilen konnte der Pat in mehreren psychoonkologischen Gesprächen konstruktiv bearbeiten.

möglichst unter Einbezug von Familienmitgliedern.

Höcker (16) erfragte bei Krebs-Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium die individuelle Bedürfnislage. Neben dem Wunsch nach liebevoller Zuwendung oder nach Kontakt mit der Natur (jeweils 77%) wird mehrheitlich das Bedürfnis genannt, mit jemanden über Ängste und Sorgen zu reden (64%). Es deckt sich mit unseren praktischen Erfahrungen, dass psychopathologisch eher unauffällige Patienten Kontaktangebote eigenmotiviert wahrnehmen und davon hinsichtlich der Aufrechterhaltung ihrer emotionalen Stabilität profitieren. Sie formulieren einen Gesprächsbedarf und „Bewertungswunsch“ ihrer bisherigen Bewältigungsanstrengungen. Patienten, die sich im Screening als belastet beschreiben oder in der interdisziplinär durchgeführten Visite als auffällig identifi-

## Kasuistik 5

**37-jährige Patientin, verheiratet, Bankkauffrau**

Onkologische Diagnose/Therapie: Mamma-Ca, Z. n. brusterhaltender Op, vor Chemotherapie und Strahlentherapie. Die Pat, Mutter von zwei Kindern (6 und 8 J.), fragte aktiv nach psychoonkologischer Unterstützung ihrer Kinder. Sie befürchtete eine schwere Traumatisierung durch ihre eigene Erkrankung per se, unabhängig davon, ob sie selbst überlebe. Angst wurde von ihr zunächst nur in Bezug auf ihre Kinder thematisiert. Um die Kinder zu schützen, habe sie anfangs versucht, ihr Befinden zu verstecken und das Thema „Krebs“ daheim zu vermeiden. Die Kinder hätten sich nun zurückgezogen, was sie sehr schmerzt. Durch die Aufnahme einer therapeutischen Begleitung bis zum Ende der onkologischen Therapie konnte die Patientin einen angemessenen Bewältigungsmodus entwickeln und dies auch im familiären Kontext umsetzen. Dabei war eine deutliche Entlastung der gesamten Familie erkennbar.

ziert werden, erhalten obligatorisch das Angebot psychoonkologischer Einzelkontakte.

Dysfunktionale, z. B. klinisch bedeutsame Progredienzangst ist eine starke Belastung für die Patienten. Daher ist es notwendig, psychologische Interventionen zu entwickeln, die Patienten dabei helfen, hiervon sich nicht überflutet zu fühlen. Die Wahrnehmung und Beschreibung der eigenen Angst ist der Ausgangspunkt für eine psychoonkologische und therapeutische Versorgung. Der Patient wird angehalten, angstauslösende situative Reize und katastrophisierende Gedanken zu erkennen und zu beobachten, wie sich die Angst im Erleben widerspiegelt. Hier kann es hilfreich sein, die Antworten der Patienten in einem Progredienzangstfragebogen und/oder Angsttagebuch zu erfassen.

## Kasuistik 6

**80-jähriger Patient,  
verheiratet, Altersrentner**

Onkologische Diagnose/Therapie: Nierenzell-Ca, aktuell in Vorbereitung für Strahlentherapie wegen ossärer Metastasierung. Erster psychoonkologischer Kontakt nach panikartiger Flucht des Patienten aus der radiologischen Diagnostik bei Vorbereitung zum MRT. Pat. ist von seiner Reaktion selbst sehr überrascht, haben ihm doch diese Untersuchungen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose vor acht Jahren keine Probleme gemacht. Auf Nachfrage berichtet er zögerlich, emotional sehr berührt und verschämt, dass er als Kind durch Trümmer nach einem Bombenangriff verschüttet gewesen sei. Seine Schwester habe ihn gerettet, daran habe er gedacht ... und dass sein Leben bald zu Ende sei. Nachdem er sich emotional entlasten konnte, seiner biografischen Rückschau Raum gegeben wurde und er seine „neue Dünnhäutigkeit“ durch die nun palliative Situation realisiert hat, konnte die Metastendiagnostik am Folgetag fortgesetzt werden. Das Angebot eines pharmakologischen Supports wurde vom Pat. nicht gewünscht.

**Angstspezifischer  
Kommunikationsanspruch  
in der Onkologie**

Das Thema Angst sollte bei akut erkrankten, aber auch langzeitüberlebenden Krebspatienten und ihren Partnern aktiv angesprochen und ggf. behandelt werden. Schon das ärztliche Gespräch – nicht erst der psychoonkologisch-spezialisierte Kontakt – kann bei der Unterscheidung helfen, ob eine normale Emotionsregulation oder Krankheitswert vorliegt. Dies ist insbesondere bei Ängsten sehr bedeutend (33). Während konkrete Angst (Furcht) all jene Empfindungsphänomene beschreibt, bei denen eine konkrete Gefahr im Vordergrund steht, soll die Empfindung, für die Ungewissheit und die Wahrnehmung von Kontingenz als einer Bedrohung charakteristisch sind, als (Kontingenz)Angst bezeichnet werden (5). Kontingenz ist hier zu

verstehen als die Unbestimmtheit und Zufälligkeit des weiteren Verlaufes im Rahmen der wahrscheinlichen Möglichkeiten (Zufall nicht im Sinne des absolut Unwahrscheinlichen). Dieser ist schwerer zu begegnen. Insofern reicht die bloße Bekräftigung der Normalität nicht aus, sondern der Patient muss behandlerseits, durch seinen behandelnden Onkologen zur Konkretisierung seiner Angstgedanken ermutigt werden. Angstfördernd ist sicherlich, dass ärztlicherseits in Situationen der Ungewissheit (oder unzureichenden Kenntnis der Prognose) explizit oder unterschwellig auch mehrdeutige Aussagen zum möglichen Verlauf kommuniziert werden. Patienten mit überbordendem Optimismus triggern Äußerungen über mögliche Risiken, solche mit vorbestehend starken Ängsten eventuell unrealistische Bilder der Sicherheit. Psychische Stabilität hat hier auch mit Ambiguitätstoleranz zu tun.

Zu Beginn gilt es für den Erkrankten, zunächst den Diagnoseschock zu überwinden und unter dem oft kurzfristigen Behandlungsdruck Bewältigungsstrategien zu mobilisieren und Kompetenzen zu entwickeln, um die aktuelle psychische Erschütterung auszuhalten. Dabei ist es wichtig, zur emotionalen Selbstregulation und konstruktiven Orientierung das krankheitsbezogene Informationsbedürfnis gemeinsam mit den Patienten auszuloten. Hierzu stehen vielfältige qualitätsgesicherte Aufklärungsbroschüren und Internetratgeber zur Verfügung.

In der Zeit nach erfolgter Primärbehandlung beginnt für die meisten Patienten häufig erst die intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und Prognose. Ängste vor einem Tumorrezidiv, körperliche Beschwerden, Leistungseinbußen sowie Einschränkungen in Alltagsaktivitäten durch die Erkrankung selbst und/oder die Behandlung sind in dieser Phase typische psychosoziale Themen. Beim Auftreten einer Metastasierung oder der unabwendbaren Diagnose der fortschreitenden nicht heilbaren Erkrankung ist mit einer Reaktivierung des ersten Diagnoseschocks und einem Gefühl der Ohnmacht und des Scheiterns zu rechnen. Vor allem eine ossäre Metastasierung ohne die Perspektive eines kurzfristigen Lebensendes verlangt von den Betroffenen eine hohe Unsicherheits-

**Fazit**

In allen Phasen der Tumorthherapie und -nachsorge ist der niedrigschwellige Zugang zu psychoonkologischen und psychosozialen Versorgungsangeboten für Patienten über alle Behandlungszeitpunkte hinweg zu sichern. Die psychische Befindlichkeit von Patienten mit Krebs ist nicht per se zu pathologisieren. Eine wertschätzende Grundhaltung und Respekt gegenüber dem Erkrankten und ein fundiertes Wissen über Tumorerkrankungen, mögliche Therapien und deren psychosozialen Auswirkungen bilden unter Einbindung in ein interdisziplinäres Team eine wichtige Basis erfolgreicher Beratungen. Die psychoonkologische Arbeit zielt darauf ab, beim Patienten in Konfrontation mit der als im Alltagsverständnis höchst bedrohlich geltenden Erkrankung die selbstregulatorische Kompetenz und Eigenkontrolle zu erhöhen, Krankheitsverarbeitungsprozesse zu unterstützen und Lebensqualität während und nach der onkologischen Therapie zu verbessern. Oftmals werden psychoonkologische Interventionen diagnoseübergreifend in der Akutphase oder zur Sterbebegleitung beschrieben. Unserem Eindruck entsprechend gehen die Themenbereiche von Patienten weit darüber hinaus. So thematisieren erfolgreich kurativ behandelte Patienten bspw. angstbesetzte Bewältigungsversuche bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung oder einer veränderten Partnerschaft und Sexualität. Die Veränderung der kurativen in eine palliative Therapieausrichtung ohne die sofortige Perspektive eines kurzfristigen Lebensendes verlangt von den Betroffenen eine hohe Unsicherheits- und Angsttoleranz. Auch hier erscheint es sinnvoll, durch eine Kombination aus psychoonkologischem Screening und aufsuchenden Kontakten des zuständigen Psychoonkologen dem Erkrankten angemessenen Support zu ermöglichen.

toleranz und ein angemessenes Sinnerleben. Auch hier können therapeutische Gespräche entlastend wirken.

Bei der Betrachtung psychosozialer Belastungen von Tumorerkrankten darf allerdings auch die Situation der Angehörigen und Bezugspersonen nicht unberücksich-

tigt bleiben, denn auch diese ist von vielfältigen Belastungen geprägt. So sind Angehörige nicht nur Unterstützer, sondern gleichzeitig auch Mitbetroffene. Dies gilt insbesondere beim Eintritt der Erkrankten in die letzte Lebensphase.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- Aghababai N, Sohrabi F, Eskandarie H, Borjali A, Farrokhi N, Chen ZJ. Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, propose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences* 2016; 90: 93–98.
- Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion MJM, Holland JC et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaption. *Journal of Clinical Oncology* 2014; 32(15): 1605–1619.
- Blázquez MH, Cruzado JA. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research* 2016; 87: 14–21.
- Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 978–986.
- Dehne M. *Soziologie der Angst*. Wiesbaden: Springer 2017 DOI: 10.1007/978-3-658-15223-0\_1.
- Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* 2013; 31(6): 782–93.
- Faller H, Bähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K et al. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.031>.
- Faller H, Weis J, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M et al. Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2016; 81: 24–30.
- Fried E. *Gegengift. 49 Gedichte und ein Zyklus*. Wagenbach 1974.
- Garcia S. The effect of patient education on Aaapy for the first time. Evidence-based practice project reports. 2014; Paper 47.
- Graske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet* 2016; 388: 3048–59.
- Hartung TJ, Friedrich M, Johansen Ch, Wittchen H-U, Faller, H, Koch U et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as Screening Instruments for Depression in Patients With Cancer DOI:10.1002/cncr.30846.
- Herschbach P, Dinkel A. Psychologische Interventionen bei Progredienzangst. In: Mehnert A, Koch, U (Hrsg) *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2016, 618–624.
- Herschbach P, Dinkel A. Angst bei körperlichen Erkrankungen PiD – Psychotherapie im Dialog 2015; 16(02): 60–62.
- Herschbach P, Dinkel A. Fear of progression. *Psycho-Oncology* 2014; 197, DOI: 10.1007/978-3-642-40187-9\_2.
- Höcker A, Krüll A, Koch U, Mehnert A. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2014; DOI: 10.1111/ecc.12200.
- Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors – a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology* 2013; 22, 1–11.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*, AWMF 2014.
- Lewis F, Merckaert I, Liénard A, Libert Y, Etienne AM, Reynaert C et al. Anxiety at the first radiotherapy session for non-metastatic breast cancer: Key communication and communication-related predictors. *Radiotherapy and Oncology* 2014; 114: 35–41.
- Lin CR, Chen SC, Chang JTC, Fang YY, Lai YH. Fear of cancer recurrence and its impacts on quality of life in family caregivers of patients with head and neck cancers. *The Journal of Nursing Research* 2016; 24(3): 240–248.
- McDonnell G, Baily C, Schuler T, Verdelli H. Anxiety among adolescent survivors of pediatric cancer: A missing link in the survivorship literature. *Palliative and Supportive Care* 2015; 13: 345–349.
- Mehnert A. Psychoonkologische Mitbetreuung und Nachsorge Identifikation, Unterstützungsangebote und Umgang mit den Krankheitsfolgen. *Kliniker* 2014; 43 (7+8): 364–367.
- Mehnert A et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology* 2014; 32(31): 3540–3546.
- Mehnert A, Müller D, Lehmann C Koch U. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006; 54(3): 213–223.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology* 2011; 12(2): 160–74.
- Mitchell AJ et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013; 14(8): 721–32.
- Moncayo FLG, Requena GC, Perez FJ, Salamero M, Sanchez N, Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Med Clin (Barc)* 2008; 130(3): 90–2.
- Morgan S, Cooper B, Paul S, Hammer MJ, Conley YP et al. Association of personality profiles with depressive, anxiety, and cancer-related symptoms in patients undergoing chemotherapy. *Personality and Individual Differences* 2017; 117: 130–138.
- Rudolf B, Wunsch A, Herschbach P, Dinkel A. Ambulante verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zur Behandlung von Progredienzangst bei Krebspatienten. *Psychother Psych Med*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-107774>.
- Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Mehnert A. Insecurity attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care* 2017; 1–9. DOI: 10.1017/S147895157000281.
- Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – A meta-analysis. *Psychooncology* 2010; 19 Supplement: 134–5.
- Singer S, Szalai C, Briest S, Brown A, Dietz A, Eikenkel J et al. Comorbid mental health conditions in cancer patients at working age – prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psychooncology* 2013; 22: 2291–7.
- Stiefel F. Umgang mit Angst – Gespräch mit Kranken. *Im Fokus Onkologie* 2004; 10: 47–49.
- Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Schön G, Wegscheider K, Heckl U et al. Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2012; 62: 249–58.