

# Depression bei Tumorpatienten

## Viel mehr als ein psychisches Tief

CAROLINE NOTHDURFTER



© Clarissa Schwarz/Pixelio

Psychische Störungen bei Tumorpatienten sind häufig. Sie werden jedoch aufgrund der zunächst im Vordergrund stehenden somatischen Aspekte der Tumorerkrankung meist nicht wahrgenommen oder in ihrer Bedeutung unterschätzt.

Nach der Diagnose Krebs und der damit rasch einhergehenden Therapie der malignen Erkrankung finden psychische Belange anfangs oft keine ausreichende Beachtung. Darüber hinaus bereitet die diagnostische Abgrenzung bestimmter psychopathologischer Auffälligkeiten gegenüber Symptomen, die durch eine maligne Erkrankung selbst hervorgerufen werden können (vor allem vegetative Symptome, wie Appetitminderung und Gewichtsverlust, oder Schlafstörungen) zum Teil erhebliche Schwierigkeiten.

Sowohl eine Tumorerkrankung selbst wie auch damit verbundene notwendige somatische Interventionen können zu organisch bedingten psychischen Störungen führen. Zu den weitaus häufigsten Störungen zählt hierbei das Delir, das

in präfinalen Stadien von Krebspatienten mit einer Häufigkeit von über 80% auftritt [4]. Ursächlich sind hier nicht nur tumorassoziierte direkte Beeinträchtigungen des Zentralnervensystems, sondern viel häufiger metabolische Störungen (z. B. Entgleisungen des Elektrolythaushaltes) und Medikamentennebenwirkungen.

### Prävalenz und Diagnose depressiver Syndrome

Es wird geschätzt, dass über die Hälfte aller Patienten, die aufgrund ihrer Tumorerkrankung eine Schmerztherapie mit Opiaten erhalten, delirante Zustandsbilder entwickeln [4]. Doch während das Delir aufgrund seiner eindrücklichen Symptomatik (Bewusstseinsstörungen, Störungen der Aufmerksamkeit, Orien-

terung und Wahrnehmung) und seines akuten Beginns eher selten übersehen wird, entgehen depressive Syndrome im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen zuweilen auch dem geschulten Auge. Neben der Tatsache, dass sie zumeist schleichend beginnen, werden sie nicht selten als „normale Reaktion“ auf eine Krebserkrankung angesehen. Depressive Störungen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen treten bei bis zu einem Drittel der Patienten auf. Im Vergleich dazu liegt ihre Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung mit 10% deutlich niedriger [8].

Hier ist jedoch eine differenzielle Betrachtung angebracht, da die Häufigkeit depressiver Störungen bei Tumorerkrankungen in Abhängigkeit von der Art des Tumors zum Teil erheblich variiert. Be-

sonders häufig scheinen depressive Syndrome bei Karzinomen des Pankreas, des Oropharynx und der Brust zu sein; hier werden Häufigkeiten von bis zu 50% angegeben [8].

Die Depression ist ein überaus heterogenes Krankheitsbild. Klinisch im Vordergrund stehen neben der depressiven Verstimmung und der Antriebsminderung häufig auch psychovegetative Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitverlust und sexuelle Funktionsstörungen. Die mögliche Vielfalt der im Vordergrund stehenden Beschwerden unterscheidet nicht nur den jeweiligen Patienten vom anderen, sondern charakterisiert mitunter auch eine episodenhaft unterschiedlich verlaufende Krankheit eines einzelnen Patienten.

#### **Problem: larvierte Depression**

Besonders die „larvierte Depression“, deren klinisches Bild von körperlichen Symptomen geprägt ist, erschwert oder verhindert bei Krebspatienten die Unterscheidung zwischen tumorassoziierten Beschwerden auf der einen Seite und depressionsbedingten Körperempfindungen andererseits.

In jedem Fall ist die Abgrenzung leichter, aber dennoch behandlungsbedürftiger depressiver Störungen gegenüber normalphysiologischen Verstimmungen wichtig, da sie im Besonderen bei onkologischen Patienten eine zusätzliche Einbuße an Lebensqualität bedeutet und sich negativ auf die Dauer der Hospitalisierung, den Erkrankungsverlauf und die Compliance auswirken kann [15].

#### **Psychische Störungen als Risikofaktor für Tumorleiden**

In Zweifelsfällen kann der Einsatz diagnostischer Instrumente wie das BSI (Brief Symptom Inventory) oder die HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) hilfreich sein. Sie wurden speziell dafür entwickelt, psychische Symptome bei somatisch erkrankten ambulanten Patienten zu erkennen [15].

Dass die Diagnose einer malignen Erkrankung im Sinne eines „Life Events“ wesentlich für das Auftreten einer depressiven Episode mitbestimmend sein kann, liegt auf der Hand. Schwieriger zu beantworten ist jedoch die Frage, ob umgekehrt psychische Störungen für Tumor-

leiden prädisponieren können. Bei depressiven Patienten scheinen bestimmte „ungesunde Lebensweisen“ gehäuft aufzutreten, die die Entstehung von Tumor-erkrankungen begünstigen können.

#### **„Ungesunde Lebensgewohnheiten“**

Zum einen ist Nikotinkonsum unter depressiven Patienten weit mehr verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung [6]. Darüber hinaus haben diese Patienten häufiger einen schädlichen Gebrauch von Alkohol [26]. Bei diesem Punkt ist jedoch zu bedenken, dass viel öfter ein Alkoholmissbrauch Ursache einer Depression ist, während der schädliche Gebrauch von Alkohol im Sinne eines „Selbsttherapieversuchs“ bei depressiven Störungen seltener ist.

In jedem Fall bedarf aber das Zusammentreffen eines depressiven Syndroms und eines Alkoholmissbrauchs im Hinblick auf Suizidalität besondere Beachtung, da sich in dieser Konstellation das Suizidrisiko noch einmal deutlich erhöht [25]. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen zu Übergewicht neigen [14]. Ursächlich können hier ein durch die psychische Störung verursachter Bewegungsmangel und die Vernachlässigung einer ausgewogenen Ernährung bedeutsam sein.

#### **Die Rolle des Immunsystems**

Es gibt Hinweise, dass depressive Patienten Veränderungen des Immunsystems aufweisen. Sie scheinen eine niedrigere Aktivität der natürlichen Killerzellen und eine geringere Proliferationsrate der Lymphozyten zu haben; hier besteht sogar eine enge Korrelation mit der Schwere einer Depression [11]. Während in Bezug auf die zelluläre Immunantwort eine eher erniedrigte Aktivität bei depressiven Patienten gefunden wurde, scheinen auf der anderen Seite proinflammatorische Zytokine wie IL-1, TNF- $\alpha$  und IFN- $\gamma$  bei diesen Patienten erhöht zu sein [23].

Bezüglich der Entstehung dieses Ungleichgewichts der Immunantwort wird postuliert, dass die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse bei depressiven Störungen eine besondere Rolle spielt [19]. Ob und inwieweit eine solche Dysregulation des Immunsystems

die Entstehung von Tumorerkrankungen begünstigen kann, ist aber noch nicht hinreichend geklärt.

#### **Krebspersönlichkeit, Fighting Spirit**

Im Zuge der Beschäftigung mit psychischen Risikofaktoren für die Genese maligner Erkrankungen entstand in der Psychoonkologie das Konzept der „Krebspersönlichkeit“ mit dem Ziel, bestimmte Charaktereigenschaften zu ermitteln, die für ein Tumorleiden prädisponieren könnten [27]. Der Versuch, einen Zusammenhang herzustellen zwischen der Persönlichkeit eines Menschen und seiner Neigung bestimmte somatische Erkrankungen zu entwickeln, lässt sich aber schon über 2.000 Jahre zurückverfolgen [13].

„Krebspersönlichkeiten“ neigen angeblich zu einer depressiven Affektlage und einer Unterdrückung sowie Überkontrolliertheit negativer Emotionen (insbesondere Ärger). Die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse sei reduziert. Neuere Untersuchungen konnten die Theorie der Krebspersönlichkeit jedoch nicht bestätigen [9]. Heute geht man davon aus, dass die Wesenszüge der Krebspersönlichkeit vielmehr dem Patienten als nachträgliches Erklärungsmodell nach Stellung der Diagnose eines Tumorleidens dienen, im Sinne einer gestörten Krankheitsbewältigung. Demgegenüber steht der „Fighting Spirit“ mancher Krebspatienten, der zwar eine positive Coping-Strategie darstellt, aber die Überlebensrate bei Tumorleiden offensichtlich nicht günstig beeinflussen kann [7].

Ob depressive Erkrankungen das Krebsrisiko tatsächlich erhöhen können, ist nach dem heutigen Wissensstand kaum zu beantworten. Penninx et al. konnten zwar für Patienten, bei denen eine depressive Störung über mindestens sechs Jahre bestand, ein erhöhtes Auftreten maligner Erkrankungen verzeichnen, eindeutige Korrelationen zu oben genannten Risikofaktoren zu finden, war jedoch kaum möglich [17]. Dass „ungesunde Lebensgewohnheiten“ nicht allein bestimmend für ein möglicherweise erhöhtes Krebsrisiko bei Patienten mit psychischen Störungen sein können, zeigt auch die Tatsache, dass schizophrene Patienten ein erniedrigtes Risiko für maligne Erkrankungen zu haben scheinen,

obwohl bei ihnen Substanzmissbrauch, Alkohol- und Nikotinabusus extrem häufig sind [10].

### Suizidalität bei Patienten mit malignen Erkrankungen

Allgemein stellt eine Depression für den betroffenen Patienten eine massive Beeinträchtigung seines beruflichen und sozialen Funktionsniveaus dar. Auf diese Weise können aus Sicht des Patienten depressionsbedingte Zukunftssorgen und Minderwertigkeitsgefühle „bestätigt“ wer-

assoziiert [5]: Passive Todeswünsche bei Tumorpatienten in terminalen Stadien konnten bei nahezu der Hälfte der Betroffenen eruiert werden, aktive Suizidgedanken im Sinne von konkreten Suizidplänen zeigten sich bei etwa 10%. Während fast 60% solcher Patienten mit Suizidgedanken ein depressives Syndrom aufwiesen, bestand dieses bei weniger als 10% der Patienten ohne Suizidphantasien (s. Grafik).

Bezüglich der Ausführung von Suizidplänen scheinen Tumorpatienten insge-

Beispiel Japan, so zeigte sich, dass Suizidgedanken und der Wunsch nach Sterbehilfe bei japanischen Tumorpatienten im gleichen Maße vorhanden waren wie bei Betroffenen aus westlichen Kulturkreisen [1].

### Therapie depressiver Störungen bei Tumorpatienten

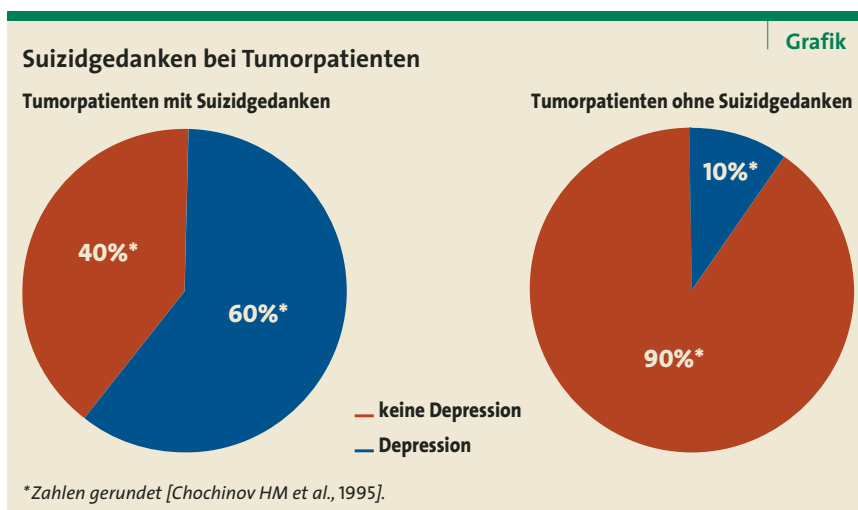
Im Prinzip stehen bei Tumorpatienten, die an einer Depression erkrankt sind, die gleichen therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung wie bei allen anderen depressiven Patienten. Einschränkungen ergeben sich zuweilen durch die tumorspezifische Therapie, am häufigsten in Form von Medikamentenwechselwirkungen. Dieses Problem ist jedoch oft durch Dosisanpassung der Medikation kontrollierbar. Die klinische Erfahrung zeigt, dass oft eine unbegründete Zurückhaltung bei der Behandlung depressiver Syndrome besteht – neben der Tendenz depressive Störungen bei Tumorerkrankungen sehr spät oder gar nicht zu diagnostizieren.

Basis für eine erfolgreiche antidepressive Therapie ist die Arzt-Patienten-Beziehung, die zu Anfang eine umfangreiche und offene Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und die Möglichkeiten der Behandlung umfassen sollte. Auch bei depressiven Tumorpatienten gilt, dass bereits die Vermittlung eines Krankheitskonzeptes eine Entlastung darstellen kann, vor allem im Hinblick auf die Behandelbarkeit der Störung.

### Antidepressiva

Die Indikation zur Verordnung einer Psychopharmakotherapie sollte bei Fehlen von Kontraindikationen bei depressiven Tumorpatienten frühzeitig gestellt werden. Bei leichten depressiven Episoden kann – auch in Abhängigkeit vom Wunsch des Patienten – bei engmaschiger Verlaufskontrolle (zunächst) auf eine antidepressive Medikation verzichtet werden. Aufgrund der Häufigkeit depressiver Störungen im Zusammenhang mit malignen Erkrankungen wurde bereits mehrfach vorgeschlagen, Antidepressiva präventiv bei Tumorpatienten zu verordnen.

Eine solche Prophylaxe ist jedoch nicht generell zu empfehlen, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Frage



den, was einen Nährboden für suizidale Tendenzen bietet. Etwa 80% der Patienten mit depressiven Störungen haben Suizidgedanken, über 10% versterben durch Suizid [28]. Insbesondere Patienten mit synthymen, bezüglich der depressiven Grundstimmung kongruenten Wahngedanken sind hier gefährdet.

Die diagnostische Einschätzung von Suizidalität bei Tumorpatienten nimmt eine Sonderstellung ein, da vor dem Hintergrund einer schweren körperlichen Erkrankung mit häufig infauster Prognose depressive Reaktionen nachvollziehbar erscheinen. Bei genauer Exploration der Hintergründe von Suizidalität bei Tumorpatienten zeigte sich interessanterweise, dass Selbstmordphantasien ihren Ursprung weniger in der Angst vor körperlichen Schmerzen oder dem Wunsch nach Erlösung davon haben, sondern vielmehr im mit der Erkrankung verbundenen psychischen Stress [1]. Insgesamt sind Suizidgedanken bei Tumorpatienten eng mit einer depressiven Erkrankung

samt weniger raptusartige Suizide zu begehen. Hierfür spricht auch, dass Suizide von Tumorpatienten signifikant seltener unter dem Einfluss von Alkohol stattfanden als bei Suizidopfern ohne Krebserkrankung [18]. Was den Zeitpunkt eines Suizids bei Tumorpatienten angeht, scheint das Risiko innerhalb der ersten beiden Jahre nach Diagnosestellung am höchsten zu sein [18].

Die Einstellung zu Suizid und Euthanasie unterscheidet sich in verschiedenen Kulturkreisen erheblich und reicht von Anerkennung im Sinne einer Problemlösestrategie (z. B. Witwensuizid in Indien) bis hin zu strikter Ablehnung (in islamischen Ländern). In vielen westlichen Ländern wird die Legalisierung von Sterbehilfe bei unheilbar Kranken von etwa der Hälfte der Bevölkerung befürwortet, dies ist dagegen nur bei gut 10% der japanischen Bevölkerung der Fall [1]. In Extremsituationen scheinen derartige soziokulturelle Eigenheiten jedoch keine Rolle mehr zu spielen. Bleibt man beim

nach einem möglicherweise erhöhten Tumorrisiko durch eine antidepressive Langzeittherapie selbst bislang weder klar bestätigt, noch widerlegt werden konnte [21].

Spezielle Empfehlungen bezüglich der Wahl des Antidepressivums lassen sich bei Tumorpatienten nicht geben, entscheidend ist das klinische Bild der Depression und der Verträglichkeit im Hinblick auf die Tumorthherapie. Systematische Untersuchungen, die die Frage nach besonders geeigneten Antidepressiva für Tumorpatienten beantworten sollen, sind rar. Eine gute Wirksamkeit wurde für trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, Mirtazapin und Mianserin berichtet [8]. Im besonderen Hinblick auf mögliche Medikamentenwechselwirkungen ist festzuhalten, dass Venlafaxin, Citalopram, Sertralin und Mirtazapin insgesamt ein relativ geringes Interaktionspotenzial aufweisen. Grund ist ihr vergleichsweise schwaches Potenzial, das Cytochrom-P450-System zu inhibieren.

Des Weiteren gibt es Hinweise, dass bei fortgeschrittenen Tumorleiden der Einsatz von Psychostimulanzien wie Methylphenidat nicht nur einen positiven Effekt auf das cancer-related Fatigue-Syndrom haben kann, sondern bei insgesamt guter Verträglichkeit auch in der Lage ist, depressive Symptome zu lindern [3].

### Elektrokonvulsionstherapie

Im Rahmen schwerer depressiver Episoden, die therapieresistent gegenüber einer Psychopharmakotherapie sind, sollte auch bei Tumorpatienten die Möglichkeit einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) nicht außer Acht gelassen werden. Im Allgemeinen ist bei therapieresistenten depressiven Patienten mit einer Besserungsrate von 50–60% unter EKT zu rechnen [22].

Spezielle systematische Untersuchungen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit einer EKT bei Tumorpatienten gibt es kaum, es liegen meist nur kasuistische Beschreibungen vor. Diese zeigen jedoch, dass unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung vor allem hinsichtlich der Anästhesie gute Ergebnisse erzielt werden können. Im Einzelfall muss selbst erhöhter Hirndruck bei intrakraniellen

Raumforderungen keine absolute Kontraindikation für eine EKT darstellen [16].

### Psychotherapie

Neben einer psychopharmakologischen Behandlung stehen mit verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren weitere Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die bei Patienten häufig sogar auf größere Akzeptanz stoßen als die Einnahme von Medikamenten. Neben psychoedukativen Elementen werden hier vor allem

wältigung berücksichtigt werden. Zur orientierenden Einordnung können die „fünf Sterbephasen“ nach E. Kübler-Ross herangezogen werden, die die Einschätzung des Stadiums der Trauerarbeit des Patienten erleichtern können [12] (s. Tabelle).

In Bezug auf die Überprüfung der Effizienz verschiedener therapeutischer Maßnahmen bei depressiven Tumorpatienten gibt es insgesamt wenig systematische Untersuchungen [20]. Ob einer psychopharmakologischen Behandlung

### Die fünf Sterbephasen nach E. Kübler-Ross

Tab.

<b>Nicht-Wahrhaben-Wollen</b>	Hier spielt im Wesentlichen eine Verleugnung der Erkrankung eine Rolle.
<b>Zorn</b>	Gefühle des Neides auf andere Menschen, welche weiterleben dürfen, können zu aggressiven Durchbrüchen führen.
<b>Verhandeln</b>	In kindlicher Weise versucht der Patient seinem Schicksal durch kooperatives Verhalten zu entgehen. Auch Schuldgefühle können hier ursächlich beteiligt sein.
<b>Depression</b>	Verzweiflung und reaktive Trauer um den drohenden Verlust des eigenen Lebens prägen den Affekt des Patienten.
<b>Zustimmung</b>	Es kommt schließlich zur Akzeptanz des Schicksals und zum sozialen Rückzug.

verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt, darunter kognitives Umstrukturieren automatischer negativer Gedanken, operante Methoden (z. B. Selbstverstärkung), aber auch Konfrontationsverfahren [24]. Besonders bei letzteren kann die Kombination mit einem Entspannungsverfahren hilfreich sein. Eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie bei onkologischen Patienten wird seltener durchgeführt; sie dient hier im Wesentlichen der Krisenintervention als Ich-stützende Intervention oder als Einsichtszentrierte Psychotherapie [24]. Imaginative Verfahren sollen die Krankheitsverarbeitung und die Ressourcenaktivierung erleichtern [24]. Von herausragender Bedeutung bei depressiven Tumorpatienten sind Paar- und Familieninterventionen, da besonders bei diesen Patienten die soziale Unterstützung maßgebend für die Genesung von einer depressiven Episode sein kann [15]. Zur Ausrichtung einer therapeutischen Strategie muss neben der Introspektionsfähigkeit und der Therapiemotivation des Patienten in jedem Fall seine subjektive Art der Krankheitsbe-

oder einer Psychotherapie der Vorzug gegeben werden sollte, lässt sich schließlich nicht beantworten, da für keine der beiden Therapiemodalitäten ein Überlegenheitsnachweis erbracht werden konnte. Die beste Wirksamkeit wird von einer Kombination der beiden Verfahren vermutet.

### Literatur bei der Verfasserin

#### Dr. med. Caroline Nothdurfter

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität  
Nußbaumstr. 7, 80336 München  
E-Mail: Caroline.Nothdurfter@med.uni-muenchen.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)  
ASORS im Internet: [www.asors.de](http://www.asors.de)