



Dorothee Wiewrodt

Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Psychoonkologische Versorgung von Hirntumorpatienten

„Es lohnt sich nicht, sich zu setzen ...“ Mit diesen Worten empfing ein Klinikdirektor den Patienten und seine Familie in der Tür und fügte noch hinzu, „Der Tumor ist inoperabel.“ Die ganze Familie ist geschockt. Sie können akzeptieren, dass der Ehemann bzw. Vater an dem bösartigen Hirntumor sterben wird, aber ihnen auf diese Art alle Hoffnung zu nehmen, erscheint ihnen ungeheuerlich. Der Patient wird einen Operateur und die Familie neue Hoffnung finden. Doch noch Wochen später sind sie über diese Begegnung fassungslos. So wie unbedacht hingesagte Worte zusätzlich belasten, so können gute psychoonkologische Gespräche und Interventionen in der schwierigen Zeit der Erkrankung entlasten.

Ein Kribbeln im Arm, Kopfschmerzen oder als Zufallsbefund – so harmlos fängt die Krankengeschichte bei vielen der etwa 7200 Menschen an, die jedes Jahr in Deutschland an einem Tumor des zentralen Nervensystems erkranken. Damit machen Hirntumorpatienten *nur* ca. 1,4% der knapp 500.000 Tumorneuerkrankungen pro Jahr aus, aber ca. 2,6% der Sterbefälle [19]. Doch nicht nur die begrenzte Lebenszeit belastet. Das Gehirn ist für die meisten nicht nur irgendein Organ, sondern das Zentrum des Denkens und Handelns, der Sitz der eigenen Persönlichkeit und manchmal auch der Seele. Umso erschütternder und unbegreiflicher erscheint die Diagnose Hirntumor. Das Wissen um die Brisanz dieser Erkrankung und der existenziellen Bedrohung versetzt sowohl die Patienten als auch deren Angehörige in einen Ausnahmezustand. Goebel et al.

[11] berichten, dass 23% der Patienten zu Therapiebeginn die Kriterien für eine akute Belastungsreaktion nach DSM-IV erfüllten, weitere 4% hatten subsyndromale Werte. 57% der Patienten gaben an, dass das „Entdecken des Tumors/Erhalt der Diagnose“ das am meisten belastende Ereignis war. Dabei ist für das Gefühl der Überforderung gerade am Anfang der Erkrankung wenig entscheidend, ob der Tumor gut- oder bösartig ist. Die Sorge vor körperlichen oder geistigen Einschränkungen und die Angst vor einem zunehmenden Verlust der eigenen Integrität sind unabhängig der Dignität bei der Mehrzahl der Patienten vorhanden.

Psychoonkologisches Screening bei Hirntumorpatienten

Im Jahr 2014 erschien erstmals die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ [1]. Die beste Evidenz liegt national und international für die Screeninginstrumente Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie das Distress-Thermometer (DT) vor. Die bislang größte prospektive Screeningstudie neuroonkologischer Patienten im postoperativen Verlauf umfasst 472 elektive Patienten mit intrakraniellen Raumforderungen [18]. Während des stationären Aufenthalts wurden die Patienten mittels HADS, DT und psychoonkologischer Basisdokumentation (PoBado) gescreent. Legt man die empfohlenen Schwellenwerte zugrunde, zeigten sich,

bezogen auf alle Patienten, in der HAD-Skala (HADS-A oder HADS-D ≥ 11) bei 14%, im DT (≥ 5) bei 63% und in der PoBado bei 28% auffällige Werte. Einen signifikanten Unterschied gab es zwischen Patienten mit bös- bzw. gutartigen Tumoren (Gruppe A bzw. B) nur bezüglich der Depressivität (HADS-D 10% vs. 4%). Die Angstsymptomatik (HADS-A 12% vs. 11%) oder subjektive Belastung (DT 64% vs. 63%) waren sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung (PoBado 30% vs. 26%) unabhängig der Dignität vergleichbar (Tab. 1).

An diesen so unterschiedlichen Ergebnissen wird ein Problem deutlich: Die HADS fragt selektiv nach Angst und Depressivität und damit nach benötigter Unterstützung durch einen Psychoonkologen. Das DT fragt allgemein nach der Belastungsausprägung und möglichen Ursachen. In der genannten Studie nannten die Patienten am häufigsten körperliche Probleme (90%), gefolgt von emotionalen Ursachen (60%). Mit deutlichem Abstand folgten praktische (23%), familiäre (7%) und spirituelle (6%) Probleme. Vorbestehende psychiatrische Erkrankungen, Einnahme von Beruhigungsmitteln und ein schlechter werdender Allgemeinzustand waren mit höherem Distress assoziiert. Auffällig war, dass Frauen signifikant mehr Angstsymptome, Männer hingegen mehr depressive Symptome angaben, was jedoch nicht signifikant war. Weitere Analysen zeigten, dass die *emotionalen Probleme* am besten zwischen Patienten mit und ohne Distress unterscheiden konnten.

Distress-Thermometer ≥ 5 + emotionale Probleme ≥ 2 → Psychoonkologisches Gespräch

Abb. 1 ▲ Psychoonkologisches Screening bei Hirntumorpatienten mittels Distress-Thermometer (DT)

Tab. 1 Postoperative Screeningergebnisse von Hirntumorpatienten. (Mod. nach [18])

	HADS-D ≥ 11 n (%)	HADS-A ≥ 11 n (%)	HADS-D oder HADS-A ≥ 11 n (%)	DT ≥ 5 n (%)	PO-Bado positiv n (%)
Alle Patienten	31 (7)	53 (12)	64 (14)	286 (63)	129 (28)
Gruppe A (maligne)	23 (10)	28 (12)	36 (15)	148 (64)	71 (30)
Gruppe B (nichtmaligne)	8 (4)	25 (11)	28 (13)	138 (63)	58 (26)
Männer	19 (9)	18 (8)	25 (12)	122 (58)	55 (26)
Frauen	12 (5)	35 (14)	39 (16)	164 (68)	74 (30)
Erstdiagnose	27 (7)	47 (12)	56 (14)	252 (63)	114 (28)
Rezidivdiagnose	4 (7)	6 (11)	8 (15)	34 (63)	15 (28)

n Anzahl der komplett ausgefüllten Fragebögen, HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (n = 458), D Depressivität, A Angst, DT Distress-Thermometer (n = 453), PO-Bado psychoonkologische Basisdokumentation (n = 464)

Deshalb wurde der globale Wert im DT mit den Ergebnissen der Problemliste für emotionale Probleme kombiniert. Mit Werten im DT ≥ 5 und emotionalen Problemen ≥ 2 (Abb. 1) konnte im Vergleich mit dem Goldstandard HADS eine Sensitivität für den psychoonkologischen Bedarf von etwa 90 % und eine Spezifität von ca. 70 % erreicht werden [18].

Rooney et al. [20] beschreiben in einem Review über Depressionen bei Hirntumorpatienten, dass in 42 auswertbaren Studien 25 verschiedene Instrumente zur Diagnostik der Depression genutzt wurden. Mit 10 Studien war das am häufigsten eingesetzte Instrument die HADS. Im Median zeigten 16 % der Gliompatienten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten die HADS ausfüllten, überschwellige Werte. Eine Langzeitstudie [21] mit 155 neudiagnostizierten Gliompatienten über 6 Monate ergab, dass etwa jeder 5. Patient (21 %) eine klinisch relevante Depression innerhalb der ersten 6 Monate ab Beginn der Strahlentherapie entwickelte. Ein höheres Risiko bestand für Patienten mit funktionellen Beeinträchtigungen und einer positiven Anamnese für Depressionen. Eine aktuelle Metaanalyse von Huang et al. [13] bestätigt eine gepoolte Prävalenz von Depressionen von 22 %. Diese Zahl blieb auch bei den 6 Studien mit Langzeit-Follow-up unverändert, wobei u. a. in Deutschland die Zahlen etwas niedriger waren als in anderen Ländern. Doch nicht nur bezüglich Screeninginstrument, -zeitpunkt,

Selbst- oder Fremdeinschätzung [7] sondern auch bezüglich der Schwellenwerte gibt es bis heute kontroverse Diskussionen [10].

Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten für Hirntumorpatienten

In einem Review von Faller et al. [6] wurde die Wirksamkeit von psychoonkologischen Interventionen in 198 randomisiert kontrollierten Studien (RCT) bei mehr als 22.000 Patienten untersucht. Mit dem Level of Evidenz (LoE) 1a wurden die psychotherapeutischen Gespräche sowie die Entspannungsübungen und imaginativen Verfahren bewertet. Im Expertenkonsens wurden auch der psychosozialen Beratung, Musiktherapie und künstlerischen Therapien eine Wirksamkeit zugeschrieben. Der Effekt der Bewegungstherapie, insbesondere mit einer guten Wirksamkeit gegen das Fatigue-Syndrom der Tumorpatienten [5], wurde ebenfalls mit dem LoE 1a bewertet. Auch wenn Hirntumorpatienten immer nur einen kleinen Prozentsatz in Studien ausmachen, kann eine Wirksamkeit grundsätzlich auch für diese Tumorentität unterstellt werden. Angebote für Hirntumorpatienten haben häufiger einen psychoedukativen Charakter und betreffen z. B. einen Zugewinn an Informationen [15]. Individuelle psychoonkologische Interventionen sind die Ausnahme. Kangas [14] beschreibt in ihrem Scoping-Review 4 randomisiert-

kontrollierte Studien (RCT), die Interventionen im Umgang mit Angst und Depressionen bei Hirntumorpatienten untersuchten. Eine RCT [17] war speziell für Hirntumorpatienten entwickelt worden und konnte zeigen, dass Teilaspekte der Lebensqualität verbessert wurden. Insgesamt ist aber die Entwicklung und Evaluierung spezifischer Interventionen für Hirntumorpatienten deutlich hinter denen von häufigeren Krebserkrankungen zurückgeblieben, und es besteht ein enormer Forschungsbedarf [4, 14].

Psychoonkologische Gespräche für Patienten und Angehörige

Neuroonkologische Tumorzentren, die durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert sind, halten ein psychoonkologisches Angebot vor. Wichtig ist, sub-syndromale Symptome zu erkennen und zu behandeln, bevor es zur Manifestation von Krankheiten wie Depression, Angststörungen oder Anpassungsstörungen kommt. Liegen gesicherte psychiatrische Diagnosen vor, sollte eine entsprechende Leitlinientherapie erfolgen.

» Psychoonkologische Gespräche haben supportiven Charakter

Psychoonkologische Gespräche haben somit in erster Linie supportiven Charakter. Nach Diagnosemitteilung kommt es häufig zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und Sterblichkeit, der Frage nach dem Sinn des Lebens und zu Gefühlen von Leere und Trauer. Häufig wird *noch schnell* eine Patientenverfügung erstellt, aus Sorge, nach der Operation, *nicht mehr Derselbe* zu sein. Ausführliche Gespräche mit Fakten zum Ablauf des stationären Aufenthalts und zur Operation helfen, die Situation besser zu verstehen und Ängste abzubauen. Nach überstandener Operation kommen Fragen und Sorgen zum Tumor und zur Nachbehandlung. Neben medizinischem Wissen zur Erkrankung können auch Entspannungsübungen oder imaginative Verfahren helfen, Anspannungen zu reduzieren und Emotionen zu regulieren. Längerfristig geht es in den Gesprächen

darum, neue Perspektiven und Ziele trotz und mit der Tumorerkrankung zu entwickeln. Eine retrospektive Analyse von psychoonkologischen Erstgesprächen mit Hirntumorpatienten [23] zeigte, dass von den Patienten am häufigsten psychologische Probleme (76%) angesprochen wurden und hier v. a. *Freudlosigkeit* und *Perspektivlosigkeit* genannt wurden. An zweiter Stelle kamen körperliche Probleme (68%) und Fragen zu medizinischen Themen (62%). Erstaunlich war, dass mehr als jeder Zweite im Erstgespräch das Thema Tod bzw. Sterben ansprach. Im weiteren Krankheitsverlauf kommt ein großes Bedürfnis nach zusätzlichen Therapien hinzu. Heese et al. [12] berichten, dass 40% der Patienten diverse komplementäre Methoden nutzten. Motivation zur Inanspruchnahme der komplementären Therapien war nicht die Unzufriedenheit mit den behandelnden Neuroonkologen, sondern der Wunsch, selber aktiv etwas zur Standardtherapie tun zu können und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dabei nahmen eher jüngere Betroffene, Frauen und Patienten mit höherem Bildungsstatus solche Angebote in Anspruch. 60% berichteten, sich danach besser zu fühlen, obwohl die meisten genannten Therapien wie Homöopathie, Mistelpräparate oder spezielle Diäten bislang keinerlei Wirksamkeitsnachweis in der Hirntumortherapie erbracht haben. Im längerfristigen Krankheitsverlauf rücken dann Themen wie der Umgang mit zunehmenden körperlichen und geistigen Einschränkungen, Berufsunfähigkeit, Finanzen, Partnerschaft oder Versorgung der Kinder in den Fokus. Kommt es im Verlauf zu einem Rezidiv, rücken Themen wie Sterben, Tod oder auch die Frage „Wie lange bin ich meiner Familie noch zumutbar?“ in den Mittelpunkt. Sterckx et al. [26] beschreiben in ihrem Review, dass die wichtigsten Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen das Erlangen von Hoffnung, Unterstützung und Informationen waren. Auch für Angehörige ist diese Zeit eine große Herausforderung und nicht selten sind sie stärker belastet als die Patienten selbst [27].

Psychoonkologische Arbeit beinhaltet deshalb neben entlastenden Gesprä-

Onkologe <https://doi.org/10.1007/s00761-018-0470-4>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

D. Wiewrodt

Psychoonkologische Versorgung von Hirntumorpatienten

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Diagnose Hirntumor löst nicht nur beim Betroffenen selbst, sondern auch bei den Angehörigen existenzielle Ängste und größte Unsicherheit aus und ist eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten.

Ziel. Psychoonkologische Screeningverfahren und Ergebnisse werden diskutiert sowie Interventionen für Hirntumorpatienten vorgestellt.

Material und Methoden. Nach einer Literaturrecherche und Diskussion der besonderen Belastung von Hirntumorpatienten und ihren Angehörigen werden psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten vorgestellt.

Ergebnisse. Die Mehrheit der Patienten fühlt sich zu Erkrankungsbeginn überschwerlich belastet. Im längerfristigen Krankheitsverlauf treten bei ca. 20% Depressionen auf, wobei Patienten mit psychiatrischen Vorerkrankungen häufiger betroffen sind. Als psychoonkologische Screeningverfahren können die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder das Distress-Thermometer (DT) eingesetzt

werden. Bei überschwelligen Werten in der HADS oder $DT \geq 5$ und emotionale Probleme ≥ 2 sollte ein psychoonkologisches Gespräch erfolgen. Insbesondere DKG-zertifizierten neuroonkologischen Tumorzentren halten ein psychoonkologisches Gesprächsangebot für Patienten und Angehörige vor. Die Angebote sollten zeitnah und niederschwellig sein, um die psychosozialen Belastungen zu reduzieren, die Lebensqualität zu erhöhen und subsyndromale Krankheitssymptome zu erkennen.

Diskussion. Spezifische Interventionen für Hirntumorpatienten gibt es bislang kaum. Wirksame psychoonkologische Interventionen sind Psychoedukation, psychotherapeutische Gespräche und Entspannungsverfahren. Zusätzlich sollten die Betroffenen zu körperlicher Aktivität und kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe ermutigt werden.

Schlüsselwörter

Hirntumor · Psychoonkologie · Intervention · Körperliche Aktivität · Kunst

Psycho-oncological care of brain tumor patients

Abstract

Background. The diagnosis of brain tumor elicits existential fear and great uncertainty for the affected person and their relatives and is an enormous challenge for all those involved.

Objective. Psycho-oncological screening procedures and results are discussed and interventions for brain tumor patients are presented.

Material and methods. A literature search was carried out. A discussion on the special burden of brain tumor patients and their relatives as well as psycho-oncological interventional options are presented.

Results. The majority of patients initially feel overwhelmingly burdened by the disease. During the longer course of the disease approximately 20% suffer from depression, whereby patients with pre-existing psychiatric diseases are more frequently affected. The hospital anxiety and depression scale (HADS) or the distress thermometer (DT) can be employed as psycho-oncological screening procedures. In the case of above-

threshold values in the HADS or $DT \geq 5$ and emotional problems ≥ 2 , a psycho-oncological counselling should be carried out. Especially neuro-oncological tumor centers certified by the German Cancer Society (DKG) provide psycho-oncological counselling for patients and relatives. The offers should be within a narrow time frame and with low threshold, reducing the psychosocial burden, raising the quality of life and recognizing the subsyndromal symptoms of disease.

Discussion. So far very few specific interventions for brain tumor patients are established. Effective psycho-oncological interventions are psychoeducation, psychotherapeutic consultation and relaxation procedures. Additionally, patients should be encouraged to undertake physical activities as well as to participate cultural and societal activities.

Keywords

Brain tumor · Psycho-oncology · Intervention · Physical activity · Art



Abb. 2 ◀ Koordinationstraining für Hirntumorpatienten mit persönlichem Trainer (Foto: Universitätsklinikum Münster, UKM)

chen, Ressourcenarbeit und Entspannungsübungen z. B. auch sozialrechtliche Unterstützung, Anbindung an die Palliativversorgung und Angehörigenarbeit.

Körperliche Aktivität

Zahlreiche Studien und Metaanalysen konnten bei vielen Tumorentitäten positive Effekte von sportlicher Betätigung auf die Lebensqualität zeigen. Dazu zählen u. a. ein gesteigertes Selbstwertgefühl, bessere Therapieverträglichkeit und weniger Fatigue. Auch wenn die Datenlage für Hirntumorpatienten noch dünn ist, fordern Patienten zunehmend eine Antwort auf die Frage nach sportlicher Aktivität. Ein Blick in die *Blauen Ratgeber* [25] ist ernüchternd, denn unter Gehirntumoren steht u. a.: „[...] Denn bei anstrengender körperlicher Belastung besteht die Gefahr von neurologischen Ausfällen bis hin zur plötzlichen Bewusstlosigkeit.“ Auch aufgrund solcher Aussagen tritt bei Patienten die sportliche Betätigung in den Hintergrund, manche fürchten sogar eine Verschlimmerung der Erkrankung. Treffen sie dann auf Ärzte und Pflegenden mit der Überzeugung, dass Ruhe und Schonung die beste Therapie darstellt, befinden sich die Patienten in einem Teufelskreis: Bewegungsmangel bewirkt Abbau von Muskelmasse, Verstärkung des Fatigue-Syndroms, Verringerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Stimmungsabfall u. a., was wiederum den Bewegungsmangel verstärkt.

Studien über die Auswirkungen einer gezielten körperlichen bzw. sportlichen Betätigung bei Hirntumorpatienten gibt es kaum, allenfalls aus dem rehabi-

litativen Bereich. Aktuelle Daten zu gezielten körperlichen Interventionen für Hirntumorpatienten umfassen Patientenzahlen zwischen 2 [16] und 34 [8] und nutzen zur Messung der körperlichen Aktivität meist nur die subjektive Selbsteinschätzung der Patienten [2, 3, 16]. Ziele der genannten Studien waren v. a. Machbarkeit und Sicherheit. Unerwünschte Ereignisse traten nicht auf [2, 8, 16]. In einer großen prospektiven Kohortenstudie [22] fand sich eine prognostische Bedeutung von körperlicher Aktivität auf das Überleben, wobei der Mechanismus unklar blieb. Möglicherweise wirkt sich aber sportliche Aktivität auch auf Struktur und Funktion des Gehirns aus. Durch körperliche Aktivität erhöhte Brain-derived neurotrophic factor (BDNF)-1-Serumspiegel könnten hier eine Rolle spielen [28].

Aufgrund der Nachfrage nach sportlicher Unterstützung entstand am Hirntumorzentrum des Universitätsklinikum Münster (UKM) das Projekt *Persönliches Trainingsprogramm für Hirntumorpatienten*. Nach einer Pilotphase konkretisierten sich Trainingsorte und Übungseinheiten. Neben einem intensiven Herz-Kreislauftraining mit einer durchschnittlichen Ausbelastung bei 75% der altersentsprechenden maximalen Herzfrequenz werden Kraft und Koordination trainiert. Durch die Anwesenheit des Trainers, einem Sportwissenschaftler, trauen sich die Patienten an ihre Leistungsgrenzen zu gehen, reduzieren ihre verstärkte Selbstwahrnehmung und sind motiviert, die selbstgesteckten sportlichen Ziele zu erreichen. Immer geht es aber auch um komplexe koordinative Anforderungen an das Gehirn.



Abb. 3 ▲ Kollage „Attacken im Kopf“ (Foto: privat L.N.)

Beispielhaft sei hier ein Training in der Reifenpyramide gezeigt, die der Patient z. B. mit Dreier-Schritten durchlaufen und dabei noch Hindernisse überwinden soll (▣ Abb. 2). Neben der zu erwartenden Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit werden subjektiv v. a. kognitive Verbesserungen, bessere Alltagsbewältigung sowie eine bessere Verträglichkeit der Chemotherapie berichtet. In mehr als 2000 Trainingseinheiten mit Hirntumorpatienten gab es keine unerwünschten Ereignisse [Wiewrodt und Brandt, unpublizierte Daten], weshalb diese positiven Erfahrungen in einer nationalen RCT evaluiert werden sollen.

Kunsttherapie individuell und in der Gruppe

Durch den Impuls einer Hirntumorpatientin entstand in der Neurochirurgie des UKM das Projekt *Kunst als Lebensmittel, Kunst als Überlebensmittel* [29]. Neben Museumsbesuchen (s. unten) umfasst es sowohl Einzeltherapie im stationären Bereich als auch eine ambulante Gruppe für Hirntumorpatienten [24]. Kunsttherapeutische Interventionen haben einen rehabilitativen Ansatz, fördern Motorik und Sinneswahrnehmung sowie das Zusammenspiel beider Hirnhälften. Darüber hinaus geht es aber auch darum, sich auf etwas Neues und Unbekanntes einzu-

Infobox Mehr Informationen zum Thema

- <https://www.cio-koeln-bonn.de/forschung/forschungsprogramme/ispo/>. Das Projekt Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO) erarbeitet in Deutschland bis Ende 2021 ein psychoonkologisches Versorgungsprogramm
- <https://www.cio-koeln-bonn.de/leben-mit-krebs/bewegung/bewegung-und-krebs/>. Informationen zur „Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie“
- <https://www.ukm.de/index.php?id=kunst-als-lebensmittel>. Film zur Kunsttherapie bei Hirntumorpatienten

lassen, aktiv zu werden und sich über die Kunst auszutauschen. Dieses Phänomen, dass noch etwas *Drittes* zusätzlich zum Therapeuten und Patienten wirkt, ist ein ganz spezifisches Element in der Kunsttherapie und bietet sowohl Kommunikationsmöglichkeit als auch Projektionsfläche. Der Patient muss Sorgen, Gefühle und Ängste nicht direkt an- oder aussprechen, sondern kann ein fremd oder selbstgestaltetes Medium nutzen.

Exemplarisch für das Erleben von Selbstwirksamkeit sei hier die Kollage (Abb. 3) einer 43-jährigen Patientin mit einem spinal metastasierten Hirntumor gezeigt. Unter der laufenden Chemotherapie war sie zu schwach, um zur Kunsttherapiegruppe zu kommen und durch die anstehende Diagnostik sehr belastet. „Gestern hatte ich vorab schon mal mein Kopf- und HWS-MRT. [...] Auf dem Weg nach Hause habe ich nur geweint und Zuhause bin ich dann eingeschlafen. Später musste ich das, was in meinem Kopf vorging, irgendwie und irgendwo loswerden!“ Sie folgte dem Rat der Kunsttherapeutin, riss aus diversen Zeitschriften Bilder und Wörter, die sie – zum Teil vermutlich unbewusst – ansprachen, schnitt und klebte die halbe Nacht und schrieb dann: „Das war für mich so erfüllend und mein Feuer entfachte in dieser Zeit. Das war so entlastend und befreiend für mich, dass ich das kaum in Worte fassen kann. Angefangen mit zwei weinenden Augen, entpuppt sich mein persönliches Kunstwerk „Attacken im Kopf zu einer Explosion meiner

Gedanken, in der sich zum Schluss hin auch ein paar Lichtblicke eingeschlichen haben.“

Durch das kreative Tun kam es zunächst zu einer Auseinandersetzung mit schweren Themen wie Depression, Unsicherheit und mangelndem Selbstwertgefühl. Während des Arbeitens wurden ihr aber auch die positiven Momente (Blumen, Vogel) ihres jetzigen Lebens bewusst. Abschließend überklebte sie das bereits gemalte geschlossene Auge mit einem offenen Auge und die Tränen mit Blumen. In der Auseinandersetzung mit dem werdenden Kunstwerk kam ein innerer Prozess in Gang, der für die Patientin sehr entlastend war.

Museumsbesuche

Psychoonkologische Angebote in der Gruppe verdeutlichen den Betroffenen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind, fördern Austausch, Feedback und Zusammenhalt und haben somit auch Selbsthilfeeffekte. Geue et al. [9] beschreiben als wesentliche Wirkungen ihrer kunstpädagogischen Gruppenintervention mit Tumorpatienten: persönliches Wachstum, emotionale Stabilisierung, Erweiterung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeit, Verbesserung der kommunikativen Kompetenz und Krankheitsverarbeitung. Am Hirntumorzentrum des UKM entstand eine Kooperation mit dem Kunstmuseum Pablo Picasso Münster. Die gemeinsame Kunstbetrachtung an einem Ort der kulturellen und gesellschaftlichen Teilhabe wird durch einen aktiv gestalterischen Workshop im Atelier ergänzt. Wichtige Momente sind das Vertrautwerden sowie der Austausch mit anderen Betroffenen. Das gemeinsame kreative Tun bringt Ablenkung, fördert aber auch die Konzentration, führt zu positiven Erlebnissen und gibt Kommunikationsanreize. Dabei werden während des kreativen Schaffens durchaus auch tiefgreifende Gespräche mit belastenden Themen geführt. Die Wirkungen dieses kreativen Angebots werden zurzeit qualitativ im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie analysiert.

Fazit für die Praxis

- Etwa 66% aller Hirntumorpatienten sind zu Erkrankungsbeginn überschwerlich belastet; etwa 20% entwickeln in den nächsten 6 Monaten eine Depression. Besonders gefährdet sind Patienten mit psychiatrischer Vorerkrankung.
- Praktikable Screeninginstrumente sind HADS und DT mit Problemliste. Bei Belastung ≥ 5 und emotionalen Problemen ≥ 2 im DT sollte die Empfehlung zu einem psychoonkologischen Gespräch erfolgen.
- DKG-zertifizierte neuroonkologische Tumorzentren bieten grundsätzlich ein psychoonkologisches Angebot. Über die Webseite des Krebsinformationsdienstes <https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/psychoonkologen.php> können bundesweit wohnortnahe Psychoonkologen erfragt werden.
- Psychoonkologische Interventionen sind wirksam. Sie entlasten den Patienten, stärken das Selbstvertrauen und verbessern die Alltagskompetenz.
- Der Wunsch, etwas zum Krankheitsverlauf beitragen zu können, ist groß. Patienten sollten deshalb z. B. zu Kreativität und körperlicher Aktivität ermutigt werden.

Korrespondenzadresse



**PD Dr. med.
Dorothee Wiewrodt**
Klinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1,
48149 Münster, Deutschland
dorothee.wiewrodt@
ukmuenster.de

Danksagung. Ein besonderer Dank geht an Ralf Brandt (Persönlicher Trainer), Prof. Dr. Monika Wigger (Kunsttherapeutin), Britta Lauro (Museumspädagogin) sowie den Förderverein Zentrales Nervensystem e. V. für ihr Engagement bei den psychoonkologischen Begleitprogrammen für Hirntumorpatienten sowie an Prof. Dr. R. Wiewrodt und Prof. Dr. W. Stummer für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Wiewrodt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

Literatur

- AWMF (2014) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Leitlinienreport 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>. Stand: 31.01.2014, gültig bis 01.01.2019
- Baima J, Omer ZB, Varlotto J, Yunus S (2018) Compliance and safety of a novel home exercise program for patients with high-grade brain tumors, a prospective observational study. *Support Care Cancer* 25(9):2809–2814
- Capozzi LC, Boldt KR, Easaw J, Bultz B, Culos-Reed SN (2016) Evaluating a 12-week exercise program for brain cancer patients. *Psychooncology* 25(3):354–358
- Chambers SK, Grassi L, Hyde MK, Holland J, Dunn J (2015) Integrating psychosocial care into neuro-oncology: challenges and strategies. *Front Oncol* 5:41
- Cramp F, Daniel J (2012) Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006145.pub2>
- Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R (2013) Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 31(6):782–793
- Fischbeck S, Kohlhof H, Hardt J, Hertel F, Wiewrodt D (2011) Belastung und psychosoziale Betreuungsbedürftigkeit von Glioblastompatienten – Diskrepanz und Konvergenz von Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung der Ärzte. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61(12):518–524
- Gehring K, Kloek CJ, Aaronson NK, Janssen KW, Jones LW, Sitskoorn MM, Stuiver MM (2017) Feasibility of a home-based exercise intervention with remote guidance for patients with stable grade II and III gliomas: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 32(3):352–366
- Geue K, Buttstädt M, Richter R, Böhler U, Singer S (2011) Eine kunstpädagogische Gruppenintervention in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung. *Psychother Psych Med* 61:177–181
- Goebel S, Mehdorn M (2011) Measurement of psychological distress in patients with intracranial tumours: the NCCN distress thermometer. *J Neurooncol* 104:357–364
- Goebel S, Strenge H, Mehdorn HM (2012) Acute stress in patients with brain cancer during primary care. *J Support Care Cancer* 20:1425–1434
- Heese O, Schmidt M, Nickel S, Berger H, Goldbrunner R, Tonn JC, Bähr O, Steinbach JP, Simon M, Schramm J, Krex D, Schackert G, Reithmeier T, Nikkhah G, Löffler M, Weller M, Westphal M, German Glioma Network (2010) Complementary therapy use in patients with glioma. *Neurology* 75(24):2229–2235
- Huang J, Zeng C, Xiao J, Zhao D, Tang H, Wu H, Chen J (2017) Association between depression and brain tumor: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget* 8(55):94932–94943
- Kangas M (2015) Psychotherapy interventions for managing anxiety and depressive symptoms in adult brain tumor patients: a scoping review. *Front Oncol* 5:116
- Langbecker D, Janda M (2015) Systematic review of interventions to improve the provision of information for adults with primary brain tumors and their caregivers. *Front Oncol* 5:1
- Levin GT, Greenwood KM, Singh F, Tsoi D (2016) Newton RU exercise improves physical function and mental health of brain cancer survivors: two exploratory case studies. *Integr Cancer Ther* 15(2):190–196
- Owensworth T, Chambers S, Damborg E, Casey L, Walker DG, Shum DHK (2014) Evaluation of the making sense of brain tumor program: a randomized controlled trial of a home based psychosocial intervention. *Psychooncology* 24:540–547
- Rapp M, Schipmann S, Hoffmann K, Wiewrodt R, Steiger HJ, Kamp M, Stummer W, Wiewrodt D, Sabel M (2018) Impact of distress screening algorithm for psycho-oncological needs in neurosurgical patients. *Oncotarget* 9:31650–31663
- RKI (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Robert Koch Institut, Berlin, S 21
- Rooney AG, Carson A, Grant R (2011) Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *J Natl Cancer Inst* 103(1):61–76
- Rooney AG, McNamara S, Mackinnon M, Fraser M, Rampling R, Carson A, Grant R (2011) Frequency, clinical associations, and longitudinal course of major depressive disorder in adults with cerebral glioma. *J Clin Oncol* 29(32):4307–4312
- Ruden E, Reardon DA, Coan AD, Herndon JE 2nd, Hornsby WE, West M, Fels DR, Desjardins A, Vredenburgh JJ, Waner E, Friedman AH, Friedman HS, Peters KB, Jones LW (2011) Exercise behavior, functional capacity, and survival in adults with malignant recurrent glioma. *J Clin Oncol* 29(21):2918–2923
- Schipmann S, Suero Molina E, Frasca A, Stummer W, Wiewrodt D (2018) Initial psycho-oncological counselling in neuro-oncology: analysis of topics and needs of brain tumour patients. *J Neurooncol* 136(3):505–514
- Schwarz H, Wigger M (2018) Rezeptionsorientierte und gestaltende Kunsttherapie in der Onkologie – oder: Was hat Kunstrezeption mit der Onkologie zu tun? In: Duncker H, Hampe R, Wigger M (Hrsg) Gestalten – Gesunden. Zur Salutogenese in den Künstlerischen Therapien. Alber, Freiburg im Breisgau
- Steindorf K, Wiskemann K (2016) Bewegung und Sport bei Krebs. In: Deutsche Krebshilfe (Hrsg) Die blauen Ratgeber, S 52
- Sterckx W, Coolbrandt A, Dierckx de Casterlé B, Van den Heede K, Decruyenaere M, Borgenon S, Mees A, Clement P (2013) The impact of a high-grade glioma on everyday life: a systematic review from the patient's and caregiver's perspective. *Eur J Oncol Nurs* 17:107–117
- Stieb S, Fischbeck S, Wagner W, Appels J, Wiewrodt D (2018) High psychosocial burdens in relatives of malignant brain tumor patients. *Clin Neurol Neurosurg* 170:1–6
- Whiteman A, Young DE, He X, Chen TC, Wagenaar RC, Stern C, Schon K (2014) Interaction between serum BDNF and aerobic fitness predicts recognition memory in healthy young adults. *Behav Brain Res* 259:302–312
- Wiewrodt D (2018) Kunst als Lebensmittel, Kunst als Überlebensmittel. In: Duncker H, Hampe R, Wigger M (Hrsg) Gestalten – Gesunden. Zur Salutogenese in den Künstlerischen Therapien. Alber, Freiburg im Breisgau