

Prognose nach der Operation gastrointestinaler Karzinome

Verbessert eine supportive Psychotherapie das 10-Jahres-Überleben?

Küchler T, Bestmann B, Rappat S et al. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *J Clin Oncol* 25; 2007:2702–8.

Hintergrund und Fragestellung

Ist es mithilfe psychotherapeutischer Unterstützung möglich, Patienten, die an einem gastrointestinalen Tumor leiden und operiert werden, einen Überlebensvorteil zu verschaffen gegenüber Patienten, die keine psychotherapeutische Unterstützung erhalten?

Patienten und Methodik

Die kontrollierte randomisierte Kooperationsstudie der Klinik für Allgemeine Chirurgie und der Medizinischen Psychologie der Universitätsklinik in Hamburg wurde von 1991–1993 durchgeführt. 271 Patienten mit Primärtumoren der Speiseröhre, des Magens, der Leber und Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse sowie des Dickdarms wurden in die Studie eingeschlossen und randomisiert der Kontroll- bzw. der Interventionsgruppe zugeteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Standardversorgung ohne psychotherapeutische Unterstützung.

Von Juni bis Dezember 2003 wurden die Daten des 10-Jahres-Überlebens der Studienteilnehmer aus vier Quellen erhoben: von der Universitätsklinik selbst, vom Hamburger Krebsregister, von den je-

weiligen Hausärzten und vom Einwohnermeldeamt in Hamburg.

Ergebnisse

Die Kaplan-Meier-Überlebenskurve wies eine deutlich höhere Überlebensrate innerhalb der psychotherapeutisch unterstützten Interventionsgruppe auf. Während zehn Jahre nach der Diagnosestellung nur noch 9,6% der Patienten in der Kontrollgruppe lebten, waren es in der Interventionsgruppe noch 21,3%. Die Signifikanz der Gruppenunterschiede von $p = 0,0006$ blieb auch nach der Cox-Regression über TNM-Staging, Tumorklassifikation und Tumorlokalisierung erhalten.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit operativ behandelten gastrointestinalen Tumoren von einer stationären Einzelpsychotherapie im Hinblick auf die Verbesserung ihrer Überlebenswahrscheinlichkeit profitieren. ■

Schlüsselwörter: Psychotherapie – Überlebenszeit, – Lebensqualität – gastrointestinale Tumoren

Hoffnung auf Nutzen der Psychotherapie noch nicht zu Grabe tragen

Kommentar von Tanja C. Vollmer



Dr. rer. nat.
Tanja C. Vollmer
IAPAH, Institute of Applied Psychology in Architecture and Health, Rotterdam, Niederlande. E-Mail: vollmer@iapah.nl

Küchler et al. gelingt als erstem deutschen Forschungsteam, Korrelationsdaten zur Überlebenszeit von Krebspatienten und Psychotherapie in einer international angesehenen Fachzeitschrift zu publizieren und damit eine fast totgeglaubte Diskussion erneut anzufachen. Die Studie reiht sich in die Kontroverse wissenschaftlicher Bemühungen ein, den Einsatz psychotherapeutischer bzw. psychosozialer Interventionen bei Krebs über den möglichen Überlebensvorteil der Patienten zu legitimieren [1–3]. Leider lassen sich auch bei diesem Versuch – wie bereits der 1989 veröffentlichten Pionierstudie auf diesem Gebiet von David Spiegel et al. [4–6] – methodische Mängel aufzeigen:

1. Die Intervention, die Küchler et al. den Krebspatienten anbieten, ist nur mangelhaft standardisiert und im Zuge des Anpassungsversuchs an die

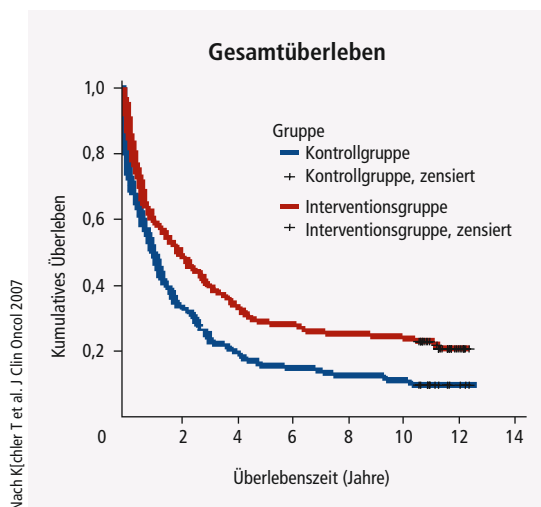
sehr heterogenen Bedürfnisse der Patienten, aber auch der Stationsabläufe zu flexibel gehandhabt.

2. Die Studiengruppe ist in Bezug auf die Diagnose der Einzelnen zu heterogen. Nachteilig wirkt sich dies vor allem auf die Gruppengröße aus, die den späteren Berechnungen zugrunde liegt.
3. 16% der Probanden ist auch nach der Randomisierung ein Wechsel in den alternativen Studienarm zugestanden.
4. Die Intervention wird von einer zu geringen Zahl an Therapeuten durchgeführt, was einen therapeutenspezifischen Effekt nicht ausschließen lässt.
5. Die zytotoxische Therapie, die die Patienten neben der Operation erhalten, wird kaum cha-

ACHTUNG:

Hier muss der
Dummy durch
eine Anzeige
ersetzt werden !!

Abbildung 1. Kumulative Rate der überlebenden Patienten in der Interventions- (n = 136) und in der Kontrollgruppe (n = 135).



rakterisiert. Für die Cox-Regressionsanalyse wird sie lediglich als einfache dichotome Variable behandelt. Damit erfolgt keinerlei Quantifizierung der Art, Dosierung und Dauer der Therapie sowie möglicher additiver Therapien wie zum Beispiel einer Bestrahlung.

Diese Studie darf man nicht ignorieren

Diese deutliche Kritik ist jedoch an der Tatsache zu relativieren, dass sich psychotherapeutische Interventionsstudien, die innerhalb eines somatischen Settings durchgeführt werden, immer mit extrem komplexen Schwierigkeiten konfrontiert sehen, die vor allem im hohen Ressourcenaufwand, in der enormen Variablenvarianz, in mangelnden Gruppengrößen und im fehlenden Monitoring liegen [7]. Zudem ist der Mensch-zu-Mensch-Kontakt einer psychotherapeutischen Maßnahme mit den üblichen Mitteln nur unzureichend mit dem Mensch-zu-Medikament-Kontakt der pharmazeutischen Maßnahme immer gleicher Zusammensetzung zu vergleichen.

Der Untersuchung von Küchler et al. ist auch zugutezuhalten, dass sie eine der Ersten ist, die den Effekt der stationären Einzeltherapie auf das Überleben untersucht und damit gruppenspezifische Effekte vermeidet, die allen bisherigen Studien dieser Art vorzuwerfen sind [8, 9]. Auch die Absicherung der Outcome-Variable über vier unabhängige Quellen ist als sehr positiv und aufgrund ihrer biologischen Natur als verlässlicher zu werten als beispielsweise die über Fragebögen erhobene Lebensqualität, Depressivität oder Ähnliches. Darum und vor allem aufgrund des überraschend großen Unterschieds – mehr als doppelt so viele Patienten der Interventionsgruppe erreichen ein 10-Jahres-Überleben verglichen mit jenen Patienten ohne psychotherapeutische Unterstützung – sollte die Studie von Küchler et al. nicht ignoriert

werden. Auch dann nicht, wenn wir die eigentlich spannendste Frage, warum ihre Intervention überhaupt erfolgreich auf das Überleben der Tumorpatienten wirken kann, als nur unbefriedigend diskutiert empfinden. Die Forscher mutmaßen eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung, des Gesundheitsverhaltens oder der sozialen Unterstützung sowie eine Reduktion möglicher Angstzustände, die sich positiv auf das Immunsystem auswirken könne.

Psychobiologische Denkmodelle sichern die Forschungszukunft

Zukünftig muss aber gerade diese Frage in den Mittelpunkt derartiger Forschungen gestellt werden, um sie einerseits überhaupt noch zu rechtfertigen und andererseits evident zum Erfolg zu führen. Erst wenn sich Überlebenszeitstudien von psychoonkologischer Seite auf konzeptionelle Modelle stützen, die den Zusammenhang von psychologischem Input und biologischem Output erklären, können diese wissenschaftlich akzeptiert und fachlich ernst genommen werden [10, 11]. Erste Ansätze liefern Untersuchungen im Bereich der Psychoneuroimmunologie, aber auch der funktionalen Hirnaktivitätsanalyse (fMRI) beispielsweise bei Krebspatienten in Meditation oder Tiefenentspannung.

Fazit

Können Sie sich eine pharmazeutische oder technische Maßnahme vorstellen, die insgesamt nur 1000 Euro pro Patient kostet und seine Chance auf ein 10-Jahres-Überleben verdoppelt?

Die psychotherapeutische Intervention von Küchler et al. vermochte dies zu erreichen, sofern man die methodischen Schwachpunkte ausklammert und die Untersuchung rein lebenszeitökonomisch analysiert [7]. Ein Ergebnis, das noch nicht zu bejubeln ist, aber motivieren sollte, derartige Forschungen, basiert auf psychobiologischen Denk- und Studienmodellen, fortzusetzen. Bis dahin bleibt die Hoffnung der Krebspatienten auf eine Verbesserung der Lebensqualität durch Psychotherapie erfüllt, die Frage nach einer Lebenszeitverlängerung hingegen unbeantwortet. ■

Literatur

1. Edelman S et al. J Psychosom Res 2000;49:149–56.
2. Ross L et al. Eur J Cancer 2002;38:1447–57.
3. Chow E et al. Palliat Med 2004;18:25–31.
4. Spiegel D et al. Lancet 1989;2:888–91.
5. Spiegel D Nat Rev Cancer 2002;2:383–9.
6. Cunningham AJ et al. Psychooncology 1998;7:508–17.
7. Andrykowski MA. J Clin Oncol 2007;25:2644–5.
8. Goodwin PJ et al. N Engl J Med 2001;345:1719–26.
9. Kissane D et al. J Clin Oncol 2004;22:4255–60.
10. Garssen B. Clin Psych Rev 2007;24:315–38.
11. Coyne JC et al. Psychol Bull 2007;133:367–94.