

Psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

C. Grosse-Thie

Der MKG-Chirurg

Organ der Deutschen Gesellschaft für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

ISSN 1865-9659

MKG-Chirurg
DOI 10.1007/s12285-020-00278-y



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

MKG-Chirurg

<https://doi.org/10.1007/s12285-020-00278-y>

Angenommen: 4. Dezember 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion

B. Frerich, Rostock

H. Schliephake, Göttingen

**C. Grosse-Thie**

Medizinische Klinik III, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

Die onkologischen Therapieoptionen für Patienten mit Plattenepithelkarzinomen im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) haben sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Dennoch führt die intensive Therapie dieser Tumoren häufig zu lange anhaltenden Nebenwirkungen, funktionellen Defiziten und äußerlich sichtbaren Veränderungen, die mit einer Stigmatisierung der Patienten einhergehen [1, 2]. Studien haben nachgewiesen, dass Patienten mit HNSCC signifikant häufiger unter psychischen Belastungen [3], Depressionen [4] und psychosozialen Einschränkungen [5, 6] leiden als andere Tumorpatienten. Diese Faktoren beeinflussen die Lebensqualität so stark, dass ein hoher Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung besteht. Dennoch sind sowohl Screening- als auch Unterstützungsangebote in dieser Patientenkohorte unterrepräsentiert [7, 8]. Die emotionalen Belastungsfaktoren und Erwartungen können je nach Krankheitsphase variieren [9]. Dieser Beitrag soll einen Überblick über die Bedürfnisse und psychoonkologischen Handlungsmöglichkeiten in den einzelnen Krankheits- und Therapiephasen von Patienten mit HNSCC geben.

Allgemeine Aspekte

Die meisten Patienten mit HNSCC sind Männer (75–90%). Häufig besteht eine Assoziation mit Noxen wie Zigarettenrauch und/oder Alkohol [10]. Die spontane Äußerung von Bedürfnissen gegenüber dem Behandlungsteam und der wahrgenommene Bedarf an psychologischer Unterstützung sind bei

Männern seltener [11]. Der Wunsch nach Inanspruchnahme psychologischer Gespräche ist bei Patienten mit HNSCC gering; finden solche Gespräche statt, ist die Zufriedenheit damit jedoch hoch [7, 8]. Ein Angebot persönlicher Gespräche unabhängig von Screening-Instrumenten als fester Bestandteil der Betreuung wäre wünschenswert. Da die Diagnostik und Therapie von Patienten mit HNSCC durch multidisziplinäre Teams erfolgen, kann das Behandlungsteam im Verlauf wechseln. Die psychoonkologische Betreuung profitiert jedoch in einem hohen Maß von Vertrautheit, sodass so weit möglich hier ein Ansprechpartner definiert werden sollte, der den Patienten über alle Krankheitsphasen betreut. Wenn vom Patienten gewünscht, sollten Angehörige in die Betreuung mit einbezogen werden.

Betreuung vor und während der Diagnosestellung

Unabhängig von frühzeitigen Symptomen wird bei einem Großteil der Patienten HNSCC erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien diagnostiziert. Ursachen dafür können neben der Unkenntnis spezifischer Krankheitssymptomen auch effektive Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen sein [12]. Da in dieser Phase der Arztbesuch eher gemieden wird, können hier nur Aufklärungskampagnen von Risikogruppen (Raucher) zum Einsatz kommen.

Mit der ärztlichen Vorstellung und Äußerung eines Tumorverdachts beginnt eine extrem belastende Phase für Patienten und Angehörige. Zunächst do-

minieren Schock und Fassungslosigkeit, häufig begleitet von Schuldgefühlen, Wut, Angst, Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit und Verleugnung. Eine Übersicht über emotionale Belastungsfaktoren und die Hintergründe gibt **Tab. 1**. In dieser Phase ist das Risiko pathologischer Bewältigungsstrategien verbunden mit der Entwicklung einer behandlungsbedürftigen Depression oder Misstrauen gegenüber der empfohlenen Diagnostik und Therapie hoch. Dabei kann es eine Diskrepanz zwischen den medizinischen Fakten und der Wahrnehmung des Patienten geben, woraus sich ein pathologisches Vermeidungsverhalten (z. B. werden Termine nicht wahrgenommen) ergibt [12].

» Eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Patient und Therapeut ist wesentlich

Die Schwierigkeit in dieser Phase für das Behandlungsteam ist, dem Informationsbedürfnis des Patienten gerecht zu werden, ohne diesen jedoch zu überfordern [13]. Bewährt haben sich hierbei Kommunikationsmodelle wie SPIKES, um sowohl notwendige Fakten zu vermitteln als auch die emotionalen Bedürfnisse zu adressieren [14]. Hierbei handelt es sich um einen strukturierten Gesprächsaufbau, genauere Erläuterungen sind in **Tab. 2** zusammengefasst. Dabei ist auf die Reaktionen und Bedenken des Patienten zu achten und das Verständnis (offene Fragen) zu über-

Tab. 1 Belastungsfaktoren bei Diagnosestellung

| Emotion | Hintergrund | Reaktionen des Therapeuten |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| Schock, Fassungslosigkeit | Das glaube ich nicht. Wie kann das sein? | Vertrauen schaffen |
| Schuld | Das habe ich nun vom Rauchen. Wäre ich nur früher zum Arzt gegangen | Empathie |
| Verdrängung, Verleugnung | Das kann nicht sein! Ich hab mich doch gar nicht so schlecht gefühlt ... | Einfühlungsvermögen |
| Wut, Ärger | Warum gerade ich? Andere rauchen auch! | Nicht werten, nicht verurteilen |
| Angst | Was ist, wenn ich sterbe? Kann der Tumor geheilt werden? | Gute Kommunikation |
| Fatalismus, Hoffnungslosigkeit | Ich werde nicht wieder gesund. Ich habe noch nie Glück gehabt ... | Information und Emotion |
| Unsicherheit | Wie geht es weiter? Was passiert mit mir? Mit meiner Familie? | Verstehen überprüfen |
| | | Erkennen pathologischer Bewältigung |
| | | Screening auf Depression |

Tab. 2 SPIKES-Modell

| | | |
|----------------------|--|---|
| „Setting“ | Eine geschützte Umgebung schaffen | Ruhiger Gesprächsraum Keine Unterbrechungen durch Telefon, Störungen etc. Keine Flurgespräche, Mehrbettzimmer |
| „Perception“ | Den Informationsstand des Patienten erfragen | „Was ist Ihnen bisher erzählt worden?“ „Wie haben Sie die Erkrankung bisher erlebt?“ Erst fragen, dann reden |
| „Invitation“ | Das Einverständnis zur Aufklärung einholen | Aufklärtiefe klären „Ist es in Ordnung, wenn wir heute ganz offen über alles reden?“ |
| „Knowledge“ | Schlechte Nachrichten anbahnen und mitteilen | Vorwarnung: „Ich habe leider keine guten Nachrichten für Sie“ Laienverständliche Sprache |
| „Emotion“ | Emotionen zulassen, erkennen und benennen | Gesprächspause zulassen Wahrgenommene Emotion dem Patienten spiegeln „Ich habe das Gefühl, dass Sie völlig schockiert sind“ |
| „Strategy (Summary)“ | Das weitere Vorgehen besprechen | Behandlungsplan entwickeln Weitere Gesprächstermine vereinbaren Patienten den Gesprächsinhalt kurz zusammenfassen lassen |

prüfen. Sollten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, sollte kritisch überprüft werden, inwieweit der Patient an der Entscheidungsfindung teilnehmen möchte. Letztlich muss man sich vergegenwärtigen, dass der Patient in der kurzen Zeit zwischen Diagnostik und Therapiefestlegung nicht nur mit dem Diagnoseschock, sondern auch mit diversen z. T. belastenden medizinischen Prozeduren konfrontiert ist. Eine gute und vertrauensvolle Kommunikation in dieser Phase ist wesentlich, um den Patienten bei der Bewältigung zu unterstützen. Wenn möglich kann ein psychoonkologisch geschulter Mitarbeiter auch ärztliche Diagnosegespräche begleiten, um im Anschluss daran die emotionalen Belastungen aufzugreifen, Ängste zu nehmen und pathologische Bewältigungsstrategien zu erkennen. Besteht der Verdacht auf eine Depression,

können Screening-Bögen wie der Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-Report (QIDS-SR) benutzt werden, um Patienten zu identifizieren, die von einer medikamentösen antidepressiven Therapie profitieren [15].

Betreuung während der Therapie

In dieser Phase der Erkrankung bestehen neben den körperlichen Veränderungen durch die Therapie (sichtbare Narben, Tracheostoma, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Schmerzen, Mukositis, Mundtrockenheit) Unsicherheiten bezüglich der Erkrankung selbst. Die Veränderungen des Körpers mit Beeinträchtigung elementarer Bedürfnisse wie Kommunikation, Atmung, Essen, Trinken können in einer geringen Selbstachtung, Störungen der Körperwahr-

nehmung und Isolation resultieren [16]. Dies gilt es in der psychoonkologischen Betreuung in dieser Krankheitsphase zu adressieren. Dazu ist ein sehr einfühlsames empathisches Vorgehen notwendig, da durch die Kommunikationsstörung häufig eine hohe psychische Barriere für die Inanspruchnahme dieser Gespräche besteht. Nicht alles lässt sich in vergleichbarem Maße in schriftlicher Form mitteilen, der Zeitaufwand für diese Konsultationen ist häufig höher. Alternativ kann über elektronische Geräte mit Worterkennung die Kommunikation für den Patienten angeboten werden. Durch eine kontinuierliche physiotherapeutische und logopädische Therapie sowie die Vermittlung in entsprechende Rehabilitationsprogramme wird eine Optimierung der physischen Funktionen erreicht. Zusätzlich wird dem Patienten vermittelt, dass nun neben der Therapie der Krebserkrankung die Lebensqualität verbessert werden soll. Die Summe der körperlichen Einschränkungen und die daraus resultierende psychische Belastung sind in dieser Phase besonders hoch [7]. Der Therapeut sollte daher neben den Ängsten des Patienten selbst (Tab. 3) auch Störungen in den familiären Strukturen und der Sexualität sowie Existenzängste erwarten. Wann immer möglich, sollten deshalb auch familiäre Gespräche bzw. Interventionen angeboten werden, um den sozialen Rückhalt zu verstärken [17]. In dieser Phase kann auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen hilfreich bei der Bewältigung sein.

Tumornachsorge

Sind die Behandlung der Erkrankung sowie entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen abgeschlossen, steht die Über-

Zusammenfassung · Abstract

führung des Patienten in die regelmäßige Tumornachsorge an. Diese Phase ist gekennzeichnet durch Rezidivängste [18], die Akzeptanz verbleibender körperlicher Veränderungen und funktioneller Einschränkungen sowie den Umgang damit. Gerade die Angst des Patienten vor einem Tumorrezidiv wird jedoch in der Tumornachsorge zu selten thematisiert und ist psychisch stark belastend [19]. Um einem pathologischen Vermeidungsverhalten vorzubeugen, sollten daher die Ängste im Rahmen der Nachsorgetermine aktiv angesprochen werden.

» Die Angst vor einem Tumorrezidiv ist psychisch stark belastend

Um die körperlichen Veränderungen mit dadurch bedingten Beschwerden zu vermindern und die Ausbildung eines positiven Körperbildes zu unterstützen, bieten sich neben der psychoonkologischen Begleitung sportliche Rehabilitationsprogramme an [20]. Bei Patienten mit HNSCC besteht jedoch häufig Unkenntnis über die positiven Auswirkungen dieses Training auf die Lebensqualität, sodass hier eine gewisse Überzeugungsarbeit geleistet werden sollte. Für Patienten, die das Training in der Gruppe meiden, werden Heimtrainingsprogramme entwickelt [21]. Insgesamt trägt das Gefühl, aktiv an der Verbesserung des Befindens mitarbeiten zu können, zur Stärkung der Patientenautonomie und des Selbstwertgefühles bei. Die Teilnahme an Programmen zur Nikotin- und Alkoholentwöhnung sollte regelmäßig angeboten werden, ebenso der Kontakt zu anderen Betroffenen (Selbsthilfegruppen). Eine Übersicht gibt **Tab. 4**.

Rezidiv und palliative Krankheitssituation

Bei Patienten mit HNSCC sind Rezidive häufig. Dies verursacht neben all den Belastungen einer Diagnose (**Tab. 1**) häufig auch ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit und Verzweiflung. Körperlich bestehen neben den Einschränkungen der vorangegangenen Therapien nun auch

MKG-Chirurg <https://doi.org/10.1007/s12285-020-00278-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. Grosse-Thie

Psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

Zusammenfassung

Hintergrund. Patienten mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich sind hohen psychischen Belastungen ausgesetzt. Neben der Konfrontation mit einer potenziell lebensbegrenzenden Erkrankung verursachen intensive multimodale Therapieverfahren funktionelle und optische Veränderungen. Dies führt zu einer erhöhten Rate an pathologischen Bewältigungsstrategien, Depressionen und Suizidalität in dieser Patientengruppe und reduziert die Lebensqualität wesentlich. Eine Sonderrolle nehmen mit dem humanen Papillomavirus assoziierte Tumoren ein. **Ziel.** Ziel ist es, spezifische Belastungsfaktoren dieser Patienten zu analysieren, um gezielte psychoonkologische Unterstützungsangebote zu entwickeln.

Ergebnisse. Die einzelnen Krankheitsphasen von Diagnosestellung bis zur Nachsorge verursachen spezifische psychologische Belastungen in unterschiedlicher Intensität. Diese sollten innerhalb der multidisziplinären

Teams bekannt sein und in die Betreuung integriert werden. Psychoonkologische Gespräche sollten unabhängig von Screening-Instrumenten regelmäßig angeboten werden. Depressionen müssen rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Schlussfolgerungen. Die Integration psychoonkologischer Betreuungsangebote in die Therapie von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren kann zu einer Reduktion psychosozialer Störungen und pathologischer Bewältigungsstrategien führen. Sie bedarf der kontinuierlichen Bereitschaft aller Mitglieder des Behandlungsteams. Damit werden die Lebensqualität, die Patientenzufriedenheit und die Langzeitergebnisse der Tumorthapie verbessert.

Schlüsselwörter

HNSCC · Humanes Papillomavirus · Depression · Psychologischer Stress · Lebensqualität

Psycho-oncological care of patients with head and neck cancer

Abstract

Background. Patients with tumors in the head and neck are exposed to high levels of psychological stress. In addition to confrontation with a potentially life-limiting disease, intensive multimodal treatment concepts cause functional and visual changes. This leads to an increased rate of pathological coping strategies, depression, and suicidality in this patient group and significantly reduces quality of life. Human papillomavirus (HPV)-associated tumors play a special role.

Objective. The aim of this work is to analyze specific stress factors of these patients in order to develop targeted psycho-oncological support offers.

Results. The individual phases of the disease from diagnosis to follow-up care cause specific psychological stresses of varying intensity. These should be known within the

multidisciplinary teams and integrated into the supervision. Regular psycho-oncological discussions should be offered independently of screening instruments. Depression must be recognized and treated in good time.

Conclusion. The integration of psycho-oncological care offers during treatment of patients with head and neck cancer can lead to a reduction in psychosocial disorders and pathological coping strategies. It requires the continuous readiness of all members of the treatment team. This not only improves quality of life, but also patient satisfaction and long-term results of cancer treatment.

Keywords

HNSCC · Human papillomavirus · Depression · Psychological stress · Quality of life

noch Symptome durch den Rezidivtumor oder Metastasen. Sämtliche Therapieoptionen sollten in dieser Situation hinsichtlich Nutzen und Belastung für den Patienten sehr kritisch gegeneinander abgewogen werden [22]. Gerade in der Rezidivsituation profitieren Patient

und Therapeut, wenn schon über längere Zeit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte. Dies ermöglicht trotz der Konfrontation mit existenziellen Themen wie Sterben und Tod die Aufarbeitung pathologischer Bewältigungsmechanismen und trägt zur Reduktion

Leitthema

Tab. 3 Belastungsfaktoren während der Therapie

| Emotion | Hintergrund | Reaktionen des Therapeuten |
|-----------------|--|--|
| Hoffnung | Ich werde bestimmt wieder gesund | Vertrauen halten |
| Angst | Was ist, wenn der Tumor wiederkommt? Werden die Schmerzen besser? | Gute Kommunikation Information und Emotion |
| Kontrollverlust | Was passiert mit mir? Werden die Beschwerden nachlassen? | Körperliche Beschwerden ansprechen Geduld |
| Misstrauen | Ist das wirklich die beste Therapie? Sagen sie mir alles? | Erkennen pathologischer Bewältigung |
| Isolation | So kann ich mich doch nicht blicken lassen. Die ekeln sich vor mir | Compliance sichern Screening auf Depression |
| Existenzangst | Werde ich je wieder arbeiten können? | Familienintervention |

Tab. 4 Belastungsfaktoren in der Nachsorge

| Emotion | Hintergrund | Reaktionen des Therapeuten |
|--------------------|---|--|
| Angst | Was ist, wenn der Tumor wiederkommt? | Stärke fördern |
| Verletzlichkeit | Ich kann wieder krank werden | Vertrauen halten |
| Selbstwertprobleme | Wie sehe ich aus? Was denken andere, wenn sie mich sehen? | Rehabilitationsprogramme Sport (Heimtraining) |
| Soziale Sorgen | Arbeit, Finanzen | Entwöhnungsprogramme Sexualität und Paarbeziehung |
| Stärke | Ich hab's überstanden | Selbsthilfe fördern |

von Angst und Stress bei. Steht kein kurativer Therapieansatz zur Verfügung, sollte eine frühzeitige palliativmedizinische Anbindung zur Symptomkontrolle und Klärung der Versorgungsoptionen angeboten werden.

Mit dem humanen Papillomavirus assoziierte Tumoren

Mit dem humanen Papillomavirus (HPV) assoziierte Tumoren des Oropharynx stellen hinsichtlich Prognose und Entstehungsmechanismus eine Besonderheit dar. Die Patienten sind häufig jünger, klassische Noxen wie Nikotin und Alkohol fehlen und die Prognose der Erkrankung ist besser [22]. Neben den psychologischen Belastungen und Stressfaktoren einer Tumorerkrankung können diese Patienten Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Ursache und Übertragung von HPV (sexuell übertragbare Infektion) entwickeln [23]. Zusätzlich müssen sie sich mit der Reaktion ihres Umfelds, ihrer Familie und Partner auseinandersetzen. Da Fragen zum Sexualverhalten nicht unbedingt Bestandteil einer Kommunikation zwischen Patient und Therapeut sind, können hier durch das Schamgefühl unbewältigte Fragen und Konflikte bestehen [24]. Hier gilt es, eine Balance zwi-

schen Vertraulichkeit und notwendigen Informationen herzustellen.

Fazit für die Praxis

- Die psychische Belastung von Patienten mit HNSCC ist hoch, Depressionen und pathologische Bewältigungsstrategien sind häufig.
- Die psychoonkologische Betreuung sollte unabhängig von der Therapiephase niedrigschwellig, vorzugsweise durch einen festen Therapeuten angeboten werden.
- Das Informationsbedürfnis des Patienten muss gestillt werden, ohne diesen damit zu überfordern.
- Depressionen müssen frühzeitig erkannt und medikamentös eingestellt werden.
- Therapie- und tumorbedingte Körperveränderungen sollten psychoonkologisch mitbetreut werden.
- Die Familie und das soziale Umfeld sollten in die Betreuung eingebunden werden.
- Die Angst vor einem Tumorrezidiv muss in der Nachsorge thematisiert werden.
- Für Patienten mit Rezidiv sind eine kritische Evaluation aller Therapieansätze und ohne kurative Therapieop-

tion die frühzeitige palliativmedizinische Anbindung wesentlich.

- Bei HPV-assoziierten Tumoren besteht durch die Thematik der sexuellen Übertragung erhöhter psychischer Stress.

Korrespondenzadresse



Dr. C. Grosse-Thie
Medizinische Klinik III,
Hämatologie, Onkologie
und Palliativmedizin,
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Str. 6,
18057 Rostock, Deutschland
christina.grosse-
thie@med.uni-rostock.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Grosse-Thie erhielt Vortragshonorare folgender Firmen: Novartis, BMS, Amgen, Cellgene, MSD, Merck, Roche.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Ringash J (2015) Survivorship and quality of life in head and neck cancer. *J Clin Oncol* 33(29):3322–3327
2. Djan R, Penington A (2013) A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 66(5):647–659
3. Williams C (2017) Psychosocial distress and distress screening in multidisciplinary head and neck cancer treatment. *Otolaryngol Clin North Am* 50(4):807–823
4. Rieke K, Schmid KK, Lydiatt W et al (2017) Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncol* 65:76–82
5. Pandey M, Devi N, Thomas BC et al (2007) Distress overlaps with anxiety and depression in patients with head and neck cancer. *Psychooncology* 16(6):582–586
6. Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, Kivimäki M (2017) Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ* 356:j108
7. Handschel J, Naujoks C, Hofer M, Kruskemper G (2013) Psychological aspects affect quality of life in patients with oral squamous cell carcinomas. *Psychooncology* 22(3):677–682
8. Calver L, Tickle A, Moghaddam N, Biswas S (2018) The effect of psychological interventions on quality of life in patients with head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.12789>

9. Reich M, Licitra L, Vermorken JB et al (2014) Best practice guidelines in the psychooncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European head and neck cancer society's make sense campaign. *Ann Oncol* 25:2115–2124
10. Jansen L, Buttman-Schweiger N, Listl S et al (2018) Differences in incidence and survival of oral cavity and pharyngeal cancers between Germany and the United States depend on the HPV-association of the cancer site. *Oral Oncol* 76:8–15
11. Harrison J, Maguire P, Pitceathly C (1995) Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Soc Sci Med* 41:1255–1260
12. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ et al (2005) Patient factors associated with delay in primary care among patients with head and neck carcinoma: a case-series analysis. *Fam Pract* 22(5):554–559
13. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J (2006) How satisfied are head and neck cancer (HNC) patients with the information they receive pre-treatment? Results from the satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Oral Oncol* 42(7):726–734
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al (2000) SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5(4):302–311
15. Panwar A, Rieke K, Burke WJ et al (2018) Identification of baseline characteristics associated with development of depression among patients with head and neck cancer: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 144(11):1004–1010
16. Ellis MA, Sterba KR, Day TA et al (2019) Body image disturbance in surgically treated head and neck cancer patients: a patient-centered approach. *Otolaryngol Head Neck Surg* 161(2):278–287
17. Badr H, Herbert K, Chhabria K et al (2019) Self-management intervention for head and neck cancer couples: results of a randomized pilot trial. *Cancer* 125(7):1176–1184
18. Mirosevic S, Thewes B, van Herpen C et al (2019) Prevalence and clinical and psychological correlates of high fear of cancer recurrence in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Head Neck* 41(9):3187–3200
19. Nguyen NA, Ringash J (2018) Head and neck cancer survivorship care: a review of the current guidelines and remaining unmet needs. *Curr Treat Options Oncol* 19(8):44
20. Baldoman D, Vandenbrink R (2018) Physical therapy challenges in head and neck cancer. *Cancer Treat Res* 174:209–223
21. Felsler S, Behrens M, Liese J et al (2020) Feasibility and effects of a supervised exercise program suitable for independent training at home on physical function and quality of life in head and neck cancer patients: a pilot study. *Integr Cancer Ther* 19:1534735420918935
22. Nilsen ML, Johnson JT (2017) Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *Lancet Oncol* 18(5):e284–e289
23. Gold D (2012) The psychosocial care needs of patients with HPV-related head and neck cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 45(4):879–897
24. Reich M, Licitra L, Vermorken JB et al (2016) Best practice guidelines in the psychosocial management of HPV-related head and neck cancer: recommendations from the European head and neck cancer society's make sense campaign. *Ann Oncol* 27(10):1848–1854