

# Patienten in kanadischem Tumorzentrum zeigen hohes Ausmaß an unbehandeltem Distress

## Welche Hindernisse blockieren die Behandlung?

Carlson LE, Angen M, Cullum J, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004;90:2297–304.

### Fragestellung

Die Studie untersucht die Frage, wie hoch Patienten ihr Ausmaß an seelischer Not (Distress) und psychosozialen Problemen beurteilen, ob sie vom Vorhandensein psychoonkologischer Dienste wissen und wie weit sie diese in Anspruch nehmen.

### Hintergrund

Routinemäßiges psychosoziales Screening auf Distress gehört entgegen der Forderung amerikanischer und kanadischer Leitlinien [1, 5, 6] eher selten zur Versorgung von Tumorpatienten. Meist erfolgt die Zuweisung durch die Patienten selbst oder das medizinische Behandlungsteam. Angesichts des Bedarfs an psychoonkologischer Versorgung resultiert oft Unterversorgung für Patienten, die entweder zu gestresst sind oder denen instrumentelle Ressourcen fehlen, um Hilfe im oft verwirrenden medizinischen System zu suchen.

### Patienten und Methodik

Patienten des großen Tom Baker Cancer Centre in Calgary, Kanada, wurden 4 Wochen konsekutiv im Querschnittsdesign untersucht. Von 3 765 Besuchen waren knapp 20% Ersttermine. Alle 3 095 Patienten > 18 Jahre erhielten Fragebogen, ca. 10% lehnten ab. Jeder Besuch wurde neu erfasst; daher zeigt die Statistik nicht Patienten, sondern Besuche. Von 73,7% der Patienten lagen komplette Datensätze vor (7,7% Erstuntersuchung, 9,6% Chemotherapie, 9,0% Strahlentherapie, 51,9% Nachsorge; Altersdurchschnitt 60 Jahre, 78,3% kaukasischer Abstammung).

Distress erfasste die als „Screeninginstrument“ speziell für Tumorpatienten validierte, international anerkannte Skala des Brief Symptom Inventory mit 18 Fragen (BSI-18, drei Subskalen Somatisierung, Depression und Angst sowie der Summenwert daraus [2]). Beide Methoden bieten Kriterien für die „Falldefinition“, die bei Männern und Frauen für Angst und Somatisierung (Belastung durch körperliche Beschwerden) unterschiedlich angelegt sind, nicht jedoch für Depression.

### Ergebnisse

37,8% der Stichprobe erfüllten die Falldefinitionskriterien für schweren allgemeinen Distress. Soma-

tisierung (Belastung durch körperliche Beschwerden) wurde am häufigsten (39,7%) angegeben, gefolgt von Depression (36,3%) und Angst (30,3%). Männer gaben häufiger Somatisierung (42,2%;  $p < 0,01$ ), Frauen Depression (39,8%;  $p < 0,01$ ) an. Bei Angst bzw. allgemeinem Distress ergab sich keine Geschlechtsdifferenz. Männer mit Prostataatomen gaben signifikant weniger Distress an als Frauen mit Brustkrebs ( $p < 0,001$ ) oder Patienten mit anderen Diagnosen ( $p < 0,001$ ).

Patienten unter Behandlung waren stärker belastet als in der Nachsorge ( $p < 0,05$ ). Aus multivariater Perspektive waren jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, nichtkaukasische ethnische Gruppenzugehörigkeit (z.B. aus Südostasien, kanadische Indianer), niedrigeres Einkommen, längere Krankheitsdauer und das Merkmal, nicht in Nachsorge zu sein – alle unabhängig voneinander – mit höheren Distresslevels verbunden. Distressspitzen zeigten sich bei Tumoren der Lunge (57,6%), des Pankreas (52,2%), bei Morbus Hodgkin (48,7%), Kopf- und Hals- (48,6%) sowie Hirntumoren (45,3%). Die häufigsten Probleme waren Fatigue (48,5%), Schmerz (26,4%), (schlechtes) Zurechtkommen mit Emotionen/Distress (24,8%), Depression (24,0%) und Angst (24,0%).

Fast die Hälfte derer mit überschwelligem Distress suchte weder professionelle psychosoziale Unterstützung, noch beabsichtigte sie dies zukünftig. An der Spitze standen dabei Somatisierung (50,5%), gefolgt von Depression (42,5%) und Angst (41,7%). 68,1% kannten zwar die psychoonkologische Abteilung, doch nur 17,8% beanspruchten sie in der Vergangenheit, 6,7% in der Gegenwart, und 20,4% beabsichtigten dies. Andere Unterstützungsquellen waren Familie (87,5%), Freunde (73,7%), Nachbarn (24,2%), religiöse Gemeinschaften (22,3%) und Teammitglieder des Tumorzentrums (16,5%).

Keine Unterstützung hatten nur 4,5%. Ob jemand von außerhalb unterstützt wurde (37%) oder nicht (40%), wirkte sich nicht auf die Falldefinition aus. Jedoch stieg die Wahrscheinlichkeit, als Distressfall identifiziert zu werden, bei durch die Abteilung für psychosoziale Ressourcen ( $\chi^2$  35,13;  $p < 0,001$ ) oder einen Außenberater ( $\chi^2$  6,35;  $p < 0,05$ ) Behandelten an, verglichen mit jenen, die keine

solche Unterstützung suchten. 57,6% derer, die psychosoziale Ressourcen in Anspruch nahmen, und 49,5% jener, die einen Außenberater sahen, wurden als Distressfall identifiziert.

### Schlussfolgerung

Distress bei Tumorpatienten ist über Diagnosen und Krankheitsstadien hinweg weit verbreitet. Viele nutzen jedoch die professionellen psychosozialen Ressourcen nicht genügend. Weitere Studien

Methodisch ist anzumerken, dass die Ergebnisse insofern nur mit Einschränkung zu verwenden sind, als Patienten bei mehrfachen Besuchen als „Einzelfälle“ gezählt wurden (Gleichsetzung von Besuchen [n = 3 765] mit Patienten [n = 3 095]). Wiederholte Besuche müssten zuerst als indirekter Längsschnitt herausgerechnet werden.

Dies hat zur Folge, dass einzelne Häufigkeiten tendenziell zu hoch angegeben werden. Zwar führen die Autoren an, dass die Zahlen eine konservative Schätzung sind und die Statistik Besuche, nicht einzelne Patienten aufführt. Implizit werden jedoch alle Ergebnisse der Auswertung auf Patienten, nicht auf Besuche bezogen – damit letztlich die Aussagen für die Punktprävalenz und die Bedarfszahlen. Dieses Vorgehen erscheint problematisch; andererseits lässt sich aus einer pragmatischen Sicht nachvollziehen, dass jeder Besuch eine neue Chance der Befunderhebung und Unterstützung für den Patienten bieten kann.

Sieht man von dieser Einschränkung ab, zeigt die Studie, dass es möglich ist, Querschnittsdaten zum Thema Distress für große konsekutiv untersuchte (Besuchs-)Stichproben an einem Tumorzentrum zu erhalten (allerdings fehlten Patienten der Chirurgie ganz).

Die Ergebnisse stützen im Prinzip alle Vorbeurteilungen in diesem Bereich aus den letzten 20 Jahren [3, 4, 7], dass je nach Kollektiv, Tumorlokalisation und Behandlungsstatus ca. 20–40% der Tumorpatienten schweren überschwelligem Distress erleben – in dieser Studie 37,8% (der Besuche) –, und Fatigue wurde sogar mit 48,5% als Hauptstressor angegeben. Die Besonderheit liegt darin, dass eine eklatante psychoonkologische Unterversorgung bei ca. der Hälfte (der Besuche) deutlich wurde, die nachdenklich macht. Seit langem ist die Diskrepanz zwischen „Bedarf“ und „Inanspruchnahme“ bekannt.

Betrachtet man die Hinderungsgründe, warum die Patienten mit nachweislich festgestelltem Distress die gut ausgestattete Abteilung (6 Mit-

arbeiter) nicht in Anspruch nahmen, dann besteht das Argument überwiegend darin, keine Hilfe zu brauchen (44,1% derjenigen, die auf diese Frage antworteten – leider erfährt man jedoch nicht, wie viele hier keine Antwort gaben). Andere Gründe waren, nicht darüber informiert zu sein (19,2%), zu weite Anreise (8,5%), Parkprobleme (8,1%) und schließlich Skepsis, ob die Dienste helfen (8,4%).

### Korrespondenzadresse

L.E. Carlson, Tom Baker Cancer Centre, 2202 2nd St. S.W., Calgary, Alberta, Kanada T2S 3C1. E-Mail: lcarlso@ucalgary.ca

## « Referat und Kommentar



**Doris Pouget-Schors**  
Institut für Psychosomatik/  
Sektion Psychoonkologie  
der TU München  
E-Mail: D.Pouget-Schors@lrz.tu-muenchen.de

arbeiter) nicht in Anspruch nahmen, dann besteht das Argument überwiegend darin, keine Hilfe zu brauchen (44,1% derjenigen, die auf diese Frage antworteten – leider erfährt man jedoch nicht, wie viele hier keine Antwort gaben). Andere Gründe waren, nicht darüber informiert zu sein (19,2%), zu weite Anreise (8,5%), Parkprobleme (8,1%) und schließlich Skepsis, ob die Dienste helfen (8,4%).

Die Gründe der Ablehnung dürften vielschichtig sein, und aus klinischer Sicht ist Folgendes anzunehmen: In der Regel haben Tumorpatienten zu Recht nicht das Gefühl, primär ein psychisches Problem zu haben. Die meisten waren zeitlebens psychisch stabil oder ausreichend balanciert und hier nie auf fremde Hilfe angewiesen. Darüber hinaus wird der Bedarf an psychosozialen Hilfen per se oft als ein Stigma erlebt und so lange wie möglich anderweitig kompensiert. Hilfsbedürftigkeit mag nicht nur den Patienten selbst schmerzen, sondern ihn auch gegenüber Familie und Umfeld beschämen. Dabei sieht das Krankheitsmodell der Psychoonkologie nicht primär psychische Ursachen in der Person und ihrer Kindheits- oder Lebensentwicklung vor als Gründe für Symptome wie Angst oder Depression, etwa beim Ausbruch der Tumorerkrankung. Vielmehr ist die Labilisation des psychischen Gleichgewichts meist eine Folge der somatischen Erkrankung, der Belastung durch Krebsdiagnose, Unsicherheit über Therapieerfolg, Progredienz und äußere Faktoren wie eingreifende Diagnostik und Therapie, Nebenwirkungen von Operation, Chemotherapie und Strahlentherapie – möglicherweise zusammen mit der chronischen Müdigkeit/„Fatigue“, hier immerhin zu 48,5%. Daneben gibt es noch eine Untergruppe, die bereits prämorbid psychische Störungen aufweist (Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Major-Depression, organische Psychosen), der Prozentsatz ist jedoch vergleichsweise gering. Klinisch gesehen, gibt manchen Patienten die Ablehnung der Hilfe von außen ein

Stück Autonomie zurück, die infolge der medizinischen Prozeduren oft genug bedroht ist. Eine Lösung steckt in der positiven Arzt-Patient-Beziehung, indem der behandelnde Onkologe dem Patienten mit Symptomen von schwerem Distress eine Brücke baut, um ihm ohne „Gesichtsverlust“ ein Probegespräch mit einem Fachmann/einer Fachfrau der Psychoonkologie zu ermöglichen. Dies ist umso leichter, wenn die Überweisung hierzu mit der gleichen Selbstverständlichkeit erfolgt wie etwa die zur Labor- oder Röntgenuntersuchung.

Gute Verfügbarkeit der Dienste, wie in der BRD in allen Universitäts- und vielen kommunalen Kliniken, sowie räumliche und organisatorische Nähe („interdisziplinäre Tumorzentren“) mit gutem interkollegialem Austausch können als offensichtlicher Vorteil Schwellenängste abbauen. Die Zukunft weist auch in der BRD auf Entwicklungen bei Screeninguntersuchungen, die nicht mehr als Papier-und-Bleistift-Fragebogen, sondern per „hand-held“-Computer sofort ausgewertete Ergebnisse liefern. Der unbestreitbare Fortschritt in diesem Bereich sollte Lernprozesse ermöglichen, die immer auch die Wahrnehmung des Onkologen mit einbeziehen. Schließlich stellen alle flächendeckenden Screenings Selbstbeurteilungen der Patienten dar, und der erfahrene Onkologe und auch das Pflegeteam – mehr noch, wenn sie über eine spezielle Ausbildung zum Erkennen belasteter Patienten verfügen – können einige der Patienten erkennen, die nicht einmal auf einem Fragebogen Angst oder Depression angeben. Dabei mildert Früherkennung das Risiko von unbehandeltem Distress, und eine geeignete Therapie kann so Einbußen an Lebensqualität bei Tumorpatienten aufwiegen, wenn sie auch noch nicht alle Patienten erreicht.

**Fazit:** Da der Prozentsatz psychoonkologisch behandlungsbedürftiger Patienten weit über der realisierten Therapieinanspruchnahme liegt, sind hier Chancen zur Verbesserung der Tumortherapie auszumachen. Obwohl die hier referierte Studie die genannten Einschränkungen aufweist, stützen ihre wichtigen Ergebnisse zu Prävalenzdaten doch die Literatur. Aufgrund der noch nicht routinemäßig realisierten Erfassung des Distress kann gegenwärtig empfohlen werden, dass onkologische Teams selbst ihr Augenmerk auf psychischen Distress ihrer Patienten richten.

#### Literatur

1. CAPO Canadian Association of Psychosocial Oncology. Standards: Canadian Association of Psychosocial Oncology. Montreal, Canadian Association of Psychosocial Oncology, 1999.
2. Derogatis LR. Brief Symptom Inventory 18: administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson, 2001.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751–6.
4. Herschbach P, Keller M, Knight L, et al. Psychological problems in cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *BMJ* 2004;91:504–11.
5. NCCN National Comprehensive Cancer Network, Inc. Practice guidelines in oncology. V.1.2002: Distress management. Version 1.2002 – Jentintown PA. Distress.
6. NCCN Comprehensive Cancer Network: Treatment guidelines for patients. Version 1.7/2004 ([www.cancer.org](http://www.cancer.org), [www.nccn.org](http://www.nccn.org)).
7. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19–28.

**Schlüsselwörter:** Onkologen, Tumorpatienten, Screeningdiagnostik, Distress, Depression, Angst, Somatisierung, Arzt-Patient-Beziehung