

JC 334

Prädiktoren für das Auftreten von psychischer Belastung nach Brustkrebsdiagnose

Mathews A, Ridgeway V, Warren R, et al. Predicting worry following a diagnosis of breast cancer. *Psychooncology* 2002;11:415–8.

Fragestellung: Die Studie untersucht die Frage, welche Prädiktoren bei der Erstevaluation körperlicher und psychischer Befunde die psychische Verfassung von Frauen mit Brustkrebs vorhersagen können.

Hintergrund: Die Diagnose Brustkrebs ruft in der Regel bei den meisten Frauen eine psychische Belastung mit Beunruhigung hervor. Nach dem initialen Schock adaptieren sich einige von ihnen überraschend gut, bei anderen resultieren gravierende Probleme der Anpassung und Krankheitsverarbeitung. Forschungsmethoden, die bei Tumorpatienten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose spätere psychische Belastungen diagnostizieren (psychoonkologische Screeningmethoden) sind häufig zu zeitraubend für klinische Routineprozeduren. Angesichts knapper Ressourcen der psychoonkologischen Unterstützung erscheint es sinnvoll, einfache Methoden zu entwickeln, um jene Patientinnen frühzeitig zu erkennen, die sich exzessiv beunruhigen.

Patienten und Methodik: Die Befragung zielte auf Besorgnisse, die mit dem Klinikbesuch verbunden sind. Die Autoren luden konsekutiv 406 Frauen der britischen Brustdiagnostikklinik Addenbroke's Hospital in Cambridge im Alter bis zu 70 Jahren zur Studienteilnahme ein. 368 willigten in die Befragung durch Kurzinterviews zu drei Messzeitpunkten ein. Bei 44 Frauen ergab sich die Diagnose Brustkrebs (22 Stadium I, 22 Stadium II [American Joint Committee on Cancer 1992]). 25 wurden mastektomiert, und 17 hatten ausgedehnte lokale Exzisionen. 2 Frauen erhielten ausschließlich Chemotherapie. Der Tumorbefund wurde nach dem Nottingham Prognostic Index (NPI) nach Grad, Größe und Lymphknotenstatus eingestuft. Eine Vergleichsgruppe ohne malignen Befund wurde nach Alter gematcht (im Mittel 53 Jahre) – beide Gruppen kamen wegen eines verdächtigen Tastbefundes. Zwei Fragen standen im Mittelpunkt: Wie oft dachte die Frau während der letzten Woche über ihren Klinikbesuch nach? Wie aufgeregt fühlte sie sich bei diesen Gedanken? Zusätzlich wurden Angst und Depression mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst. Über Telefonbefragung wurden diese Fragen in modifizierter Version 6 Wochen danach und erneut 4 Monate später bei einem Hausbesuch wiederholt. Hier wurden zusätzliche Einschätzungen der psychischen Verfassung und gesundheitsbezogenen Besorgnisse, speziell über Krebs, erhoben sowie die Frage, ob Hilfe wegen emotionaler Probleme zu einem beliebigen Zeitpunkt in der Vergangenheit gesucht wurde.

Ergebnisse: Vor der Diagnosestellung zeigten die beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede, weder bezüglich der Häufigkeit der Gedanken oder des Ausmaßes der

dadurch hervorgerufenen Aufregung noch bezüglich Angst oder Depression. Bei der ersten Nachuntersuchung jedoch unterschieden sich die Gruppen hochsignifikant, mit höheren Mittelwerten bei den Frauen mit Brustkrebsdiagnose. Dieses Ergebnis persistierte auch nach 4 Monaten, wobei auffiel, dass die Brustkrebspatientinnen nicht generell mehr Besorgnisse angaben, sondern sich spezifisch wegen ihrer Gesundheit und Krebs sorgten. Bei Frauen mit unauffälligem Befund hatte die Stimmung auf Normalwerte zurückgefunden, nicht aber bei Brustkrebs ($p < 0,001$) – hier gab es eine hohe Bandbreite an Störungen in Zusammenhang mit der psychischen Verfassung. Entgegen den Erwartungen der Autoren versagte die prognostische Kategorie des Tumorschweregrades (zwischen 2,3 und 6,7, Mittelwert 4,4, beurteilt nach dem NPI) beim Versuch, Frauen mit psychischen Besorgnissen (Häufigkeit, Ausmaß der Aufregung) zu identifizieren. Weder zum Ersterhebungszeitpunkt noch bei der Nachuntersuchung ergaben sich signifikante Korrelationen bezüglich der zwei psychoonkologischen Interviewfragen. Jedoch korrelierte die Tatsache, ob beim ersten Besuch Besorgnisse angegeben wurden, mit deren Vorhandensein im Verlauf: moderat nach 6 Wochen ($p < 0,05$) und hochsignifikant nach 4 Monaten ($p < 0,001$). Ähnlich verhielt es sich mit der Korrelation der Angstscores und den Gesundheitssorgen 4 Monate später ($p < 0,001$). Noch bemerkenswerter war die hohe Korrelation des initialen Ausmaßes an sorgenvollen Gedanken mit dem Auftreten von späteren Befürchtungen zu Gesundheit und Krebs (beide $p < 0,001$): Wenn sich Frauen bei der Erstuntersuchung ängstlich-sorgenvoll zeigten, waren sie das auch im späteren Verlauf. Doch weder das Vorhandensein von früher behandelten psychischen Problemen noch das Ausmaß, in dem initiale Gedanken über die Klinikbesuch als aufregend empfunden wurden, korrelierten mit späteren Einschätzungen von Besorgnis. Obwohl in beiden Gruppen insgesamt recht wenig Zeit für Gedanken an Krebs aufgewendet worden war, bewegte sich die Streuung jeweils zwischen 0 und 0,90. Fast ein Drittel der Krebspatientinnen (31%) wurde als „extrem belastet“ definiert: Sie überschritten das willkürlich gesetzte Maß von zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Gruppe mit benignem Befund.

Schlussfolgerung: Das Ergebnis der Studie lautet, dass sich ein knappes Drittel der Krebspatientinnen exzessiv sorgt und daher weitere Hilfe benötigt. Die Autoren folgerten, dass entgegen ihrer Erwartung die vom Kliniker diagnostizierte Schwere der Krebserkrankung nicht das Ausmaß an späterer Besorgnis bei Brustkrebspatientinnen vorhersagen kann. Vielmehr kann als Prädiktor dafür die Tendenz gelten, häufiger über die initialen Klinikbesuch nachgedacht zu haben. Das Fazit der Autoren lautet: Bereits beim ersten Besuch sollte sorgenvollen Gedanken und Gefühle der Patientinnen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, um jene herauszufinden, die mehr psychosoziale Unterstützung als unverzichtbaren Teil ihrer Behandlung benötigen.

Korrespondenzadresse: A. Mathews, MRC Cognition and Brain Science Unit, 15 Chaucer Road, Cambridge CB2 2EF, Großbritannien. E-Mail: andrew.mathews@mrc-cbu.cam.ac.uk

Kommentar: Die psychische Verfassung von Frauen mit Brustkrebs ist seit langem Gegenstand von Studien und Leitlinien, da u.a. Lebensqualität und Compliance mit dem medizinischen Procedere davon abhängen [2, 3]. In der Psychoonkologie umfasst der Begriff „worry“ das ganze Spektrum psychischer Begleitreaktionen von Bedenken, Beklemmung, Beunruhigung, Unruhe, Angst, Depression, Aufregung, Sorgen und Problemen, Ungewissheit und Zweifel. Die frühzeitige Erkennung diesbezüglicher Risikopatienten mit Tumordiagnose stellt ein Desiderat in der psychoonkologischen Forschung dar, das oft beschrieben, doch bisher in der Praxis nicht ausreichend realisiert werden konnte [4]. Gründe dafür sind u.a. mangelnde Aufmerksamkeit für die psychischen Auswirkungen des Tumorgeschehens auf die seelische Verfassung der Patienten und der Mangel an geeigneten Screeninginstrumenten, die ohne großen personellen und finanziellen Aufwand reliabel und valide belastete Patienten herausfiltern. Insofern verdient die vorliegende Arbeit Beachtung, denn sie zeigt, dass der Arzt bereits bei der Erstuntersuchung wegen eines verdächtigen Knotens in der Brust mit einer einzigen Schlüsselfrage an die Patientin zuverlässig erkennen kann, welche Frau mit größerer Wahrscheinlichkeit später im Fall der Krebsdiagnose fachliche psychosoziale Hilfe benötigt: „Wie häufig haben Sie sich letzte Woche wegen des Besuchs hier Sorgen gemacht?“

Das Ergebnis der Studie, ein knappes Drittel der Krebspatientinnen sorge sich exzessiv und benötige daher weitere Hilfe, stimmt gut mit Ergebnissen der internationalen Literatur überein, wenngleich hier je nach Fragestellung und Forschungsansatz (Selbstbeurteilung durch Patienten, Fremdbeurteilung durch Onkologen oder Psychoonkologen) eine große Schwankungsbreite bei der Prävalenz zu verzeichnen ist (5–60%). Kritisch beurteilt werden muss der Zeitrahmen der Studie. Bekanntlich findet psychische Adaptation in den aufeinander folgenden Krankheitsphasen in unterschiedlicher Weise statt, doch die vorliegende Arbeit erfasst nicht den weiteren Verlauf über die ersten 4 Monate hinaus. Ein nicht unerheblicher Anteil von Tumorpatienten dekomponiert psychisch nach überstandenen akutmedizinischen Maßnahmen – im Sinne einer psychophysischen Erschöpfung –, bei anderen greift danach erst die Krankheitsverarbeitung. Werden diese Patienten auch mit der Eingangsfrage erfasst? Hier ist eine kontinuierliche Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte erforderlich. Der Vorteil gegenüber einer aufwendigeren Fragebogenuntersuchung liegt auf der Hand: Die Arzt-Patienten-Beziehung wächst durch derartige unmittelbar hilfreiche Fragen.

Problematisch erscheint aber, dass die Autoren in der Studie zwar eine – wie sie zugeben – willkürliche Grenze für Extremwerte (zwei Standardabweichungen) wählen, oberhalb deren die Frauen hoch belastet sind – dieser Be-

zugspunkt fehlt jedoch in der Praxis. Bei der Umsetzung in den Alltag resultiert hier das Hauptproblem: Ab welcher geäußerten Belastung ist eine Intervention erforderlich? Vor einer generellen Übernahme wäre aus psychoonkologischer Perspektive daher anzufügen, dass Befragung und Selbstbeurteilung dann Sinn machen, wenn der Untersucher das Ergebnis richtig zu deuten weiß: Patienten verbergen oft vor sich selbst emotional belastende Inhalte. Wer abblockt, fällt aus dem Raster. Jedoch: „Einmal ängstlich – immer ängstlich“ (zumindest in den ersten 4 Monaten) erscheint auch zu kurz gegriffen. Dies legt zwar die Nähe zu persönlichkeitspezifischen Verarbeitungsmustern nahe, berücksichtigt jedoch nicht, dass Krankheitsverarbeitung angemessene Zeit benötigt und die in vielen Studien so wesentliche Lebensqualität ein weit komplexeres Konstrukt darstellt. Sind die Frauen überdurchschnittlich belastet, ergibt sich die Frage: Welcher Inhalt liegt den Sorgen zugrunde? Handelt es sich um eine „normale“ psychische Anpassungsstörung oder eine klinisch relevante Depression? Fehlen Ressourcen im psychosozialen Umfeld? Selbst behandeln oder überweisen? Auch aus anderen Bereichen der psychosomatischen Medizin ist bekannt, dass nicht unbedingt die objektiven Erkrankungsbedingungen des Patienten für das psychische Befinden wegweisend sind (in der Studie versagt die sonst prognostisch so bedeutsame somatische Krankheitschwere), sondern die subjektive Bewertung. Hierfür sind klinische Erfahrung, Schulung und Einfühlungsvermögen erforderlich [1]. Als zentral erscheinen eine gute Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt, Klinik und psychoonkologisch-psychotherapeutisch versierten Ärzten und Psychologen. Regionale relevante Adressen finden sich auf der Homepage des Krebsinformationsdienstes Heidelberg (KID, www.krebsinformation.de) und der dapo (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie, www.dapo-ev.de).

Doris Pouget-Schors, München

Literatur

1. Butow PN, Brown RF, Cogar S, et al. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology* 2002;11:47–58.
2. Faller H. Krankheitsbewältigung bei Brustkrebs. In: Untch M, Sittek H, Bauerfeind I, et al., Hrsg. Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms – State of the Art. München: Zuckschwerdt, 2002:542–9.
3. Neises M, Bartsch S, Dohnke H, et al. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2002 der DGPF, „edition psychosozial“. Gießen: Psychosozial Verlag, 2002.
4. Schmid-Ott G, Söllner W. Allgemeine und spezielle Screening-Instrumente und ihre Verbreitung. In: Herzog T, Stein B, Hrsg. Praxisleitlinien für die Konsiliar- und Liaisonversorgung in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin. ((■Verlag?): Freiburg, 1999:60–9 (Quellentext <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt012.htm>).

Schlüsselwörter: Brustkrebs, psychoonkologisches Screening, psychische Situation