

## Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung

Alexander deVries<sup>1</sup>, Wolfgang Söllner<sup>2</sup>, Eva Steixner<sup>1</sup>, Verena Auer<sup>2</sup>, Gabriele Schiessling<sup>2</sup>, Arpad Stzankay<sup>1</sup>, Wolfgang Iglseder<sup>1</sup>, Peter Lukas<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Tumorpatienten fühlen sich vor allem am Beginn einer strahlentherapeutischen Behandlung belastet. Der Mangel an ausreichendem Wissen über die Art und das Ausmaß der Belastung sowie über die Einstellung der Patienten gegenüber psychosozialer Unterstützung erschwert die Ausarbeitung adäquater Unterstützungsangebote.

**Patienten und Methoden:** Bei einer konsekutiven Stichprobe von Krebspatienten am Beginn der strahlentherapeutischen Behandlung (n = 117) wurde die Belastung durch die Tumorerkrankung mit der Kurzform des Hornheider Fragebogens untersucht. Das Interesse an professioneller psychosozialer Unterstützung wurde mit Hilfe des Fragebogens zur psychosozialen Unterstützung erhoben. Letztere wurde in einen an den behandelnden Onkologen sowie an einen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter gerichteten Unterstützungswunsch differenziert.

**Ergebnisse:** Patienten mit schlechter Prognose und fortgeschrittener Erkrankung waren stärker belastet als Patienten mit günstiger Prognose und lokalisierter Tumorerkrankung. Psychosoziale Unterstützung durch den behandelnden Onkologen allein wurde von 32,7%, Unterstützung durch den behandelnden Onkologen und zusätzlich durch einen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter wurde von 40,6% der Patienten gewünscht. Der Unterstützungswunsch korrelierte mit dem Ausmaß der Belastung, nicht jedoch mit klinischen oder soziodemographischen Variablen.

**Schlußfolgerungen:** Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der Fortbildung von Onkologen im psychosozialen Bereich und der Einrichtung adäquater psychosozialer Versorgungsstrukturen.

**Schlüsselwörter:** Krebs · Strahlentherapie · Streß · Soziale Unterstützung · Psychosoziale Betreuung · Psychotherapie

### Psychosocial Distress and Need for Supportive Counselling in Patients during Radiotherapy

**Purpose:** Psychosocial distress and patient attitude towards psychosocial support as well as the correlations with clinical and sociodemographic characteristics should be assessed.

**Methods:** The stress due to cancer was measured in a consecutive sample of tumor patients at the start of radiotherapy (n = 117) by use of the Hornheide Questionnaire. In addition, the interest of these patients in professional psychosocial support was assessed with the help of the Questionnaire for Psychosocial Support.

**Results:** Patients in the course of radiotherapy and patients with a poor prognosis and advanced disease were more strongly distressed. 32.7% of patients wished professional psychosocial support from the oncologist treating them, 40.6% of the patients wished support from the oncologist and additionally from a psychotherapist or social worker. Interest in professional psychosocial support correlated with the amount of distress, but not with sociodemographic variables.

**Conclusions:** Results stress the importance of training programs for oncologists in order to improve their ability to detect psychosocial distress in cancer patients and to offer adequate emotional support to them.

**Key Words:** Cancer · Radiotherapy · Distress · Social support · Psychosocial care

Einige Publikationen der letzten Jahre haben die psychosoziale Belastung von Tumorpatienten vor und während der Strahlentherapie und den Bedarf an psychosozialer Intervention evaluiert [2–4, 8]. Die Ergebnisse sind zum Teil widersprüchlich und werden kontrovers diskutiert. Nicht nur die Krebserkrankung selbst, sondern auch die Therapie der Erkrankung hat einen starken Einfluß auf die Lebensqualität der Patienten [12]. Der Bereich der Radioonkologie

stellt insofern eine Besonderheit dar, als der Patient die Strahlentherapie in den meisten Fällen als additive oder adjuvante Therapieform erhält, häufig eine relativ lange Wartezeit bis zum Beginn der Therapie in Kauf nehmen muß und die Strahlentherapie noch immer in der Bevölkerung Unbehagen hervorruft, da häufig unbegründete Vorurteile aufgrund mangelnder Aufklärung in bezug auf die „Strahlen“ bestehen.

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie (Vorstand: Prof. Dr. P. Lukas) und

<sup>2</sup>Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie (Vorstand: Prof. Dr. G. Schüßler), Innsbruck, Österreich.

Eingang des Manuskripts: 18. 11. 1997.

Annahme des überarbeiteten Manuskripts: 27. 2. 1998.

Gegensätzliche Untersuchungsergebnisse bestehen über den Wunsch der Patienten nach professioneller psychosozialer Unterstützung. So berichteten Hohenberg et al. [4], daß 90% der nach erfolgter strahlentherapeutischer Behandlung befragten Patienten den Wunsch nach einem Gespräch mit einem Psychologen oder Sozialarbeiter ablehnten. Demgegenüber erhoben Lamszus et al. [7] bei einem Drittel der Patienten einen Unterstützungswunsch. Beide Arbeitsgruppen betonten aber, daß eine rechtzeitige Identifizierung von belasteten Patienten von entscheidender Bedeutung für eine eventuelle psychosoziale Intervention sei. Erschwerend dabei erscheint, daß ein Teil der Patienten Belastungen zum Teil zugunsten eines Zweckoptimismus verdrängt [3, 8].

Zur Erkennung der Belastung und Durchführung psychosozialer Interventionen existiert kein einheitliches Konzept. 1995 erarbeitete die internationale Konsensuskonferenz „Psychosocial Support in Cancer Care“ [6] folgende Leitlinien zur Indikationen für die psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten:

- Die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal sollen eine basale emotionale und praktische psychosoziale Unterstützung für alle Patienten und ihre Angehörigen bereitstellen.
- Darüber hinaus sollte professionelle psychosoziale Unterstützung denjenigen Krebspatienten und deren Angehörigen angeboten werden, die sich stark belastet fühlen und über keine ausreichenden Verarbeitungsmöglichkeiten ihrer Erkrankung oder keine ausreichende Unterstützung aus ihrem sozialen Netzwerk verfügen. Außerdem sollte psychotherapeutische Unterstützung jenen Patienten zur Verfügung gestellt werden, die eine solche von sich aus wünschen.
- In bestimmten Phasen der Erkrankung ist psychosoziale Unterstützung besonders wichtig: zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, während belastender medizinischer Behandlungen (wie zum Beispiel der Strahlentherapie), beim Auftreten von Rezidiven oder Metastasen und in der terminalen Phase.

In verschiedenen Studien wurde ein Auseinanderklaffen zwischen dem Unterstützungsbedarf, der meist über die Höhe der Belastung definiert wurde, und dem subjektiven Bedürfnis der Patienten nach Unterstützung gefunden [1, 3, 19]. Unklar ist auch, ob Patienten mit schlechterer Prognose und fortgeschrittener Erkrankung eher Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, folgende Parameter einzuschätzen:

1. Natur und Ausmaß des psychosozialen Distreß der Patienten,
2. ihren Wunsch nach Unterstützung durch a) den behandelnden Arzt und b) durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter;
3. außerdem wird untersucht, inwieweit die Belastung und der Wunsch nach Unterstützung mit krankheitsspezifischen und soziodemographischen Variablen korrelieren.

Wir wollten dabei die Hypothesen prüfen, daß a) Patienten mit einer schlechteren Prognose und fortgeschritteneren Erkrankung sich stärker belastet fühlen und b) häufiger einen Unterstützungswunsch äußern sowie daß c) das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Belastung durch die Erkrankung bzw. durch die Therapie mit dem Unterstützungswunsch korreliert.

## Patienten und Methoden

### Patienten

Untersucht wurde eine Stichprobe von konsekutiven Krebspatienten, die neu zur Strahlentherapie zugewiesen wurden. Sie mußten die deutsche Sprache ausreichend gut beherrschen, um die Fragebögen zuverlässig beantworten zu können. Von 117 Patienten nahmen 101 (85%) an der Untersuchung teil. Von den 16 Nichtteilnehmern konnten neun Patienten aus organisatorischen oder „technischen“ Gründen (zum Beispiel keine Brille) nicht erfaßt werden, und acht Patienten wollten nicht an der Untersuchung teilnehmen. Die Nichtteilnehmer waren häufiger in palliativer Behandlung als die Teilnehmer. Ansonsten bestanden keine klinischen oder soziodemographischen Unterschiede.

Von den 101 Studienteilnehmern wurden 61,4% der Patienten wegen eines Primärtumors behandelt, 28,7% der Patienten litten an einer rezidivierenden oder metastasierenden Tumorerkrankung. Die größte Diagnosegruppe waren Mammakarzinome (31%), gefolgt von Karzinomen der Lunge (15%) und des HNO-Bereichs (10%). Die Verteilung auf die übrigen Diagnosegruppen ist aus Tabelle 1 zu entnehmen. Bei 48,5% der Patienten wurde die Behandlung als kurativ, bei 46,5% als palliativ eingeschätzt. Tumorprogrezienz und Alter korrelierten nicht (Alter bei lokalisierter Erkrankung: MW = 58,0 ± 12,5; bei rezidivierender oder metastasierender Erkrankung: MW = 59,7 ± 12,7).

Die soziodemographischen Daten der Stichprobe sind in Tabelle 2 dargestellt. Zwei Drittel der Patienten waren verheiratet oder lebten in einer Lebensgemeinschaft.

	Frauen (n = 58)	Männer (n = 43)
<b>Diagnose</b>		
Tumoren im HNO-Bereich	1	9
Bronchialkarzinome	5	10
Mammakarzinome	31	
Gynäkologische Tumoren	9	
Prostatakarzinome		8
Hirntumoren	4	4
Lymphome	1	4
Kolorektale Tumoren	3	2
Sonstige	4	6
<b>Tumorstadium</b>		
Primum T1 oder 2, M0	27	11
Primum T3 oder 4, M0	8	16
Primum M1	2	6
Rezidiv M0	5	3
Rezidiv M1	11	2
Keine TNM-Klassifikation	5	5
<b>Therapie</b>		
Kurativ	32	17
Palliativ	24	23
Keine klare Zuordnung	2	3

Tabelle 1. Klinische Daten der Stichprobe.

Table 1. Clinical characteristics of the sample.

*Untersuchungsgang und -instrumente*

Die Patienten wurden nach dem Erstgespräch und der Eingangsuntersuchung in der strahlentherapeutischen Ambulanz vom Arzt über die Ziele der Studie informiert und gebeten, daran teilzunehmen. Bei Zustimmung beantworteten die Patienten die folgenden Fragebögen:

	Frauen (n = 58)	Männer (n = 43)
<i>Alter</i>		
< 40 Jahre	5	4
40–49 Jahre	11	9
50–59 Jahre	20	6
60–69 Jahre	13	13
≥ 70 Jahre	9	11
<i>Familienstatus</i>		
Verheiratet oder Lebensgemeinschaft	31	32
Ledig und alleinlebend	8	5
Getrennt oder geschieden	8	3
Verwitwet	8	
Fehlende Angaben	3	3
<i>Höchster Schulabschluß</i>		
Volks- oder Hauptschule	24	15
Berufsschule	22	15
Abitur oder Universität	6	8
Fehlende Angaben	6	5
<i>Wohnort</i>		
Ländlicher Bereich (< 100 000 Ew)	43	32
Städtischer Bereich (> 100 000 Ew)	11	7
Fehlende Angaben	4	4

Tabelle 2. Soziodemographische Daten der Stichprobe.

Table 2. Sociodemographic characteristics of the sample.

Die Belastung der Patienten wurde mit der Kurzform des Hornheider Fragebogens (HF-9) [17] erhoben. Der Hornheider Fragebogen ist ein klinisch erprobtes Instrument zur Erfassung der subjektiv eingeschätzten Belastung bei Tumorkranken. Mit Hilfe von neun Items und fünfteiligen Likert-Skalen (Tabelle 3) werden verschiedene Bereiche der tumorspezifischen Belastung erhoben. Der Fragebogen erwies sich in einer Validierungsstudie an über 800 Patienten als valide und reliabel zur Erfassung krankheitsabhängiger Belastung bei Hauttumorpatienten (Cronbachs  $\alpha$  in unserer Stichprobe = ,80). Die Kurzform des Fragebogens ist so konstruiert, daß sie generell bei Krebspatienten eingesetzt werden kann [17]. Die Autoren entwickelten mit Hilfe eines mathematischen Algorithmus und klinischer Interviews für jedes Item (Item 3 und 6 wurden wegen der inhaltlichen Überlappung zusammengezogen) und für den Summenwert Belastungsschwellenwerte. Bei Überschreitung eines dieser Schwellenwerte empfehlen sie eine psychosoziale Unterstützung des Patienten. Wir haben in unserer Stichprobe mit derselben Methode Schwellenwerte berechnet. Diese entsprechen bis auf zwei Ausnahmen den von Strittmatter bei Hauttumorpatienten publizierten Werten: Wegen der insgesamt stärker belasteten Stichprobe von Patienten in strahlentherapeutischer Behandlung sind die Schwellenwerte für Item 4 (Sorgen bezüglich des Berufs) und den Summenwert etwas höher (Tabelle 3).

Das Interesse der Patienten an psychosozialer Unterstützung durch die behandelnden Ärzte bzw. durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter wurde mit Hilfe des Fragebogens zur psychosozialen Unterstützung (F-PSU) [15] erhoben. Dabei wurden die Patienten gefragt, ob sie an „zusätzlichen unterstützenden Gesprächen mit dem behandelnden Arzt“, an „Gesprächen mit einem psychotherapeutisch ausgebildeten Arzt oder Psychologen“ oder an „sozialrechtlicher Beratung“ hier in der Klinik interessiert seien.

Bitte entscheiden Sie für jede der folgenden Belastungen, ob diese in der letzten Woche für Sie zutraf oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen; wenn nein, kreuzen Sie „trifft nicht zu“ an:

	Trifft nicht zu	Trifft zu und belastet mich					Schwellenwert
		kaum			sehr stark		
1. Ich mache mir häufig Sorgen	0	1	2	3	4	5	≥ 4
2. Ich kann nicht entspannen und zur Ruhe kommen	0	1	2	3	4	5	≥ 3
3. Ich habe Angst vor dem Leben mit der Krankheit	0	1	2	3	4	5	
4. Ich traue mir nicht zu, meine gewohnte Arbeit wieder aufzunehmen bzw. ihr nachzugehen	0	1	2	3	4	5	≥ 3
5. Ich fühle mich körperlich weniger leistungsfähig als vor der Erkrankung	0	1	2	3	4	5	≥ 4
6. Der Gedanke, daß der Tumor weitergehen könnte, macht mir Angst	0	1	2	3	4	5	
7. Ich befürchte, daß andere Menschen mich aufgrund des veränderten Aussehens ablehnen könnten	0	1	2	3	4	5	≥ 2
8. Es fällt mir schwer, mit meinen nächsten Angehörigen über meine Sorgen und Ängste zu sprechen	0	1	2	3	4	5	≥ 2
9. Ich fühle mich über Krankheit und Behandlung nicht ausreichend informiert	0	1	2	3	4	5	≥ 2
					Item 3 + Item 6		≥ 7
					Summenwert		≥ 18

Tabelle 3. Hornheider Fragebogen, Kurzform (HF-9).

Table 3. Hornheide Questionnaire, short form.

Der Radioonkologe, der die ärztliche Untersuchung durchführte, dokumentierte die wesentlichen klinischen krankheitsbezogenen Daten auf einem eigenen Bogen.

Statistische Verfahren

Für Häufigkeitsvergleiche bei Nominalskalen wurden  $\chi^2$ -Tests, für Gruppenvergleiche bei zumindest ordinalskalierten Skalen t-Tests und einfaktorielle Varianzanalysen mit Student-Newman-Keuls-Adjustierung berechnet. Statistische Vergleiche zur Überprüfung gerichteter Hypothesen (Zusammenhang zwischen Belastung und Krankheitsstadien bzw. zwischen Belastung und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung) wurden einseitig, alle übrigen Verleiche zweiseitig durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde  $p < ,05$  angenommen. Alle Berechnungen wurden mit den Statistical Package for Social Sciences (SPSS) durchgeführt.

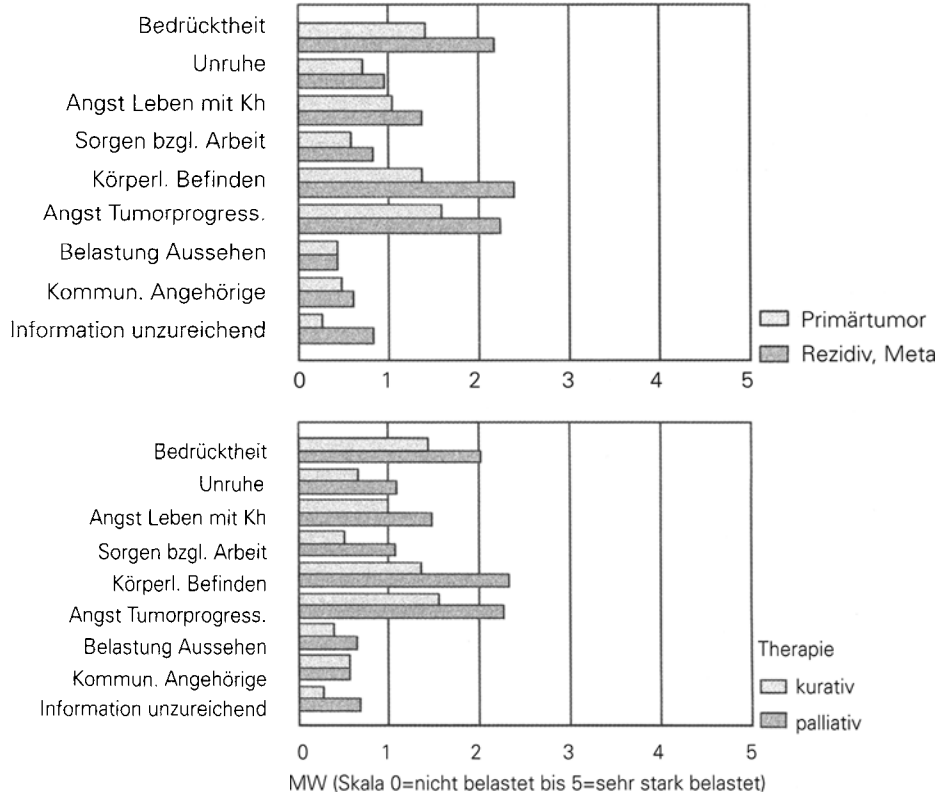
Ergebnisse

Patienten mit progredienter Tumorerkrankung (Rezidive und/oder Metastasierung) fühlten sich körperlich belasteter ( $t = 2,70, p = ,016$ ) und tendenziell seelisch bedrückter ( $t = 2,20, p = ,068$ ) als Patienten mit lokalisiertem Primärtumor. Ebenso gaben Patienten, deren Behandlung als palliativ eingeschätzt wurde, mehr körperliche Beschwerden ( $t = 2,75, p = ,014$ ) und tendenziell mehr psychische Belastung (Angst vor einem Fortschreiten der Krebserkrankung:  $t = 2,01, p = ,094$ ; Bedrücktheit:  $t = 1,99, p = ,098$ ; Sorgen um die Wiederaufnahme der Arbeit:  $t = 2,06, p = ,086$ ) an als Patienten mit kurativer Behandlung (Abbildung 1).

Die Belastung korrelierte auch mit einigen soziodemographischen Variablen (Abbildung 2): Frauen äußerten

Abbildung 1. Belastung (Items des HF-9) und klinische Charakteristika.

Figure 1. Stress and clinical characteristics.



	Frauen	Männer
Kein Interesse an Unterstützung	11 (19%)	10 (23%)
Unterstützung nur durch Onkologen	18 (31%)	15 (35%)
Unterstützung durch Onkologen und Psychotherapeuten/ Sozialarbeiter	26 (45%)	15 (35%)
Keine Angaben	2 (3,5%)	3 (7%)

Tabelle 4. Interesse an psychosozialer Unterstützung.

Table 4. Interest in psychosocial support.

mehr Angst vor einer Tumorprogression als Männer ( $t = -2,14, p = ,035$ ). Die Belastung wegen des veränderten Aussehens war bei Patienten in mittlerem Lebensalter ausgeprägter als bei jüngeren und älteren Patienten ( $F = 4,0, dF = 2, p = ,021$ ). Patienten aus dem ländlichen Bereich und Patienten mit geringerer Schulbildung fühlten sich weniger umfassend über die Krebserkrankung informiert als gebildete Patienten ( $t = 2,63, p = ,010$ ) und Patienten aus dem städtischen Bereich ( $t = 2,51, p = ,014$ ). Patienten mit geringerer Bildung äußerten auch mehr Sorge vor einem Verlust des Arbeitsplatzes als Folge der Erkrankung ( $t = 2,75, p = ,009$ ).

Patienten äußerten insgesamt ein großes Interesse an psychosozialer Unterstützung (Tabelle 4). 73,3% der Patienten wünschten sich zusätzliche unterstützende Gespräche mit einem der behandelnden Ärzte. 41,6% der Patienten waren an psychotherapeutischer oder sozialrechtlicher Beratung interessiert. Bis auf eine Patientin wünschten von den letzteren alle auch Unterstützung durch die behandelnden Ärzte. Nur

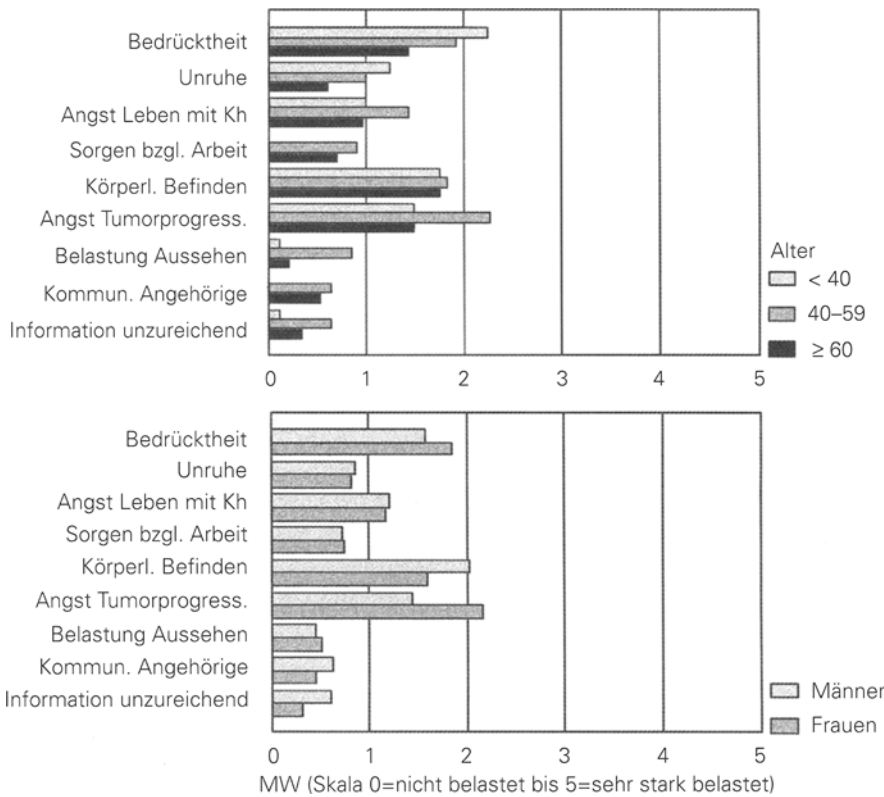


Abbildung 2. Belastung (Items des HF-9) und soziodemographische Charakteristika.  
Figure 2. Stress and sociodemographic characteristics.

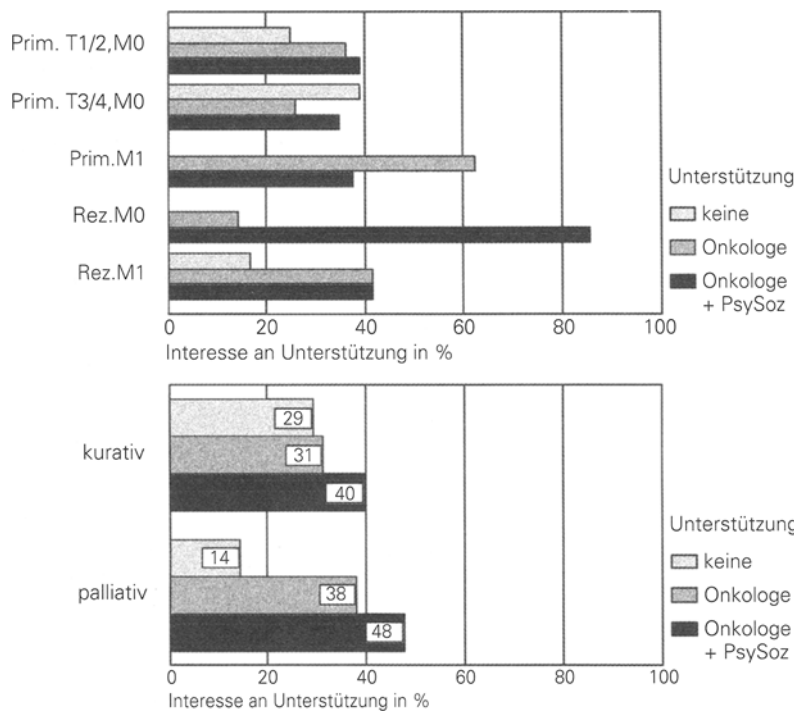


Abbildung 3. Interesse an psychosozialer Unterstützung und klinische Charakteristika.  
Figure 3. Interest in psychosocial support and clinical characteristics.

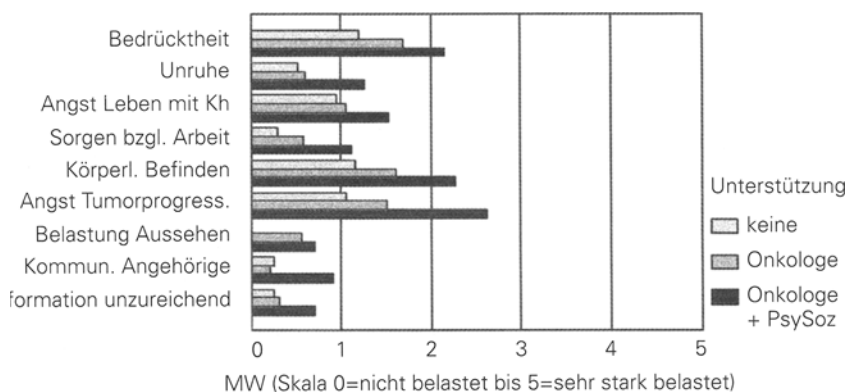
20,8% der Patienten gaben an, keine zusätzlichen Gespräche zu wünschen.

Mehr Frauen als Männer waren an psychotherapeutischer oder sozialarbeiterischer Unterstützung interessiert; dieser Unterschied war aber nicht statistisch signifikant. Das Inter-

esse an psychosozialer Unterstützung korrelierte nicht, wie erwartet, mit dem Alter, der Bildung und ländlichem oder städtischem Wohnort. Patienten mit rezidivierender oder metastasierender Erkrankung zeigten mehr Interesse an Unterstützung sowohl durch die Ärzte als auch durch Psychotherapeuten und Sozialarbeiter (Abbildung 3, Tabelle 4).

Abbildung 4. Belastung (Items des HF-9) und Interesse an psychosozialer Unterstützung.

Figure 4. Stress and interest in psychosocial support.



Patienten mit Malignomen des Gehirns und im HNO-Bereich hatten insgesamt den stärksten Unterstützungswunsch. Neben diesen beiden Diagnosegruppen äußerten Mammakarzinompatientinnen am häufigsten, an Gesprächen mit Psychotherapeuten bzw. Sozialarbeitern interessiert zu sein. Für statistische Vergleiche zwischen den Diagnosegruppen reichte allerdings der Stichprobenumfang nicht aus.

Patienten, die zusätzliche unterstützende Gespräche wünschten, fühlten sich insgesamt stärker belastet als Patienten, die kein Interesse daran hatten (Abbildung 4). Dabei gaben Patienten, die Interesse an ärztlicher Unterstützung äußerten, mehr Angst vor einem Fortschreiten des Tumors, mehr bedrückte Stimmung und mehr Sorgen um die Wiederaufnahme der Arbeit an als Patienten, die keine ärztliche Unterstützung wünschten. Patienten, die Interesse an zusätzlicher Unterstützung durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter äußerten, gaben in fast allen Belastungsdimensionen höhere Werte an als Patienten, die kein Interesse an einer solchen Unterstützung hatten.

37 Patienten (36,6%) gaben eine über den Schwellenwerten des HF liegende Belastung an. Diese Patienten äußerten signifikant häufiger einen Unterstützungswunsch als Patienten mit unterschwelliger Belastung (Tabelle 5). 60% der über Schwellenwert belasteten Patienten wünschten neben der Unterstützung durch Onkologen auch eine solche durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter. Nur vier dieser Patienten wollten weder unterstützende Gespräche mit einem Onkologen noch mit einem Psychotherapeuten.

Wunsch nach Unterstützung	Belastung unter Schwellenwert	Belastung über Schwellenwert
Keiner	16 (29,1%)	4 (10,8%)
Durch Onkologen	21 (38,2%)	11 (29,7%)
Durch Onkologen und Psychotherapeuten/ Sozialarbeiter	18 (32,7%)	22 (59,5%)
Gesamt	55 (100%)	37 (100%)

Tabelle 5. Vergleich zwischen Belastungsausmaß (über/unter Schwellenwert im HF-9) und subjektivem Unterstützungswunsch der Patienten ( $\chi^2 = 7,49$ ; dF = 2;  $p = ,024$ ; fehlende Werte bei neun Patienten).

Table 5. Comparison between distress (above cut-off values of the HF-9) and patient interest in psychosocial support.

### Diskussion

Insgesamt fühlten sich die Patienten am Beginn der strahlentherapeutischen Behandlung stark belastet. Dies entspricht Ergebnissen anderer Studien [2, 5, 8, 20]. Neben körperlichen Beschwerden und affektiven Störungen (Bedrücktheit und innere Unruhe) gaben die Patienten vor allem Ängste vor einer Tumorprogression an. Nicht überraschend zeigten Patienten mit rezidivierender oder metastasierender Erkrankung oder palliativer Therapieintention ein größeres Ausmaß an Belastung. Die ausgeprägte Angst vor einem Fortschreiten des Tumors und die Beeinträchtigung des Aussehens bei Frauen zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr hängt wahrscheinlich mit der großen Gruppe von Brustkrebspatientinnen in unserer Stichprobe zusammen. Ein niedrigerer Ausbildungsstand und ein Wohnort im ländlichen Bereich korrelierten mit dem Gefühl, unzureichend über die Erkrankung informiert zu sein. Soziokulturelle Unterschiede zwischen diesen Patienten und den behandelnden Ärzten sowie das bei diesen Patienten stärker ausgeprägte traditionell hierarchische Rollenmuster zwischen Arzt und Patient sind mögliche Erklärungen dafür.

Drei Viertel der Patienten wünschten unterstützende Gespräche mit ihren behandelnden Onkologen. Je fortgeschrittener die Tumorerkrankung war, desto höher war der Wunsch nach dieser Unterstützung. Diese Ergebnisse stimmen mit denen einer Untersuchung bei Melanompatienten [13, 16] überein. Sie unterstreichen den Bedarf nach einer gezielten psychosozialen Fortbildung der Onkologen, damit diese einerseits psychosoziale Belastungen der Patienten besser erkennen und andererseits adäquate Unterstützung anbieten können. Solche Trainingsprogramme wurden von Arbeitsgruppen in England, Deutschland und der Schweiz [9–11] entwickelt und evaluiert. Unsere Ergebnisse legen darüber hinaus nahe, daß Fortbildungskurse in ärztlicher Gesprächsführung besonders die Kommunikation mit weniger gebildeten und aus dem ländlichen Bereich stammenden Patienten berücksichtigen sollen.

Zusätzlich zu dem Wunsch nach stärkerer ärztlicher Unterstützung äußerte mehr als ein Drittel der Patienten den Wunsch nach Gesprächen mit einem Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter. Diese Patienten zeigten das höchste Ausmaß an Belastung und gaben Schwierigkeiten an, mit ihren Angehörigen über die Erkrankung sprechen zu können. Unsere Studie zeigte im Vergleich zu vorherigen Studien einen wesentlich höheren Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Im Gegensatz zu Frischenschlager et al. [3], die eine Befragung der Patienten bezüglich einer solchen Unterstützung nach ab-

geschlossener Strahlentherapie durchführten und bei denen nur 9% einen Wunsch nach Unterstützung durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter äußerten, befragten wir unsere Patienten während der ärztlichen Routineuntersuchung zu Beginn der Strahlentherapie. Ergebnisse der Untersuchung von Forester et al. [2] und Lamszus et al. [8] weisen darauf hin, daß Patienten sich zu Beginn der Strahlentherapie stärker belastet fühlen als im weiteren Verlauf. Außerdem hatten wir die Möglichkeit, den Patienten mit großer Belastung eine psychotherapeutische Unterstützung direkt in Anschluß an die Auswertung der Fragebögen anzubieten.

Im Gegensatz zur häufig geäußerten Meinung gab es in unserer Erhebung keine Korrelation zwischen Interesse an psychosozialer Unterstützung und Alter, Geschlecht, höherem Ausbildungsstand und Wohnort.

Drei methodische Probleme schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Studie ein:

1. Die Stichprobengröße erlaubt keine Differenzierung der Belastung der Patienten und ihres Unterstützungswunsches nach Diagnosegruppen. Die Studie weist aber darauf hin, daß bestimmte Tumorarten aufgrund ihrer Lokalisation oder ihrer raschen Progredienz (Hirntumoren, Tumoren im HNO-Bereich, Bronchuskarzinome) mit höherer Belastung einhergehen.
2. Aus Gründen der Praktikabilität der Untersuchung wurde nur die Kurzform des Hornheider Fragebogens als Screening-Instrument zur Erhebung der Belastung eingesetzt. Dadurch ist eine valide Untersuchung von Mustern der psychosozialen Belastung nicht möglich, sondern lediglich eine

#### Literatur

1. Beutel M, Henrich G, Sellschopp A, et al. Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Versorgung Krebskranker – am Beispiel der onkologischen Tagesklinik. *Psychother Med Psychol* 1996;46:304–11.
2. Forester BM, Kornfeld DS, Fleiss J. Psychiatric aspects of radiotherapy. *Am J Psychiat* 1978;135:960–3.
3. Frischenschlager O, Wagner-Nosiska D, Kropiunigg U, et al. Krankheitsbewältigung radioonkologischer Patienten im Vergleich. *Strahlenther Onkol* 1992;168:270–4.
4. Hohenberg G, Wandl-Hainberger I. Ambulante radioonkologische Patienten – Informations- und Betreuungsstand. *Österr Arzteztg* 1988;43:36–42.
5. Hohenberg G, Frischenschlager O. Krankheitsverarbeitung und Therapiebewältigung bei Krebspatienten unter besonderer Berücksichtigung der Radiotherapie. *Strahlenther Onkol* 1989;165:797–801.
6. Kiss A, Cavalli F, Cull A, et al. Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement. *Support Care Cancer* 1995;3:270–1.
7. Lamszus K, Verres R, Hübener KH. Die Belastungssituation radioonkologischer Patienten – Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung. *Röntgenpraxis* 1993;46:292–6.
8. Lamszus K, Verres R, Hübener KH. Wie erleben Patienten die Strahlentherapie? *Strahlenther Onkol* 1994;170:162–8.
9. Langewitz W, Buntschuh BW, Kiss A, et al. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient – Standortbestimmung ihrer Qualität und Verbesserungsmöglichkeiten. *Schweiz Med Wochenschr* 1992;122:475–80.
10. Maguire P, Booth K, Elliott C, et al. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *Eur J Cancer* 1996;9:1486–9.
11. Metzmacher M, Kredel J, Schwarz R. Weiterbildung Psychosoziale Onkologie: Erste Ergebnisse der evaluativen Begleitforschung. *Forum Dtsch Krebsges* 1996;11:124–8.
12. Möhring P. Die Arzt-Patient-Beziehung in der onkologischen Therapie. In: Scheer JW, Brähler E, Hrsg. *Ärztliche Maßnahmen aus psychologischer Sicht*. Berlin–Heidelberg–New York: Springer, 1984:89–97.

Einschätzung der psychosozialen Unterstützungsbedürftigkeit. Der Einsatz zusätzlicher Instrumente zur Erhebung der Belastung, insbesondere von Angst und Depressivität, sollte in künftigen Studien erwogen werden.

3. Die in dieser Studie verwendeten Schwellenwerte des HF-9 wurden bei Patienten mit Hauttumoren entwickelt. Bislang liegen keine Untersuchungen zu Schwellenwerten bei größeren Stichproben von Patienten mit anderen Tumoren und Patienten in strahlentherapeutischer Behandlung vor. Die signifikante Korrelation zwischen Belastungsschwellenwert und subjektivem Unterstützungswunsch der Patienten ist nur ein Maß für die Validität und klinische Relevanz dieser Schwellenwerte. Vergleiche mit klinischen Interviews und mit anderen Instrumenten zur Erfassung der Belastung bei Patienten in strahlentherapeutischer Behandlung sind für die weitere Validierung nötig. Aus diesem Grund sind die diesbezüglichen Ergebnisse unserer Untersuchung lediglich als vorläufige Resultate zu verstehen.

Trotz dieser Einschränkungen unterstreichen die in dieser Studie gezeigte hohe Belastung der Patienten und deren ausgeprägtes Interesse an psychosozialer Unterstützung den Bedarf an adäquaten psychosozialen Angeboten im Rahmen strahlentherapeutischer Einrichtungen. Psychosoziale Dienste, die in onkologische Abteilungen integriert sind und so eine enge Kooperation mit dem onkologischen Team ermöglichen (sogenannte Liaisondienste) scheinen dazu besser geeignet zu sein als bei Bedarf von außen zugezogene Konsiliar Dienste [8, 14, 18]. Ein solcher Liaisondienst sollte sowohl psychotherapeutische als auch sozialarbeiterische Unterstützung anbieten können.

13. Söllner W, Mairinger G, Zingg-Schir M, et al. Krankheitsprognose, psychosoziale Belastung und Einstellung von Melanompatienten zu psychotherapeutischen Maßnahmen. *Hautarzt* 1996;47:200–5.
14. Söllner W, Kantner-Rumplmair W, Lampe A, et al. Liaison–Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus: Aufgaben und Probleme bei der Etablierung psychotherapeutischer Dienste. *Psychother Forum* 1997;5:92–101.
15. Söllner W, Rumpold G, Zingg-Schir M, et al. Soziales Netzwerk und psychosoziale Unterstützung bei Krebspatienten: Eine Untersuchung bei einer konsekutiven Stichprobe von Melanompatienten und Patienten vor der strahlentherapeutischen Behandlung. *Psychologie Med* 1997;8:11–20.
16. Söllner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, et al. Need for supportive counselling – the professionals' versus the patients' perspective: A survey in a representative sample of 236 melanoma patients. *Psychother Psychosom* 1998;67:94–104.
17. Strittmatter G. Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. Münster–New York: Internationale Hochschulschriften, Waxmann, 1997.
18. Weis J, Bartsch HH, Nagel GA, et al. Psychosocial care for cancer patients: a new holistic psychosomatic approach in acute care and rehabilitation. *Psycho–Oncology* 1996;5:51–4.
19. Worden JW, Weisman AD. Do cancer patients really want counseling? *Gen Hosp Psychiat* 1980;2:100–3.
20. Yonke G. Emotional response to radiotherapy. *Hosp Top* 1967;45:107–8.

*Korrespondenzanschrift: Ass.-Prof. Dr. Wolfgang Söllner, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck, Österreich, Telefon (+43/512) 586335-12, Fax -6, e-mail: wolfgang.soellner@uibk.ac.at*