

Aus der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und
Psychotherapie, Campus Charité Mitte,
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Zusammenhang zwischen klinischen, psychosozialen und
soziodemographischen Faktoren und Angst und Depressivität
gemessen in der Hospital Anxiety and Depression Scale –
Deutsche Version (HADS-D) – zu einem definierten
postoperativen Zeitpunkt bei Patientinnen mit Brustkrebs

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Juliane Ketterer

aus Rostock

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. med. M. Rauchfuß
2. Prof. Dr. Dr. med. M. Neises
3. Prof. Dr. Dr. med. A. Schneider

Datum der Promotion: 28.11.2008

Datum der Zeugnisübergabe: 27.03.2009

Meinen Eltern und Geschwistern

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Epidemiologische Daten und Versorgungsstrukturen	1
1.2	Psychoonkologische Versorgung am Campus Charité Mitte	2
1.3	Bedeutung von Angst und Depressivität	2
1.4	Screeningverfahren für Angst und Depressivität	4
1.5	Einflussfaktoren auf die Prävalenz der Angst und Depressivität	5
1.6	Fragestellung und Hypothesen	6
1.7	Zielstellung	8
2	Material und Methoden	9
2.1	Beschreibung der Stichprobe	9
2.1.1	Studienablauf	9
2.2	Instrumente	11
2.2.1	Klinische Daten	12
2.2.1.1	Staging	12
2.2.1.2	Operationsmethode	13
2.2.1.3	Menopausenstatus	14
2.2.1.4	Maligne Vorerkrankungen	14
2.2.1.5	Familiäre Brustkrebsbelastung	14
2.2.2	Soziodemographische Charakteristika	16
2.2.2.1	Lebensalter	16
2.2.2.2	Familienstand	16
2.2.2.3	Partnerschaft	16
2.2.2.4	Anzahl der Kinder	16
2.2.2.5	Schulabschluss, Berufsausbildung	16
2.2.3	Psychosoziale Charakteristika	17
2.2.3.1	Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde	17
2.2.3.2	Psychotherapieerfahrungen	17
2.2.3.3	Kritische Lebensereignisse	18
2.3	Datenanalyse	18
3	Ergebnisse	20
3.1	Deskriptive Ergebnisse	20
3.1.1	Klinische Variablen	20

3.1.1.1	TNM-Klassifikation	20
3.1.1.2	Operationsmethode.....	20
3.1.1.3	Menopausenstatus	20
3.1.1.4	Familiäre Brustkrebsbelastung.....	21
3.1.1.5	Maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte.....	21
3.1.2	Soziodemographische Variablen	23
3.1.2.1	Lebensalter	23
3.1.2.2	Familienstand.....	23
3.1.2.3	Partnerschaft.....	23
3.1.2.4	Anzahl der Kinder.....	23
3.1.2.5	Schulabschluss, Berufsausbildung	23
3.1.3	Psychosoziale Variablen	26
3.1.3.1	Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde.....	26
3.1.3.2	Psychotherapieerfahrungen	27
3.1.3.3	Kritische Lebensereignisse	28
3.1.4	Angst und Depressivität gemessen in der HADS	30
3.1.4.1	Ausprägung der Angst postoperativ	30
3.1.4.2	Ausprägung der Depressivität postoperativ	31
3.2	Klinische Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	32
3.2.1	Operationsmethode in Korrelation zu Angst und Depressivität	32
3.2.2	Menopausenstatus in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	34
3.2.3	Maligne Vorerkrankungen in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	36
3.2.4	Familiäre Brustkrebsbelastung in Korrelation zu Angst und Depressivität ..	36
3.3	Soziodemographische Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	39
3.3.1	Lebensalter in Korrelation zu Angst und Depressivität	39
3.3.2	Mutterschaft in Korrelation zu Angst und Depressivität	41
3.3.3	Schulabschluss und Berufsausbildung in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	41
3.3.4	Familienstand in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	45
3.4	Psychosoziale Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität	48
3.4.1	Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	48
3.4.2	Psychotherapieerfahrungen in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	49
3.4.3	Kritische Lebensereignisse in Korrelation zu Angst und Depressivität.....	53

3.5	Zusammenfassung der Korrelationsberechnungen	55
3.5.1	Zusammenhang zwischen klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und Angst	55
3.5.2	Zusammenhang zwischen klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und Depressivität.....	57
4	Diskussion	59
4.1	Brustkrebpatientinnen zeigen postoperativ ein hohes Maß an Angst und Depressivität	59
4.2	Die Operationsmethode zeigt sich in keiner Korrelation zu Angst und Depressivität	60
4.3	Keine Korrelation zwischen Patientinnen mit positiver Familienanamnese und Angst und Depressivität	61
4.4	Junge Frauen mit Brustkrebserkrankung zeigen postoperativ eine erhöhte Prävalenz von Angstsymptomatik	62
4.5	Mutterschaft zeigt sich in keiner Korrelation zu Angst und Depressivität.....	64
4.6	Bildung und Berufsausbildung werden häufig unterschätzt	64
4.7	Die wahrgenommene Unterstützung nimmt unabhängig von Familienstand und Partnerschaft einen hohen Stellenwert ein	66
4.8	Frauen, die sich bereits früher in psychotherapeutischer Behandlung befanden, sind besonders gefährdet	67
5	Zusammenfassung.....	69
6	Literaturverzeichnis	71
7	Anhang.....	80
7.1	SOZ (Sozialdaten)	80
7.2	BC-SOZ-Codierungen.....	85
7.3	HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version	96
8	Danksagung.....	100
9	Lebenslauf	101
10	Erklärung.....	103

1 Einleitung

1.1 Epidemiologische Daten und Versorgungsstrukturen

In Deutschland muss etwa jede zehnte Frau damit rechnen, im Verlauf ihres Lebens an Brustkrebs zu erkranken (1). Die Inzidenz variiert zwischen ca. 70-100 Erkrankungen/100.000 Frauen in den west- und nordeuropäischen Ländern und 25-40 Erkrankungen/100.000 Frauen in den ost- und südeuropäischen Ländern. Damit stellt das Mammakarzinom mit etwa 23% aller malignen Erkrankungen die häufigste Krebserkrankung der Frau dar (2). Wird die Mortalität durch das Mammakarzinom mit anderen Malignomerkrankungen verglichen, so nimmt sie Platz drei und für Frauen zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr sogar schon den ersten Platz ein (1). Erwähnenswert ist, dass die Inzidenz weltweit zunimmt. Miller et al. beschrieben eine Zunahme von 21% im Zeitraum von 1973 bis 1990 (3).

Das durchschnittliche Erkrankungsalter der Frauen für Brustkrebs liegt bei 63,5 Jahren (1). Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Die altersspezifische Inzidenz für die Entwicklung eines Mammakarzinoms liegt zwischen 50 und 70 Jahren um den Faktor fünf höher als im Alter zwischen 35 und 40 Jahren. In über 50% aller Ersterkrankungen sind die Frauen über 60 Jahre und ein Drittel aller Frauen über 70 Jahre alt (1). Die Mortalitätsrate beträgt in Südeuropa 15/100.000 und in Nordeuropa 29/100.000 Frauen. Dieses zeigt eine Abhängigkeit der Mortalitätsrate von der geographischen Lage (2). Es versterben in Deutschland pro Jahr etwa 19.000 Frauen an Brustkrebs (1).

Als Risikofaktoren für eine Mammakarzinom-Entstehung wird zwischen allgemeinen und determinierenden Risikofaktoren unterschieden. Zu den allgemeinen Faktoren zählen unter anderem Alter, Geschlecht, Lebensweise, Parität, Menarche- und Menopausenalter. Strahlenexposition, genetische Prädisposition und Hormonsubstitution werden hingegen zu den determinierenden Risikofaktoren gezählt (2).

Zu den häufigsten diagnostischen Methoden zur Früherkennung eines Mammakarzinoms zählen die monatliche Selbstuntersuchung, die Mammographie und Sonographie. Dabei fällt die Mehrzahl der diagnostizierten Mammakarzinome durch einen von der Patientin selbst getasteten Knoten auf (4;5).

Die derzeitige Behandlung des Mammakarzinoms besteht in der brusterhaltenden Therapie (BET) oder in der Entfernung der Brust (Ablatio mammae). Die BET mit Entfernung des Tumors – ergänzt durch Strahlentherapie – wird bei 60-80% aller Patientinnen durchgeführt, und in 20-40% der Fälle wird die Indikation zur Ablatio mammae gestellt. In Abhängigkeit der Tumorparameter und des histopathologischen Stagings wird eine individuelle operative Therapiestrategie mit der Patientin besprochen (1).

1.2 Psychoonkologische Versorgung am Campus Charité Mitte

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie schreiben für die Zertifizierung von Brustzentren vor, dass diesen mindestens ein Psychoonkologe zur Verfügung stehen muss (6). Dies unterstreicht die Bedeutung psychoonkologischer Betreuung und unterstützt im Interesse der Patientinnen deren Etablierung. Zu den Hauptaufgaben der Psychoonkologie zählen die emotionale Stützung und Entlastung, Reduktion von Stress und Verbesserung der Lebensqualität. Weitere Aufgaben, die dem Bereich der Psychoonkologie zugeordnet werden, sind die Optimierung der Krankheitsverarbeitungsstrategien und Förderung der Compliance (7). Die psychoonkologische Versorgung am Campus Charité Mitte wird seit März 2004 umgesetzt und beinhaltet neben der somatischen und psychosozialen Versorgung auch die Erhebung psychodiagnostischer Daten. Diese dienen der Ermittlung subjektiv erlebter Belastungen und psychischer Komorbiditäten von Patientinnen (8). In gemeinsamen Visiten mit Ärzten und Psychologen wird ein erster Kontakt zu der Patientin hergestellt. In nachfolgenden persönlichen Gesprächen wird die Patientin über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Einzelgesprächen, Gruppentherapien, Kunsttherapien und Paartherapien informiert und im Einzelfall auch die Teilnahme nahegelegt oder empfohlen.

1.3 Bedeutung von Angst und Depressivität

Eine Tumorerkrankung stellt für betroffene Frauen einen sehr tiefen Einschnitt im Leben dar, welcher sich in Einschränkungen der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit zeigt (9). Block beschreibt Krebs als eine „psychologisch vernichtende Krankheit, die häufig starke Gefühle der Angst, Trauer und Wut hervorruft“ (10).

Die Diagnose Krebs bringt für Betroffene eine Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung mit sich. Sie ist zumeist nicht als ein einmaliges Ereignis, sondern als anhaltender Stressor zu betrachten (10;11). Zu den häufigsten Reaktionen im emotionalen Bereich zählen Ängste und Depressivität (9;12).

Meist beginnt schon bei Erkennung erster körperlicher Befunde das Auftreten von Angst, Resignation oder Abwehrhaltungen (13). Die Zeit zwischen der diagnostischen Abklärung und der Operation wird von den Patientinnen häufig als die am belastendste, stressvollste und qualvollste Zeit erlebt (14;15). Der Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Operation ist oft zu kurz, um sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Der Gedanke, „die Brust muss entfernt werden“, löst bei vielen Frauen einen Schock aus, der eine stärkere Belastung darstellen kann als die Angst vor dem Sterben (16). Mit Entfernung der Brust verbinden viele Frauen trotz der plastisch-chirurgischen Möglichkeiten einen Verlust der Weiblichkeit und Attraktivität, assoziiert mit der Angst, den Partner zu verlieren (1;16-18). Ganz abgesehen von rein ästhetischen Aspekten kann die tägliche Sichtbarkeit des Verlustes (im Gegensatz zur Uterusentfernung) die Verarbeitung erschweren. In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben hinsichtlich der psychischen Belastung in Abhängigkeit von der Operationsmethode. In Kreienberg et al. wird beschrieben, dass die brusterhaltende Operation für die Frau mit einer geringeren psychischen Belastung sowie einer geringeren Beeinträchtigung ihres Selbstwertgefühls verbunden ist als die Entfernung der Brust (1). Diesen Unterschied bestätigte die Studie von Vos et al. nicht (19). Hier konnten keine Unterschiede hinsichtlich der psychischen Belastung von Patientinnen, die brusterhaltend operiert wurden und Patientinnen mit Ablatio mammae nachgewiesen werden. Nach operativen Interventionen schließen sich meist weitere Therapien wie Radiatio, Chemotherapie, Hormonbehandlung oder erneute Operation an. Die Auseinandersetzung mit den körperlichen Folgen weiterer Behandlungen und anderen betroffenen Patientinnen kann eine Destabilisierung zur Folge haben (16). Folgen der körperlichen und psychischen Dauerbelastung können depressive Störungen und Angststörungen sein (11;16;20;21).

Studien, speziell durchgeführt an Brustkrebspatientinnen, konnten eine Prävalenz bis zu 33% für das Auftreten von depressiven Symptomen nach Diagnosestellung Brustkrebs nachweisen (22-24). Faller et al. zeigten, dass 20% der Mammakarzinompatientinnen auffällige Werte auf der Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),

ein Screeninginstrument für Angst und Depressivität, erreichten und 5% auf der Depressivitätsskala (12). Neben diesen Studien sind eine Reihe anderer Studien durchgeführt worden, welche ebenfalls eine erhöhte Prävalenz für Angst und Depressivität nachwiesen (21;25-29).

Zu gleichen Ergebnissen kam die deutsche Studie Härter et al., die komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten (n=158, davon 37 Brustkrebspatienten) in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation untersuchte (21). Zu den häufigsten psychischen Störungen zählten depressive Störungen – 13% in der Rehabilitation und 11% in der Akutbehandlung – sowie Angsterkrankungen mit 17% in beiden Stichproben (21).

1.4 Screeningverfahren für Angst und Depressivität

Zum Erkennen von Angst und Depressivität sind die Wahrnehmung der Risikofaktoren sowie die Abfrage der Schlüsselsymptome und der Krankheitsgeschichte von großer Bedeutung. Zur Diagnosesicherung dienen die Diagnosekriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 sowie die DSM-IV (30;31).

Zur weiteren Diagnostik psychischer Störungen können standardisierte Fragebögen und klinische Interviews herangezogen werden. Die HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) ist ein Screeninginstrument für Depressivität und Angststörungen bei somatisch kranken Patienten, vor allem bei Krebspatienten (11;12;16;20;21;32). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument beinhaltet zwei Skalen, Angst und Depressivität, die aus je sieben Items bestehen (33).

Weitere in der Literatur beschriebene Screeninginstrumente zur Erkennung psychischer Störungen sind beispielsweise:

- GHQ-12 (General Health Questionnaire) als Screeninginstrument zur Entdeckung von psychischen Störungen primär in der Allgemeinbevölkerung,
- M-CIDI (Composite International Diagnostic Interview) zur Diagnostik psychischer Störungen nach den Kriterien der aktuellen Klassifikationssysteme (34).

1.5 Einflussfaktoren auf die Prävalenz der Angst und Depressivität

Unterschiedliche Instrumente, wie z. B. Untersuchungen mittels Fragebogen versus standardisierte Interviewverfahren, Verwendung und Betrachtung verschiedener Klassifikationssysteme, Zeiträume und Tumorarten können die voneinander abweichenden Prävalenzen von Angst und Depressivität bei Krebspatienten erklären (21;35;36).

Das Geschlecht, das Alter sowie der Tumorschweregrad zeigen ebenfalls einen Einfluss auf die Ausprägung von Angst und Depressivität (11;35-38). In einer Studie von Kaufmann und Ernst wurden im Rahmen einer groß angelegten Befragungsaktion 799 Fragebögen von Patientinnen mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren ausgewertet. Die Studie zeigte deutlich, dass jüngere Patientinnen in ihrem Selbstwertgefühl, in Partnerschaft, Familienleben und Lebensplanung stärker belastet waren als ältere Frauen (38). Zu gleichen Ergebnissen kamen Schover und Wang in ihren Studien (18;39). Erhöhte Ängstlichkeit zeigte sich in der Studie von Maraste et al. vor allem in der mittleren Altersgruppe in Abhängigkeit von der Operationsmethode (26). Patientinnen mit Ablatio mammae zeigen höhere Ausprägungen von Angst als Frauen nach brusterhaltender Operation (26;33).

Ein hoher Unterstützungsbedarf besteht in allen Phasen der Krebserkrankung, aber besonders dann, wenn es zu einem Rezidiv kommt (38;40). Eine Erhöhung der Prävalenz für Depressivität – ebenfalls in Abhängigkeit von Krankheitsstadien – zeigten zudem die Studien von Herrmann et al., Carroll et al. und Pinder et al. (25;33;41), aber auch in Abhängigkeit der durchgeführten Therapien (24;33). Daneben sind stationär zu behandelnde Patienten deutlich mehr gefährdet, Angst- oder depressive Störungen zu entwickeln als ambulant zu behandelnde Patienten (25;41).

Als weitere Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Störungen bei Krebspatienten zählen soziale Isolation, kurz zurückliegende Verlusterlebnisse, Tendenz zum Pessimismus, sozioökonomische Belastungen, depressive Vorgeschichte, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Suizidversuche in der Vorgeschichte und wenig kontrollierbare Schmerzzustände (20;21;42;43). Einen großen Einfluss auf die Ausprägung von Angst und Depressivität hat die selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde (12;35;36;44). Die Bedeutung sozialer

Unterstützung wurde auch in der Studie von Corney et al. deutlich, in der Frauen nach Unterleibsoperation und ohne feste Partnerschaft sowohl höhere Ausprägungen von Angst als auch von Depressivität aufwiesen im Vergleich zu Frauen mit fester Partnerschaft (45). Gleiches gilt für Frauen aus den sozialen Unterschichten, wie in der Studie von Pinder et al. nachgewiesen (25). Klamert et al. zeigten, dass 41% der Frauen mit gynäkologischen Tumoren den Wunsch nach psychosomatischer Versorgung während des stationären Aufenthaltes geäußert hatten (20). Diese Frauen wiesen erhöhte Werte für Ängstlichkeit und Depressivität auf. Ein Zusammenhang zwischen Alter und Diagnose und dem Bedürfnis nach psychosomatischer Betreuung konnte nicht nachgewiesen werden. 61% der Frauen mit Betreuungswunsch gaben jedoch an, ein psychosomatisches Angebot schon einmal in Anspruch genommen zu haben. Die Studien von Breitbart und Cohen-Cole konnten dieses bestätigen, indem sie nachwiesen, dass mangelnde soziale Unterstützung und prämorbid psychische Erkrankungen die Entstehung von Angst und Depressivität begünstigen (21;42;44).

1.6 Fragestellung und Hypothesen

Angst und Depressivität sind psychische Symptome, die als Reaktion auf eine lebensbedrohliche Erkrankung und die damit verbundene emotionale Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens zu verstehen sind. In der vorliegenden Studie wird ein möglicher Zusammenhang zwischen Angst und Depressivität und den klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Variablen bei Brustkrebspatientinnen zu einem definierten postoperativen Zeitpunkt (Tag 0 bis 7) untersucht. Angst und Depressivität werden mit der Hospital Anxiety Depression Scale gemessen.

Ableitend aus den theoretischen Überlegungen soll der Zusammenhang zwischen den o.g. Faktoren und Angst und Depressivität mit folgenden Hypothesen geprüft werden:

Hypothese 1

Brustkrebspatientinnen mit brusterhaltender Operation weisen postoperativ geringere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS auf als Frauen mit Ablatio mammae.

Hypothese 2

Jüngere Brustkrebspatientinnen weisen postoperativ höhere Werte für Angst und Depressivität in der HADS auf als ältere Brustkrebspatientinnen. Es gibt eine negative Korrelation zwischen Alter und Angst und Depressivität.

Hypothese 3

Brustkrebspatientinnen, die nach Diagnosestellung Brustkrebs nur wenig Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde wahrgenommen haben, weisen postoperativ höhere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS auf als Brustkrebspatientinnen mit viel Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde zum gleichen Zeitpunkt.

Hypothese 4

Frauen, die an Mammakarzinom erkrankt sind und sich zum postoperativen Zeitpunkt in einer festen Partnerschaft befinden, weisen geringere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS auf als Brustkrebspatientinnen ohne feste Partnerschaft zum gleichen Zeitpunkt.

Hypothese 5

Brustkrebspatientinnen mit Kindern weisen postoperativ höhere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS auf als kinderlose Brustkrebspatientinnen zum gleichen Zeitpunkt.

Hypothese 6

Brustkrebspatientinnen, die bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung psychotherapeutische Behandlungen schon ein- oder mehrmals in Anspruch genommen haben, weisen höhere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS auf als Brustkrebspatientinnen ohne psychotherapeutische Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung.

Hypothese 7

Die Schulbildung der an Brustkrebs erkrankten Frauen steht postoperativ in keiner Korrelation zu den Angst- und Depressivitätswerten in der HADS.

Hypothese 8

Die Berufsausbildung der an Brustkrebs erkrankten Frauen steht postoperativ in keiner Korrelation zu den Angst- und Depressivitätswerten in der HADS.

1.7 Zielstellung

Depressionen und Angsterkrankungen sind verbunden mit einer hohen Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, führen zu Arbeitsunfähigkeit, Verstärkung körperlicher Beschwerden und Vernachlässigung der eigenen Person.

Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag zum besseren Verständnis der Notwendigkeit einer psychoonkologischen Begleitung und Unterstützung sowie auch Krisenintervention im postoperativen Verlauf geleistet werden, um Auswirkungen der Erkrankung im Psychischen, Körperlichen und Sozialen zu vermeiden. Die Studie untersucht anhand klinischer, soziodemographischer und psychosozialer Daten und Charakteristika einen möglichen Zusammenhang für das Entstehen von Angst und Depressivität. Die Ergebnisse der Studie sollen helfen, Frühsymptome dieser psychischen Erkrankungen zu erkennen, zu behandeln sowie rechtzeitig die Patienten über Hilfsangebote zu informieren.

2 Material und Methoden

2.1 Beschreibung der Stichprobe

Die möglichen Einflussfaktoren für das Entstehen von Angststörungen und depressiven Störungen wurden bei 73 Brustkrebspatientinnen anhand klinischer, soziodemographischer und psychosozialer Daten und Charakteristika untersucht. Aufnahme in die Studie fanden 73 von 150 stationär zu behandelnden Brustkrebspatientinnen mit einem mittleren Alter von 56,6 Jahren (38 bis 79 Jahre). Eingeschlossen wurden alle Frauen unabhängig von Lebensalter und bestehenden Komorbiditäten, die erstmalig an Brustkrebs erkrankten und therapiert wurden.

2.1.1 Studienablauf

Das in dieser Dissertation bearbeitete Thema untersuchte in einer Querschnittsuntersuchung 73 Patientinnen, die sich mittels Fragebögen und nach Beachtung der Ausschlusskriterien für diese Studie qualifiziert hatten. In die Studie eingeschlossen wurden Frauen, die erstmalig an Brustkrebs erkrankt waren.

Die Kontaktaufnahme zu den Patientinnen erfolgte durch Mitarbeiter des psychoonkologischen Teams der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, die im Brustzentrum der Charité tätig waren. Die Fragebögen wurden zur Erhebung der klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Charakteristika in einem Handheld-Computer (Psion) gespeichert und den Patientinnen nach entsprechender Einweisung zur Beantwortung ausgehändigt, um eine mögliche Einflussnahme der o.g. Charakteristika auf die Angst und Depressivität im Zeitraum Tag 0 bis Tag 7 postoperativ zu erfassen.

Um eine homogene Stichprobe zu erhalten, wurden in der Zeit von November 2003 bis Februar 2005 insgesamt 150 Patientinnen und Patienten erfasst, von denen sich 77 aufgrund der Ausschlusskriterien nicht für diese Studie qualifizieren konnten (Tabelle 1). In die Auswertung gingen deshalb 73 Patientinnen ein.

	Anzahl der Ausschluss- patientinnen n=77	Prozent
Männliches Geschlecht	1	1,3
Mammakarzinom in der Vorgeschichte	8	10,4
Mammakarzinom beidseits	1	1,3
Rezidiv	5	6,5
Metastasiertes Mammakarzinom	5	6,5
Rezidivausschluss	1	1,3
Seltene Histologie	2	2,6
Testdiagnostik Unvollständig Durchführung außerhalb des vorgegebenen Zeitraumes (Tag 0 bis 7 nach Erst-OP)	27	35,1
Aufnahmegrund Rekonstruktion Lymphadenopathie Hämatomentlastung Andere	2 1 1 1	2,6 1,3 1,3 1,3
Psychische Erkrankungen Medikamentöse Behandlung (Antidepressiva oder Neuroleptika)	7	9,1
Teilnahme an einer Studie im Rahmen der Brustkrebserkrankung vor Erst-OP	15	19,5

Tabelle 1: Ausschlusskriterien

2.2 Instrumente

In der Studie wurde der Schwerpunkt auf die postoperative Ängstlichkeit und Depressivität bei Frauen mit Brustkrebs gelegt. Diese psychischen Variablen wurden mit der Hospital Anxiety and Depression Scale erfasst (33).

Die HADS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen. Sie findet Anwendung in Kliniken und Ambulanzen. Zahlreiche Studien bedienten sich dieses Instruments auch zur Erfassung psychischer Beschwerden bei Patienten mit kardiologischen und onkologischen Erkrankungen (33). Die HADS-D ist die deutsche Adaptation der englischen HADS (Zigmond und Snaith, 1983) (33). Das Instrument beinhaltet zwei Skalen, Angst und Depressivität, die aus je sieben Items bestehen (33). Die Durchführung des Tests dauerte ca. zwei bis fünf Minuten.

Für die HADS werden für verschiedene Patienten- und Kontrollkollektive jeweils unterschiedliche Mittelwerte beschrieben (33). Eine gesunde Kontrollgruppe weist für die Angstsкала der HADS einen Mittelwert von 5,8 und für die Depressivitätsskala einen Mittelwert von 3,4 auf. Der Mittelwert für die Angstsкала der HADS ist für onkologische Patienten mit 6,2 und für kardiologische Patienten mit 6,9 beschrieben worden. Für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen beträgt dieser 10,8. Der Mittelwert der HADS-Depressivitätsskala für onkologische Patienten wird mit 5,4, für kardiologische Patienten mit 5,0 und für psychiatrische Patienten mit 8,0 angegeben (33).

Zigmond und Snaith geben für jede Subskala der HADS drei Wertebereiche an. Liegt der Punktwert einer Subskala zwischen 0 und 7 ist die gemessene Angst oder Depressivität „unauffällig“ (Zigmond, Snaith, 1983 aus (33)). Der Bereich 8 bis 10 wird als „grenzwertig“ für das Vorliegen einer Angsterkrankung und Depression angesehen und zeigt ein erhöhtes Angst- oder Depressivitätsniveau. Geht der Punktwert für Angst oder Depressivität jedoch über 10 hinaus, ist dieser „auffällig“ und die Symptomatik behandlungsbedürftig (33). Der Cutoff-Wert ist in der Mehrzahl der Studien mit ≥ 11 beschrieben worden. Mit dem Überschreiten dieses Cutoff-Wertes muss der dringende Verdacht auf eine Depression oder Angststörung geäußert werden (12;21;32).

Weitere zum Einsatz gekommene psychometrische Instrumente waren ein Fragebogen zur Erhebung von Sozialdaten (SOZ) sowie ein Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer und psychosozialer Variablen (BC-SOZ, selbstentwickelt).

Der BC-SOZ, ein durch die Klinik der Psychosomatik der Charité erarbeiteter Fragebogen, enthält 51 Items. Mit diesem Fragebogen konnten für die Studie relevante Datenerhebungen aus dem soziodemographischen (Anzahl der Kinder), klinischen (Brustkrebsbehandlungen, Operationsmethode) und psychosozialen Bereich (familiäre Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde seit Diagnosestellung Brustkrebs sowie Lebensereignisse) erhoben werden.

Der dritte für die Studie eingesetzte Fragebogen, der SOZ, erfasste in 17 Items Lebensalter, Familienstand, Schulbildung, Berufsstatus, Anzahl der Kinder und Psychotherapieerfahrungen bis zum Zeitpunkt der Brustkrebserkrankung.

2.2.1 Klinische Daten

In der Studie wurden die klinischen Befunde in Korrelation zu postoperativ gemessener Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen gesetzt. Klinisch relevante Daten wurden den Fragebögen und den Patientenakten des stationären Aufenthaltes entnommen.

Einschluss in die Untersuchungen fanden das Staging (TNM-Klassifikation), die Art des operativen Eingriffs, der Menopausenstatus, anamnestische Angaben zu malignen Vorerkrankungen in der Eigenanamnese sowie die familiäre Brustkrebsbelastung.

2.2.1.1 Staging

Die Tumorstadieneinteilung erfolgte nach der von der UICC (International Union Against Cancer) festgelegten prätherapeutischen klinischen TNM-Klassifikation und der postoperativen histopathologischen pTNM-Klassifikation aufgrund folgender Kriterien:

- Größe und Ausdehnung des Primärtumors (T)
- Fehlen bzw. Vorhandensein von regionalen Lymphknotenmetastasen (N)
- Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen (M) (Tabelle 2) (46).

Tumorgröße (T) T1-T3 T4	In der Regel auf das Organ begrenzt Überschreitung der Organgrenze
Befall von Lymphknoten (N) N0 N1-N2 N3	Kein Lymphknotenbefall In der Regel regionaler Lk-Befall Befall entfernter Lk oder sehr großer Lk-Pakete
Fernmetastasen M0 M1	Keine Fernmetastasen Fernmetastasen nachweisbar

Tabelle 2: TNM-Klassifikation

Das Suffix „tis“ nach der T-Klassifikation bedeutet Carcinoma in situ. Das Suffix „x“ nach der T-, N-, M-Klassifikation bedeutet, dass eine sichere Zuordnung aufgrund ungenügender Angaben nicht vorgenommen werden kann (46;47).

Die TNM-Klassifikation wurde zur Beschreibung der Stichprobe genutzt, jedoch in keinen Zusammenhang mit Angst und Depressivität gebracht, da ein genaues Staging über den Tumor erst postoperativ vorlag.

2.2.1.2 Operationsmethode

Nach der Art des operativen Vorgehens (BET vs. Ablatio mammae) wurden die Frauen dieser Studie zwei Gruppen zugeordnet. Die Gruppe eins stellte Frauen mit Zustand nach brusterhaltender Operation (BET) und Gruppe zwei mit Zustand nach Entfernung der Brust (Ablatio mammae) dar. Anhand dieser Unterteilung sollte ein möglicher Zusammenhang zwischen Operationsmethode und Angst und Depressivität untersucht

werden (Hypothese 1). Frauen, denen keine Operationsmethode zugeordnet werden konnte, wurden aus den Korrelationsberechnungen ausgeschlossen.

2.2.1.3 Menopausenstatus

„Die Menopause – letzte spontane Menstruation – die das endgültige Erlöschen der Ovarialfunktion und damit das Ende der Fertilität signalisiert, lässt sich nur retrospektiv nach einer 12-monatigen Amenorrhö festlegen.“ (48) Sie tritt zwischen dem 50. und 52. Lebensjahr ein und ist bedingt durch funktionell-hormonelle Veränderungen an den Ovarien. Während die Zeit ab etwa dem 40. Lebensjahr bzw. vom Beginn erster klimakterischer Zyklusstörungen und Symptome bis zum Klimakterium als Prämenopause bezeichnet wird, wird der Zeitraum nach der Menopause bis zum Senium als Postmenopause definiert (48;49). Ob ein Zusammenhang zwischen dem Menopausenstatus und der postoperativ gemessenen Angst und Depressivität besteht, sollte mit Hilfe der HADS untersucht werden.

Die Frauen unserer Studie wurden aufgrund nicht durchgängig vorhandener Angaben über den Menopausen- und Hormonstatus entsprechend der Studie von Turner et al. nach dem Alter in prä- und postmenopausal eingeteilt (50). Die Trennung in prä- und postmenopausale Frauen erfolgte bei einem „Cutoff“ von ≤ 55 Jahren und definiert in den weiteren Ausführungen unserer Studie den Menopausenstatus durch das Lebensalter (50).

2.2.1.4 Maligne Vorerkrankungen

Durch die Erhebung anamnestischer Angaben zu malignen Erkrankungen in der Eigenanamnese sollte ein möglicher Zusammenhang zu Angst und Depressivität untersucht werden.

2.2.1.5 Familiäre Brustkrebsbelastung

Frauen mit positiver Familienanamnese für Mammakarzinom zeigen eine erhöhte Disposition für die Entstehung eines Mammakarzinoms. Ergibt sich eine der folgenden

Konstellationen, so kann die Indikation zur Beratung bezüglich des genetischen Risikos mit eventuell nachfolgender molekulargenetischer Untersuchung erfolgen:

- mindestens zwei erstgradig Verwandte mit Mamma- oder Ovarialkarzinom, wobei mindestens eine Verwandte zum Zeitpunkt der Erstdiagnose unter 50 Jahre alt war,
- eine Verwandte mit einseitigem Mammakarzinom mit einem Erkrankungsalter unter 30 Jahren,
- eine Verwandte mit beidseitigem Mammakarzinom mit einem Erkrankungsalter unter 40 Jahren,
- eine Verwandte mit Ovarialkarzinom mit einem Erkrankungsalter unter 40 Jahren,
- ein männlicher Verwandter mit Mammakarzinom (51).

Die in der Literatur übliche Einteilung der familiären Brustkrebsbelastung konnte innerhalb dieser Studie aufgrund unzureichender Datenerhebung in den Krankenakten nicht in dieser Form erfolgen, sodass die erhobene Familienanamnese folgenden Kriterien zugeordnet und in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt wurde:

- Frauen mit positiver Familienanamnese (Brustkrebspatientinnen mit gleicher Erkrankung in der eigenen Familie),
- Frauen mit negativer Familienanamnese (Brustkrebspatientinnen ohne Kenntnis über Brustkrebserkrankungen in der eigenen Familie),
- Frauen mit unbekannter Familienanamnese (keine Angaben bekannt aufgrund unzureichender Datenerhebung).

2.2.2 Soziodemographische Charakteristika

Anhand der Fragebögen SOZ und BC-SOZ wurden soziodemographische Daten der Stichprobe erhoben. Zur Deskription der Stichprobe erfassten diese Fragebögen Geschlecht, Lebensalter, Anzahl der Kinder, Familienstand, Schulbildung, Ausbildungs- und Berufsstatus. In der Studie wurde eine mögliche Korrelation dieser Charakteristika zu postoperativer Prävalenz von Angst und Depressivität untersucht.

2.2.2.1 Lebensalter

Das Lebensalter der Frauen wurde dokumentiert und in Korrelation zu postoperativ gemessener Angst und Depressivität gesetzt. Wie in der Hypothese 2 beschrieben, wird von einer negativen Korrelation zwischen Alter und Angst und Depressivität ausgegangen.

2.2.2.2 Familienstand

Der Familienstand, erhoben durch das Item 06 des SOZ, wurde in Korrelation zu postoperativ gemessener Angst und Depressivität gesetzt. Eine Untergliederung erfolgte in die Kategorien ledig, verheiratet, geschieden und verwitwet.

2.2.2.3 Partnerschaft

Das Item 05 des SOZ erfragte die Partnerschaft und wurde in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt (Hypothese 4). Dabei wurde unterschieden zwischen Frauen, die in einer festen Partnerschaft leben und Frauen ohne Partnerschaft.

2.2.2.4 Anzahl der Kinder

Das Item 05 des BC-SOZ erfragte die Anzahl geborener Kinder und wurde in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt (Hypothese 5).

2.2.2.5 Schulabschluss, Berufsausbildung

Das Item 09 des SOZ erfragte den Schulabschluss und wurde in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt (Hypothese 7). Eine Untergliederung erfolgte in die

Kategorien Abitur, Fachabitur, Mittlere Reife, Volks- oder Hauptschule sowie ohne Schulabschluss.

Gleiches galt für die Berufsausbildung, erhoben durch das Item 10 des SOZ, die ebenfalls in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt wurde (Hypothese 8).

Antwortmöglichkeiten des Items 10 des SOZ waren: kein Abschluss, Schüler, Lehrling oder Azubi, abgeschlossene Lehre, Meister- oder Fachschulabschluss, Student, Hoch- oder Fachhochschulabschluss.

2.2.3 Psychosoziale Charakteristika

Zur Erfassung psychosozialer Charakteristika dienten der SOZ und BC-SOZ. Der Schwerpunkt wurde einerseits auf die selbst wahrgenommene Unterstützung seitens der Familie, Partner und Freunde und andererseits auf die Psychotherapieerfahrungen vor Diagnosestellung Brustkrebs gelegt.

2.2.3.1 Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde

Die von den Frauen subjektiv wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde seit Diagnosestellung Brustkrebs wurde durch das Item 21 des BC-SOZ erfasst und in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt (Hypothese 3). Die Frauen ordneten diese Unterstützung einem Wert auf der visuellen Skala von 0 bis 6 zu.

2.2.3.2 Psychotherapieerfahrungen

Angaben der Brustkrebspatientinnen über psychotherapeutische Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Erkrankung wurden durch das Item 22 des SOZ erfragt und in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt (Hypothese 6). Eine Unterteilung der Frauen konnte mit Hilfe des Items 22 des SOZ in zwei Gruppen erfolgen. Frauen, die der Gruppe eins zugeordnet wurden, gaben an, bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung psychotherapeutische Behandlungen schon ein- oder mehrmals in Anspruch

genommen zu haben. Frauen ohne psychotherapeutische Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Brustkrebbsbehandlung wurden der Gruppe zwei zugeordnet.

2.2.3.3 Kritische Lebensereignisse

Die Einflussnahme kritischer Lebensereignisse, erhoben durch das Item 24 des BC-SOZ, auf Angst und Depressivität wurde in der Studie untersucht und dargestellt. Mit Hilfe dieses Items wurden die Frauen nach extrem belastenden Ereignissen oder Situationen befragt, die sie selbst oder als Zeugin erlebt hatten und die mit Lebensbedrohung, extremer Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit verbunden waren. Eine Unterteilung erfolgte in zwei Gruppen: in Frauen mit und in Frauen ohne Angaben zu kritischen Lebensereignissen.

2.3 Datenanalyse

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem SPSS-11.0-Statistikprogramm für Windows. Das Auftreten von Missing-Werten ist auf fehlende oder falsch beantwortete Fragebögen zurückzuführen. Die Zusammenhänge zwischen den klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Faktoren und den Variablen Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen wurden mit Korrelationsberechnungen (nach Spearman und Pearson) geprüft. Der Pearson-Korrelationskoeffizient, symbolisiert durch r , kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen und ist ein Maß für die Enge des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen (52). Eine negative Korrelation ($-r$) bedeutet einen gegenläufigen Zusammenhang zwischen den Variablen. Die im Folgenden benutzten Abstufungen sind in der Tabelle 3 angegeben. Je näher r an 0 liegt, desto schwächer ist die Korrelation.

Korrelationsfaktor (r) nach Pearson	Grad der Korrelation
Bis 0,2	Sehr geringer
Bis 0,5	Geringer
Bis 0,7	Mittlerer
Bis 0,9	Hoher
Über 0,9	Sehr hoher

Tabelle 3: Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Grad der Korrelation (53)

Die in der Studie errechneten Zusammenhänge, welche im Ergebnisteil dargestellt werden, weisen ein statistisches Signifikanzniveau von mindestens $p \leq 0.05$ auf. Konnte dieses Signifikanzniveau nicht erreicht werden, wurde ein nicht vorhandener Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen beschrieben. Für die Erstellung der Tabellen und Grafiken wurden die Programme SPSS, Excel und Word verwendet.

Hinsichtlich der Überprüfung der statistischen Gruppenvergleiche (beispielsweise Vergleich von Patientinnen mit BET und Ablatio) muss methodenkritisch angemerkt werden, dass die Stichproben nicht parallelisiert wurden, da der Fokus der Arbeit auf klinische Relevanz gerichtet wurde. Es wurden daher Kovariaten wie TNM-Klassifikation oder Alter nicht in die einzelnen Gruppenvergleiche mit einbezogen.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Ergebnisse

3.1.1 Klinische Variablen

3.1.1.1 TNM-Klassifikation

Die genaue Beschreibung der Tumorausdehnung erfolgte mittels TNM-Klassifikation und ermöglichte damit die Zuordnung der Patientinnen in der Stichprobe.

Die Carcinoma in situ nahmen mit 5% einen sehr geringen Anteil innerhalb der untersuchten Stichprobe ein. Der Hauptanteil mit über 56,2% der Frauen zeigte einen T1-Tumor, 28,8% einen T2, 5,5% einen T3 und 2,7% einen T4-Tumor.

58,9% (43/73) der Stichprobe waren nodal negativ (es wurden keine Lymphknotenmetastasen in der Achselhöhle gefunden) und 38,4% (28/73) der Frauen nodal positiv. Bei 2,7% der Frauen war der Lymphknotenstatus unbekannt. Bei 94,5% der Frauen wurden keine Fernmetastasen nachgewiesen. Ein Nachweis von Fernmetastasen fand sich bei 2,7% der Frauen, bei 1,4% der Frauen konnte keine sichere Zuordnung erfolgen, und bei 1,4% der Frauen fand sich ein suspekter Befund, welcher als kontrollbedürftig beschrieben wurde. Eine Zusammenfassung der TNM-Klassifikation kann der Tabelle 4 entnommen werden.

3.1.1.2 Operationsmethode

80% der Frauen, siehe Tabelle 4, erhielten eine BET. Für 15,1% der Frauen wurde die Indikation zur Ablatio mammae gestellt. Für drei Frauen konnte aufgrund fehlender Dokumentationen eine Zuordnung zur Operationsmethode nicht erfolgen.

3.1.1.3 Menopausenstatus

Von den in dieser Studie untersuchten Frauen waren 34,2% im prämenopausalen und 61,6% im postmenopausalen Status, siehe Tabelle 4. Drei Frauen wurden aufgrund fehlender Daten zum Menopausenstatus aus den Berechnungen ausgeschlossen.

3.1.1.4 Familiäre Brustkrebsbelastung

Wie in Tabelle 4 dargestellt, konnte für 34,2% der Frauen eine positive und für 64,4% der Frauen eine negative Familienanamnese erhoben werden. Aufgrund einer unzureichenden Dokumentation zur familiären Belastung wurde eine Frau aus der Berechnung ausgeschlossen.

3.1.1.5 Maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte

Die Mehrheit der Frauen, 91,8% der 73 Frauen, gab an, erstmalig mit der Diagnose Krebs konfrontiert worden zu sein, und 8,2% der Frauen (6/73) waren schon einmal an Krebs erkrankt (kein Mammakarzinom), siehe Tabelle 4.

	Anzahl der Patientinnen N=73	Anzahl der Patientinnen in Prozent
TNM-Klassifikation		
T-Primärtumor		
Tis	5	6,8
T1	41	56,2
T2	21	28,8
T3	4	5,5
T4	2	2,7
N-Lymphknoten		
Nx	2	2,7
N0	43	58,9
N1	13	17,8
N2	9	12,3
N3	6	3,2
M-Fernmetastasen		
Mx	2	2,7

M0	69	94,5
M1	2	2,7
Operationsmethode		
BET	59	80,8
Ablatio mammae	11	15,1
Missing	3	4,1
Menopausenstatus		
Prämenopausal	25	34,2
Postmenopausal	45	61,6
Missing	3	4,1
Familiäre Brustkrebsbelastung		
Positive Familienanamnese	25	34,2
Negative Familienanamnese	47	64,4
Missing	1	1,4
Maligne Vorerkrankungen		
Ja	6	8,2
Nein	67	91,8

Tabelle 4: Klinische Charakteristika der Brustkrebspatientinnen

3.1.2 Soziodemographische Variablen

3.1.2.1 Lebensalter

Die in dieser Studie untersuchten 73 Brustkrebspatientinnen (siehe Tabelle 5) waren zwischen 38 und 79 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 56,6 Jahre.

3.1.2.2 Familienstand

Wie der Tabelle 5 zu entnehmen, waren 11% der Frauen ledig, 40% verheiratet, 24,7% geschieden und 5,5% verwitwet. Bei 4,1% der Frauen war aufgrund fehlender Dokumentationen bzw. fehlender Beantwortung der Fragebögen der Familienstand unbekannt.

3.1.2.3 Partnerschaft

Wie Tabelle 5 zeigt, gaben 67,1% der Frauen an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 28,8% der Frauen lebten ohne Partnerschaft, für 4,1% der Frauen konnten Angaben zur Partnerschaft nicht erhoben werden.

3.1.2.4 Anzahl der Kinder

Wie in Tabelle 5 dargestellt, lag der Anteil der in die Studie eingeschlossenen Frauen, die zwei Kinder geboren hatten, mit 37% am höchsten, gefolgt von 30,1% mit einem, 8,2% mit drei und 1,4% mit vier Kindern. 23,3% der Frauen waren kinderlos.

3.1.2.5 Schulabschluss, Berufsausbildung

Wie aus der Tabelle 5 zu ersehen ist, gaben 38,4% der Frauen als höchsten Schulabschluss das Abitur an, 31,5% die Mittlere Reife, 20,5% den Volks- oder Hauptschulabschluss und 1,4% das Fachabitur. 4,1% der befragten Patientinnen verfügten über keinen Schulabschluss. 4,1% der Frauen machten keine Angaben zum Schulabschluss.

Der höchste Anteil mit 43,8% der befragten Patientinnen besaß eine abgeschlossene Lehrausbildung, 37% einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, 6,8% einen Meister- oder Fachschulabschluss und 1,4% befanden sich noch in der schulischen Ausbildung.

6,8% der Frauen waren ohne Ausbildung oder berufsbildenden Abschluss. Von 4,1% der Patientinnen konnten keine Daten über die Ausbildung oder den berufsbildenden Abschluss erhoben werden.

	Anzahl der Patientinnen n=73	Anzahl der Patientinnen in Prozent
Lebensalter		
Mittleres Lebensalter	56,6 Jahre	
Range	38-79 Jahre	
Familienstatus		
Ledig	8	11,0
Verheiratet	40	54,8
Geschieden	18	24,7
Verwitwet	4	5,5
Missing	3	4,1
Partnerschaft		
Feste Partnerschaft	49	67,1
Ohne feste Partnerschaft	21	28,8
Missing	3	4,1
Anzahl geborener Kinder		
Keine Kinder	17	23,3
1 Kind	22	30,1
2 Kinder	27	37,0
3 Kinder	6	8,2
4 Kinder	1	1,4
5 Kinder	0	0
mehr als 5 Kinder	0	0

Höchster Schulabschluss		
Abitur	29	38,7
Fachabitur	1	1,3
Mittlere Reife	24	32,0
Volks-Hauptschule	15	20,0
Ohne	3	4,0
Missing	3	4,0
Berufsausbildung		
Kein Abschluss	5	6,8
Schüler	1	1,4
Lehrling/ Azubi	0	0
Abgeschlossene Lehre	32	43,8
Meister-/ Fachschulabschluss	5	6,8
Student	0	0
Hoch-/ Fachhochschulabschluss	27	37,0
Missing	3	4,1

Tabelle 5: Soziodemographische Charakteristika der Brustkrebspatientinnen

3.1.3 Psychosoziale Variablen

3.1.3.1 Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde

Die nachfolgende Abbildung 1 und Tabelle 6 zeigen die selbst wahrgenommene Unterstützung der Frauen durch Partner, Familie und Freunde seit Diagnosestellung Brustkrebs. Die Frauen ordneten die wahrgenommene Unterstützung einem Wert auf der visuellen Skala von 0 bis 6 zu. Im Allgemeinen nahmen die Frauen subjektiv eine hohe Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde wahr. 65,8% (48/73) dieser Frauen bewerteten die Unterstützung mit dem Punktwert 6, gefolgt von 11% (8/73) mit dem Punktwert 5 und 9,6% (7/73) mit dem Punktwert 4. 13,7% (10/73) der Frauen schätzten die Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde geringer ein. 5,5% (4/73) dieser Frauen gaben die Unterstützung mit dem Punktwert 3 und ebenfalls 5,5% (4/73) mit Punktwert 2 an. Sehr wenig Unterstützung, durch Punktwert 1 beschrieben, nahmen 2,7% (2/73) der Frauen wahr.

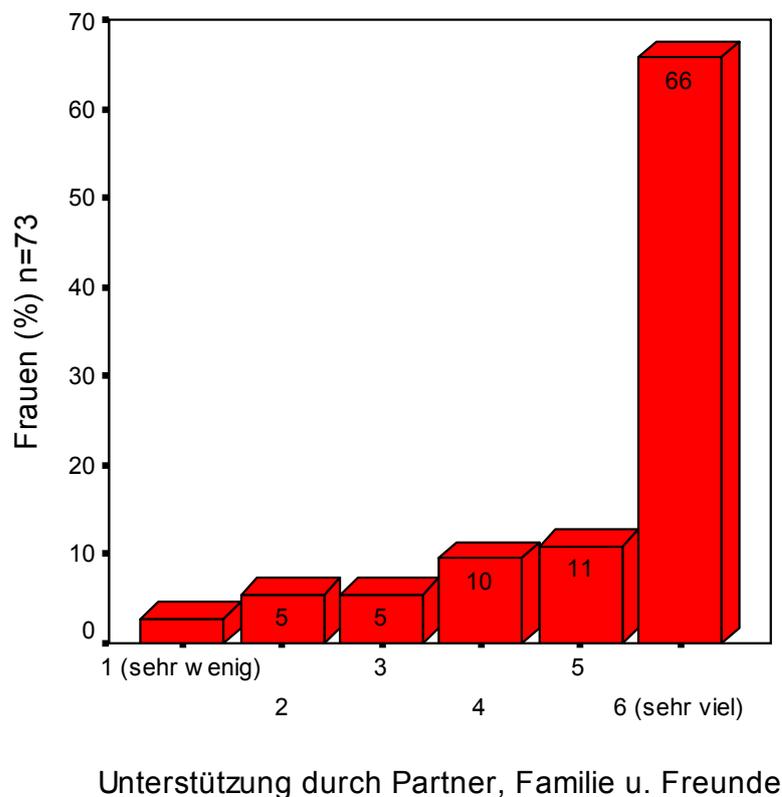


Abb. 1: Selbst wahrgenommene Unterstützung seit Diagnosestellung Brustkrebs durch Partner, Familie und Freunde

3.1.3.2 Psychotherapieerfahrungen

Wie der Abbildung 2 und Tabelle 6 zu entnehmen ist, gaben 23,3% (17/73) der Frauen an, psychotherapeutische Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung schon ein- oder mehrmals in Anspruch genommen zu haben. Der Anteil der Frauen ohne psychotherapeutische Behandlungen bis zum Erkrankungsbeginn betrug 72,6% (53/73). Drei Frauen (4,1%) machten keine Angaben über Psychotherapieerfahrungen in der Vorgeschichte.

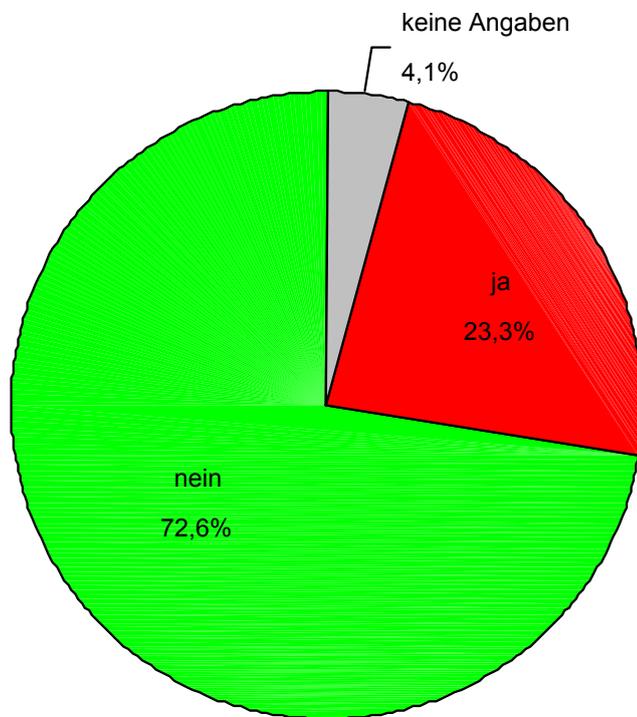


Abb. 2: „Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?“ (n=73)

3.1.3.3 Kritische Lebensereignisse

Wie Tabelle 6 zeigt, beantworten 64,4% der Frauen die Frage nach extrem belastenden Ereignissen oder Situationen außer der Brustkrebserkrankung, die sie selbst oder als Zeugin erlebt haben und die mit Lebensbedrohung, extremer Angst oder Entsetzen und Hilflosigkeit verbunden waren, mit ja und 35,6% mit nein. Die 64,4% der 73 Frauen mit Angaben zu kritischen Lebensereignissen teilten sich wie folgt auf:

- Verlust eines Partners/eines Familienangehörigen	41,1%
- Trennung von Partner/-in	8,2%
- Misshandlung/ Missbrauch	2,7%
- Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit	9,6%
- Berufliche Unzufriedenheit	6,8%
- Schlechte finanzielle Lage	9,6%
- Einsamkeit	5,5%
- Krieg	5,5%
- Andere belastende Situationen	53,4%

	Anzahl der Patientinnen n=73	Anzahl der Patientinnen in Prozent
Soziale Unterstützung		
0 (sehr wenig)	0	0
1	2	2,7
2	4	5,5
3	4	5,5
4	7	9,6
5	8	11
6 (sehr viel)	48	65,8
Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?		
Ja	17	23,3
Nein	53	72,6
Missing	3	4,1
Gab es in Ihrem bisherigen Leben (außer Brustkrebserkrankung) extrem belastende Ereignisse oder Situationen, die Sie selbst oder als Zeugin erlebt haben und die mit Lebensbedrohung, extremer Angst oder Entsetzen und Hilflosigkeit verbunden waren?		
Ja	47	64
Nein	26	35,6

Tabelle 6: Psychosoziale Charakteristika der Brustkrebspatientinnen

3.1.4 Angst und Depressivität gemessen in der HADS

Die untersuchte Gruppe von 73 Frauen zeigte postoperativ von Tag 0 bis 7 folgende Ausprägungen der Angst und Depressivität:

3.1.4.1 Ausprägung der Angst postoperativ

Innerhalb der untersuchten Gruppe von 73 Patientinnen fand sich eine Spannweite der Werte für Angst von 0 bis 17. Der mittlere Punktwert für Angst lag bei 8,1.

In der nachfolgenden Grafik der Subskala Angst der HADS wird diese in drei Bereiche unterteilt, siehe Abbildung 3. 46,6% (34/73) der Frauen zeigten postoperativ eine unauffällige Ausprägung der Angst. Für 30,1% (22/73) der Frauen wurden jedoch grenzwertige und für 23,3% (17/73) auffällige bzw. behandlungsbedürftige Werte für Angst nachgewiesen.

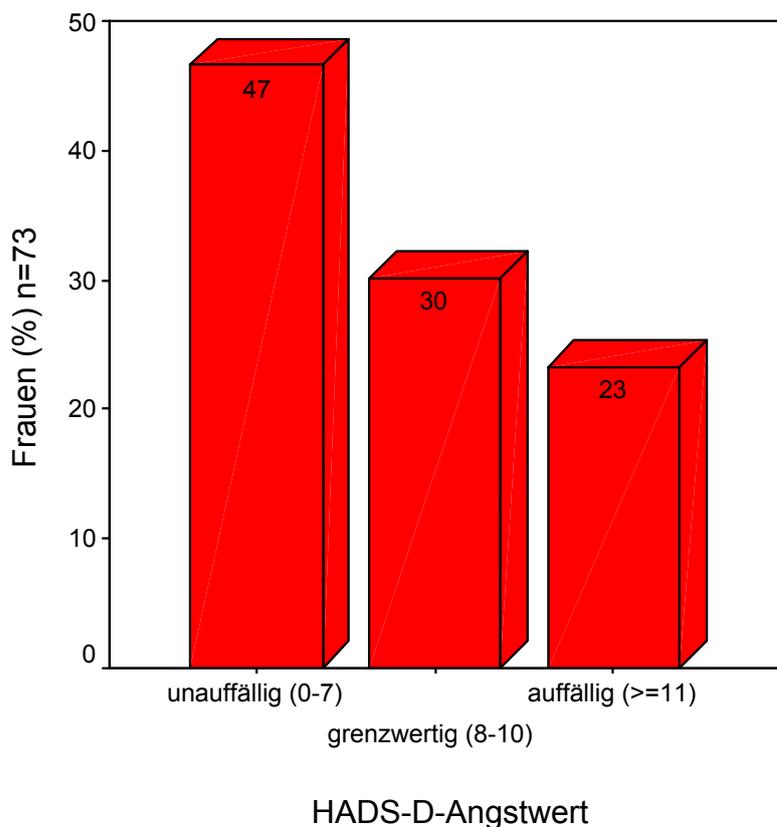


Abb. 3: Verteilung der Ausprägung der Angst bei Brustkrebspatientinnen zum postoperativen Zeitpunkt innerhalb der untersuchten Stichprobe

3.1.4.2 Ausprägung der Depressivität postoperativ

Der Mittelwert für Depressivität der untersuchten Stichprobe (n=73) lag bei einer Spannweite von 0 bis 17 bei 5,9. Damit konnte gezeigt werden, dass die Werte für Depressivität deutlich unter denen der Angst lagen.

Wie Abbildung 4 zeigt, lag für 67,1% (49/73) der Frauen das Depressivitätsniveau im normalen Bereich. 20,5% (15/73) zeigten dagegen grenzwertige und 12,3% (9/73) auffällige bzw. behandlungsbedürftige Werte für Depressivität.

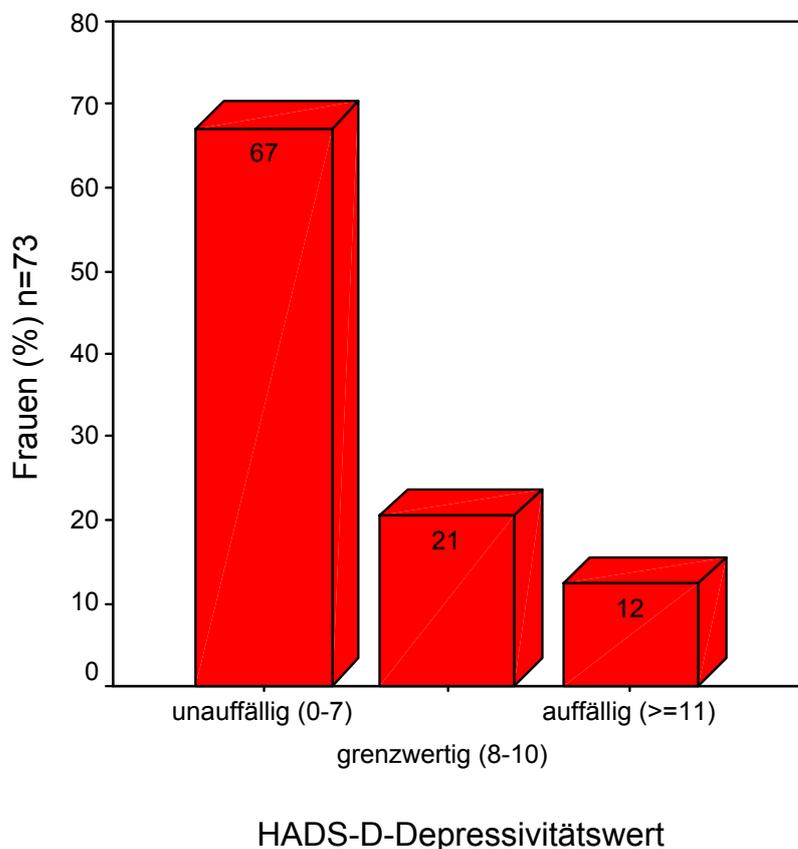


Abb. 4: Verteilung der Ausprägung der Depressivität bei Brustkrebspatientinnen zum postoperativen Zeitpunkt innerhalb der untersuchten Stichprobe

3.2 Klinische Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität

3.2.1 Operationsmethode in Korrelation zu Angst und Depressivität

80,8% der untersuchten Patientinnen (59/73) erhielten eine brusterhaltende Operation, für 15,1% (11/73) der Frauen wurde die Indikation zur Ablatio mammae gestellt. 4,1% (3/73) der Frauen wurden aufgrund fehlender Dokumentationen aus den Berechnungen ausgeschlossen.

Die Ausprägung der postoperativen Angst bei Frauen mit brusterhaltender Operation wird aus der Abbildung 5 ersichtlich. 46% der 73 Frauen zeigten eine unauffällige Angstsymptomatik, 31% grenzwertige und 24% auffällige, d.h. behandlungsbedürftige Ängste. Für 18% der Frauen nach Ablatio mammae konnten auffällige, bei 36% grenzwertige und bei 45% unauffällige Angstwerte nachgewiesen werden.

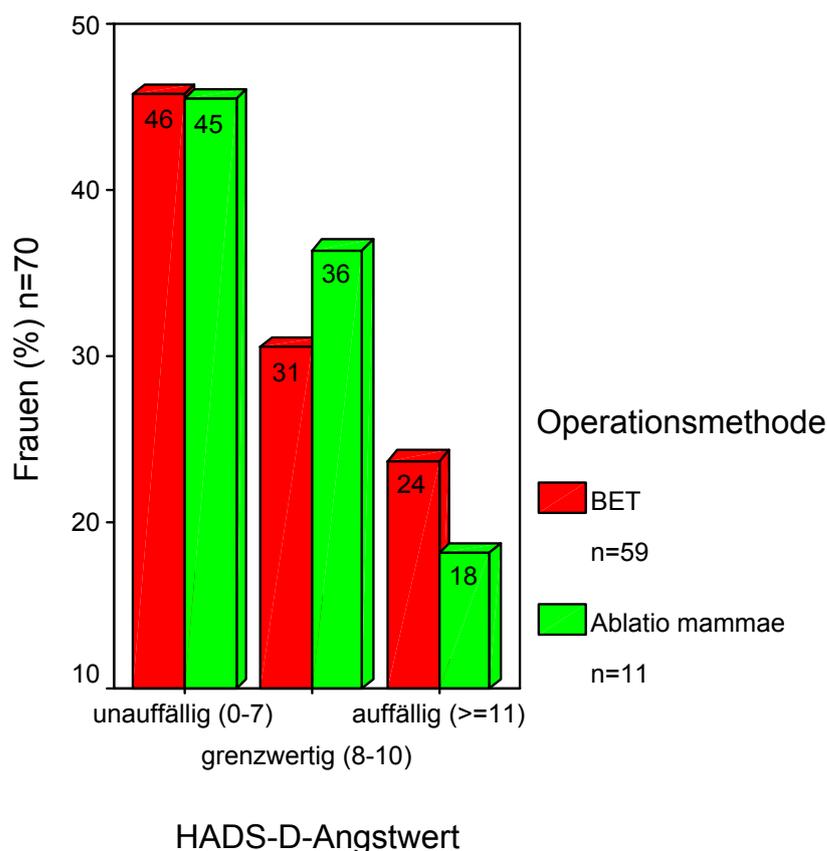


Abb. 5: Zusammenhang zwischen der Operationsmethode und der postoperativen Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

Wie aus der Abbildung 6 ersichtlich, zeigten 69% der Frauen nach brusterhaltender Operation unauffällige, 20% grenzwertige und 10% behandlungsbedürftige Werte für Depressivität. Die Häufigkeit auffällig depressiver Symptomatik nach Ablatio mammae lag mit 30% deutlich über der nach BET.

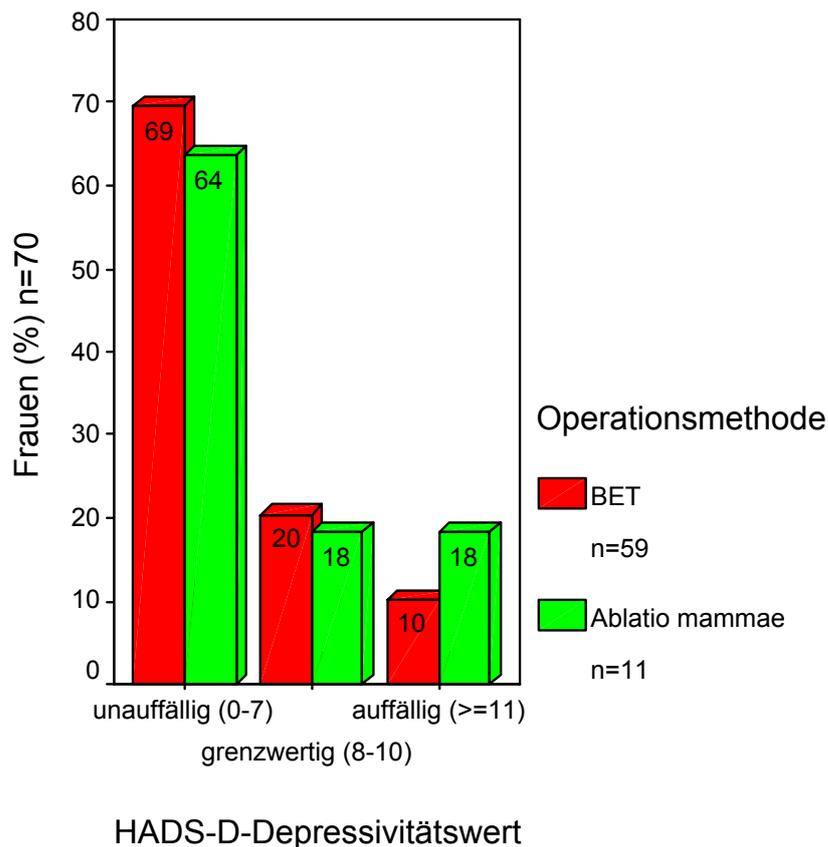


Abb. 6: Zusammenhang zwischen der Operationsmethode und der postoperativen Depressivität in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

Ein Zusammenhang zwischen der Operationsmethode und postoperativer Angst ($p=0,962$) und Depressivität ($p=0,835$) bei Brustkrebspatientinnen ließ sich nicht bestätigen.

3.2.2 Menopausenstatus in Korrelation zu Angst und Depressivität

Die Datenanalyse (Tabelle 7 und Abbildung 7) zeigte eine negative Korrelation ($r=-,248^*$) zwischen dem Menopausenstatus und der postoperativen Angst in der untersuchten Stichprobe. Frauen vor der Menopause wiesen signifikant höhere Angstwerte auf als postmenopausale Frauen ($p=0,035$). Die Depressivität bezogen auf den Menopausenstatus stand in keiner festen Beziehung zu den HADS-Werten.

	Angst	Depressivität	Menopausenstatus
Angst	1,000	,676**	-,248*
Depressivität	,676**	1,000	-,132
Menopausenstatus	-,248*	-,132	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 7: Korrelation zwischen Menopausenstatus und Angst und Depressivität

Der Zusammenhang zwischen dem Menopausenstatus und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS in der untersuchten Stichprobe wird in der Abbildung 7 grafisch dargestellt.

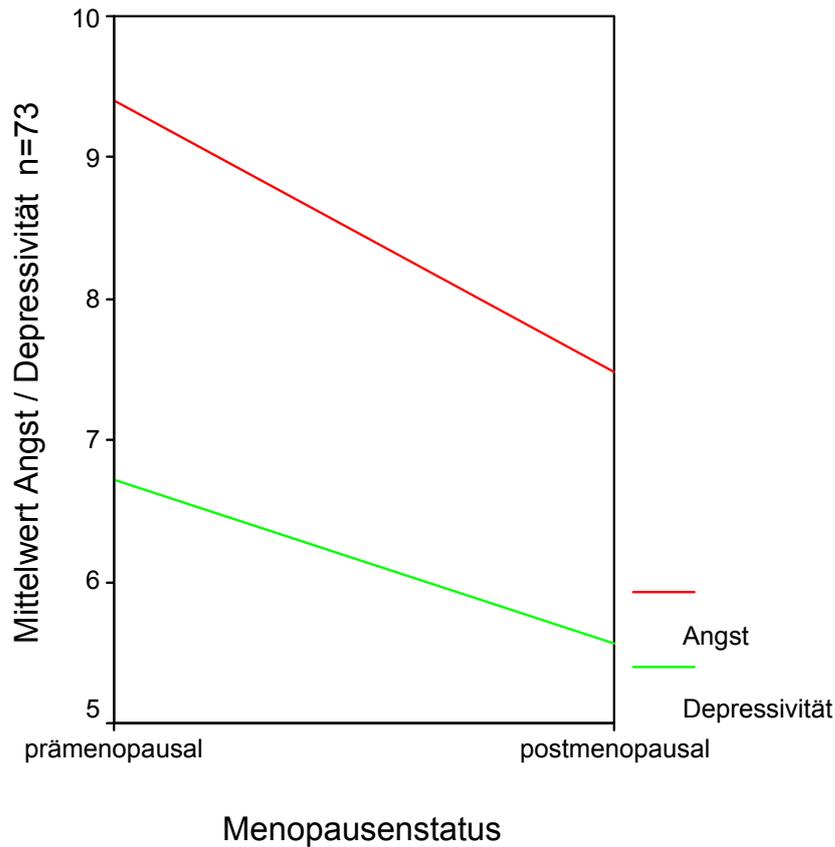


Abb. 7: Mittelwertsvergleich zwischen dem Menopausenstatus und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS in der untersuchten Stichprobe

Wie in der Abbildung 8 dargestellt, konnte bei 24% der Frauen mit prämenopausalem Status (25/73) eine erhöhte Angstsymptomatik nachgewiesen werden. Für 40% der prämenopausalen Frauen zeigte sich die Angst über dem Cutoff ≥ 11 .

Werden die prämenopausalen Frauen mit den postmenopausalen Frauen verglichen, so zeigten postmenopausale Frauen ein deutlich geringeres Angstniveau als prämenopausale Frauen. Über 50% der Frauen mit postmenopausalem Status (n=45) zeigten unauffällige Werte für die postoperativ gemessene Angst. Erhöhte Angstwerte konnten für 47% der 45 Frauen mit postmenopausalem Status nachgewiesen werden, von denen jedoch nur 13% den Cutoff ≥ 11 überschritten.

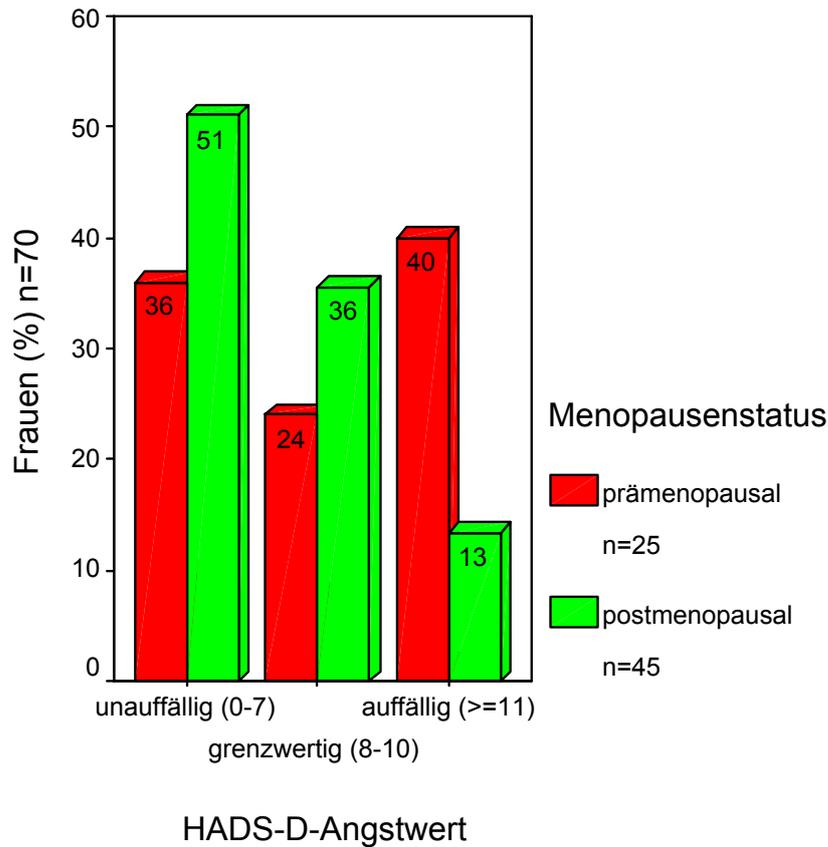


Abb. 8: Zusammenhang zwischen Menopausenstatus und der postoperativen Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

3.2.3 Maligne Vorerkrankungen in Korrelation zu Angst und Depressivität

Von der Untersuchungsgruppe n=73 gaben 8,2% der Frauen (6/73) an, vor der jetzigen Brustkrebserkrankung schon einmal selbst mit einer bösartigen Krebserkrankung konfrontiert worden zu sein (ausgeschlossen Mammakarzinom).

Für 91,8% der 73 Frauen war es die erste Auseinandersetzung mit der Diagnose Krebs. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Gruppen und der Angst und Depressivität ließ sich nicht nachweisen.

3.2.4 Familiäre Brustkrebsbelastung in Korrelation zu Angst und Depressivität

Die 73 Frauen umfassende Stichprobe wurde auf eine mögliche Korrelation zwischen familiärer Brustkrebsbelastung und Angst und Depressivität untersucht.

Eine der 73 Frauen konnte aufgrund fehlender anamnestischer Daten nicht in die Evaluation mit einbezogen werden.

Der Anteil der Frauen in der untersuchten Gruppe mit positiver Familienanamnese lag mit 25 von 73 Frauen deutlich unter dem mit negativer Anamnese. Über 60% der Frauen mit familiärer Brustkrebsbelastung zeigten erhöhte Werte für Ängstlichkeit von diesen waren 36% im auffälligen Bereich zu finden (Abbildung 9).

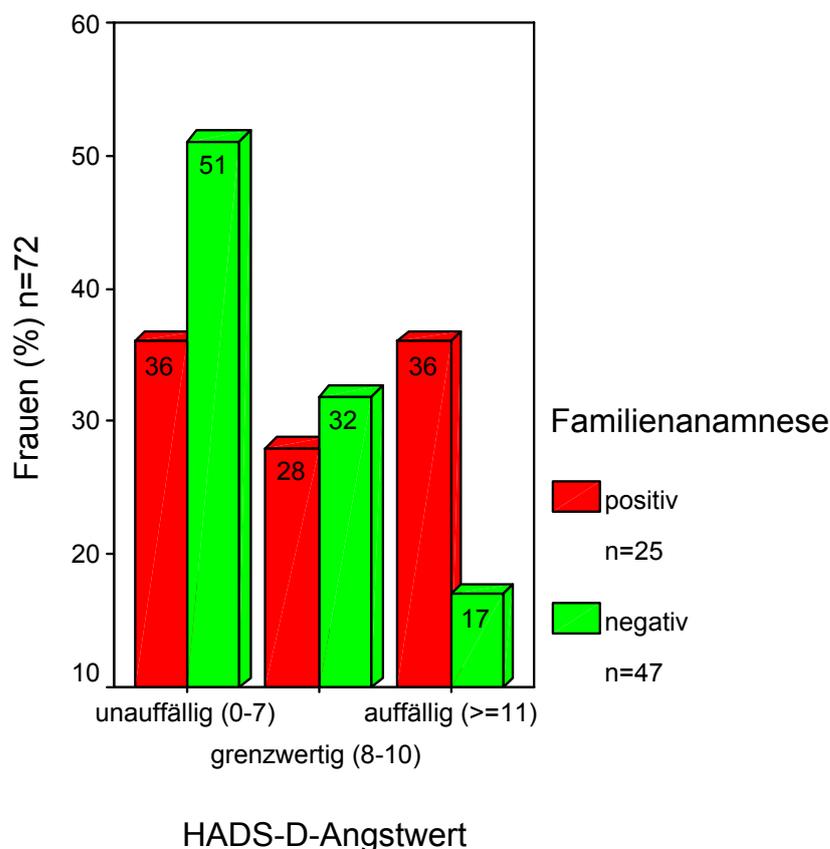


Abb. 9: Zusammenhang zwischen familiärer Brustkrebsbelastung und postoperativer Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=1)

Die Häufigkeit auffälliger depressiver Symptomatik ist im Vergleich zur Angst deutlich geringer ausgeprägt (Abbildung 10). Fast 70% der Frauen mit positiver Familienanamnese wiesen eine unauffällige depressive Symptomatik auf, Gleiches traf für die Frauen mit fehlender familiärer Brustkrebsbelastung zu.

Eine behandlungsbedürftige depressive Symptomatik war bei 20% der Frauen mit positiver Familienanamnese und nur bei 9% mit negativer Anamnese nachzuweisen. Es bestand jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen familiärer Brustkrebsbelastung und erhöhter postoperativer Angst ($p=0,201$) und Depressivität ($p=0,320$).

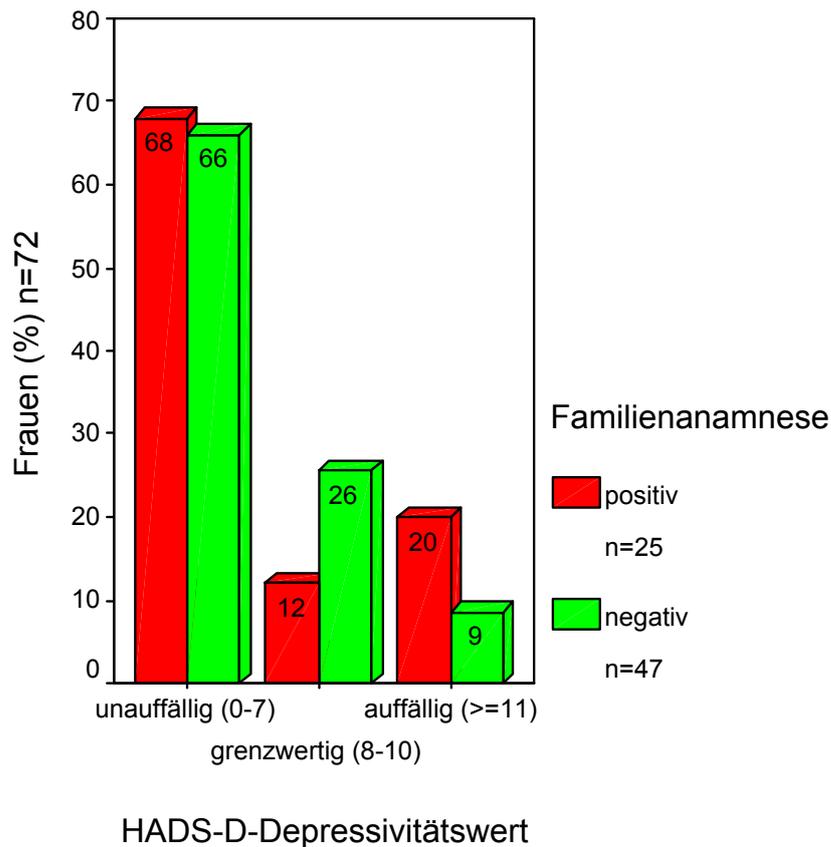


Abb. 10: Zusammenhang zwischen familiärer Brustkrebsbelastung und postoperativer Depressivität in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=1)

3.3 Soziodemographische Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität

3.3.1 Lebensalter in Korrelation zu Angst und Depressivität

Die durchgeführte Korrelationsberechnung zwischen Lebensalter und Angst wies einen signifikanten Zusammenhang ($p=0,041$) auf (Tabelle 8). Diese Korrelation zeigte einen negativen Zusammenhang ($r=-,240^*$), sodass sich das Angstniveau jüngerer Frauen signifikant höher darstellte als das der älteren Frauen. Ein Zusammenhang zwischen Lebensalter und Depressivität ließ sich nicht nachweisen.

	Angst	Depressivität	Lebensalter
Angst	1,000	,709**	-,240*
Depressivität	,709**	1,000	-,074
Lebensalter	-,240*	-,074	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 8: Korrelation zwischen Lebensalter und Angst und Depressivität postoperativ in der untersuchten Stichprobe $n=73$

Der Zusammenhang zwischen Lebensalter und postoperativer Angst und Depressivität wird in der Abbildung 11 dargestellt.

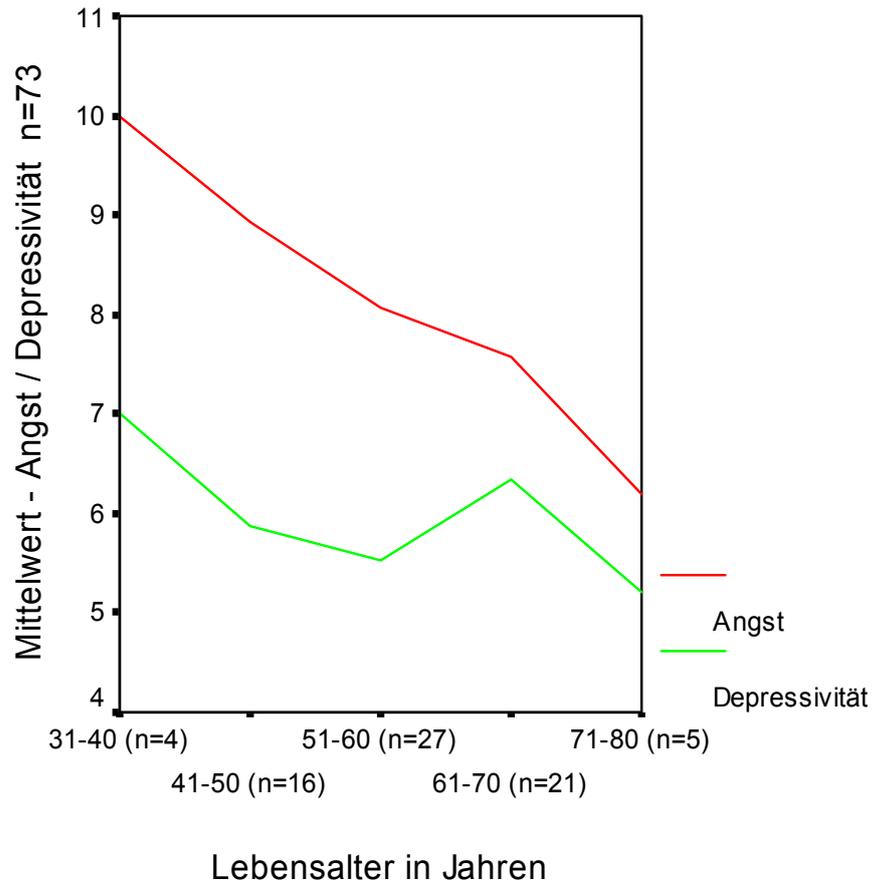


Abb. 11: Mittelwertsvergleich zwischen Lebensalter und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

3.3.2 Mutterschaft in Korrelation zu Angst und Depressivität

Im Ergebnis der Untersuchungen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Angst und Depressivität und Kindern nachgewiesen werden, wie die Abbildung 12 zeigt.

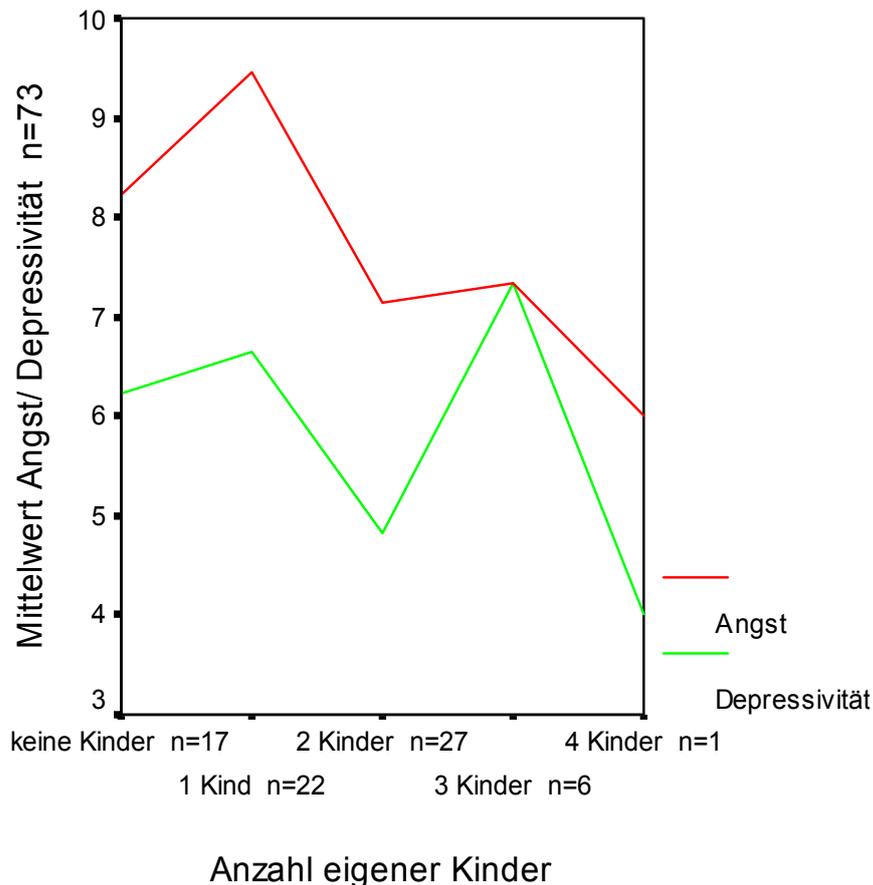


Abb. 12: Mittelwertsvergleich zwischen Anzahl eigener Kinder und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

3.3.3 Schulabschluss und Berufsausbildung in Korrelation zu Angst und Depressivität

Während ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Art des Schulabschlusses und Angst bestand ($p=0,007$), konnte dieser für die Depressivität nicht nachgewiesen werden (Tabelle 9). Frauen mit keinem oder Volks- bzw.

Hauptschulabschluss zeigten postoperativ höhere Werte für Angst als Frauen mit höherer Schulbildung (Mittlere Reife, Abitur).

	Angst	Depressivität	Schulabschluss
Angst	1,000	,676**	,317**
Depressivität	,676**	1,000	,230
Schulabschluss	,317**	,230	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 9: Korrelation zwischen Schulabschluss und Angst und Depressivität

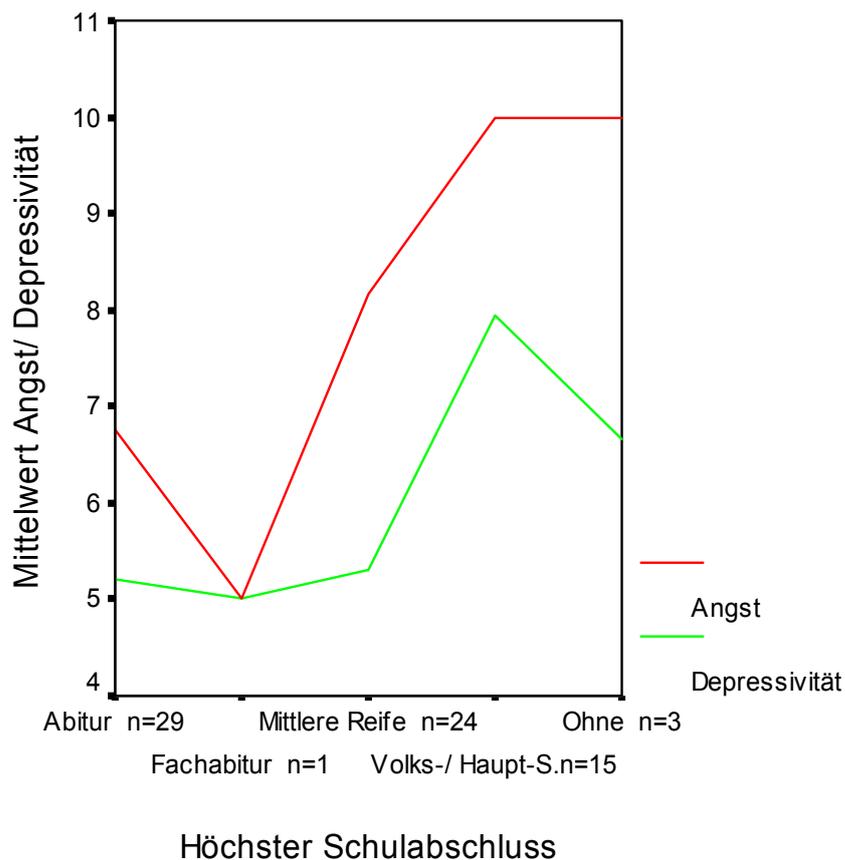


Abb. 13: Mittelwertsvergleich zwischen Schulabschluss und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

Wie die Tabelle 10 zeigt, konnte eine negative Korrelation zwischen Berufsausbildung und Angst nachgewiesen werden (-,257*). Ein höherer Ausbildungs- oder berufsbildender Abschluss war mit einem geringeren Angstniveau verbunden ($p=0,03$). Dieser Zusammenhang ließ sich nicht für die Depressivität darstellen.

	Angst	Depressivität	Berufsausbildung
Angst	1,000	,676**	-,257*
Depressivität	,676**	1,000	-,177
Berufsausbildung	-,257*	-,177	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 10: Korrelation zwischen Berufsstatus und der Angst und Depressivität

In der Abbildung 14 ist der Zusammenhang zwischen dem Ausbildungs- und berufsbildenden Status und der postoperativen Angst und Depressivität der untersuchten Stichprobe dargestellt.

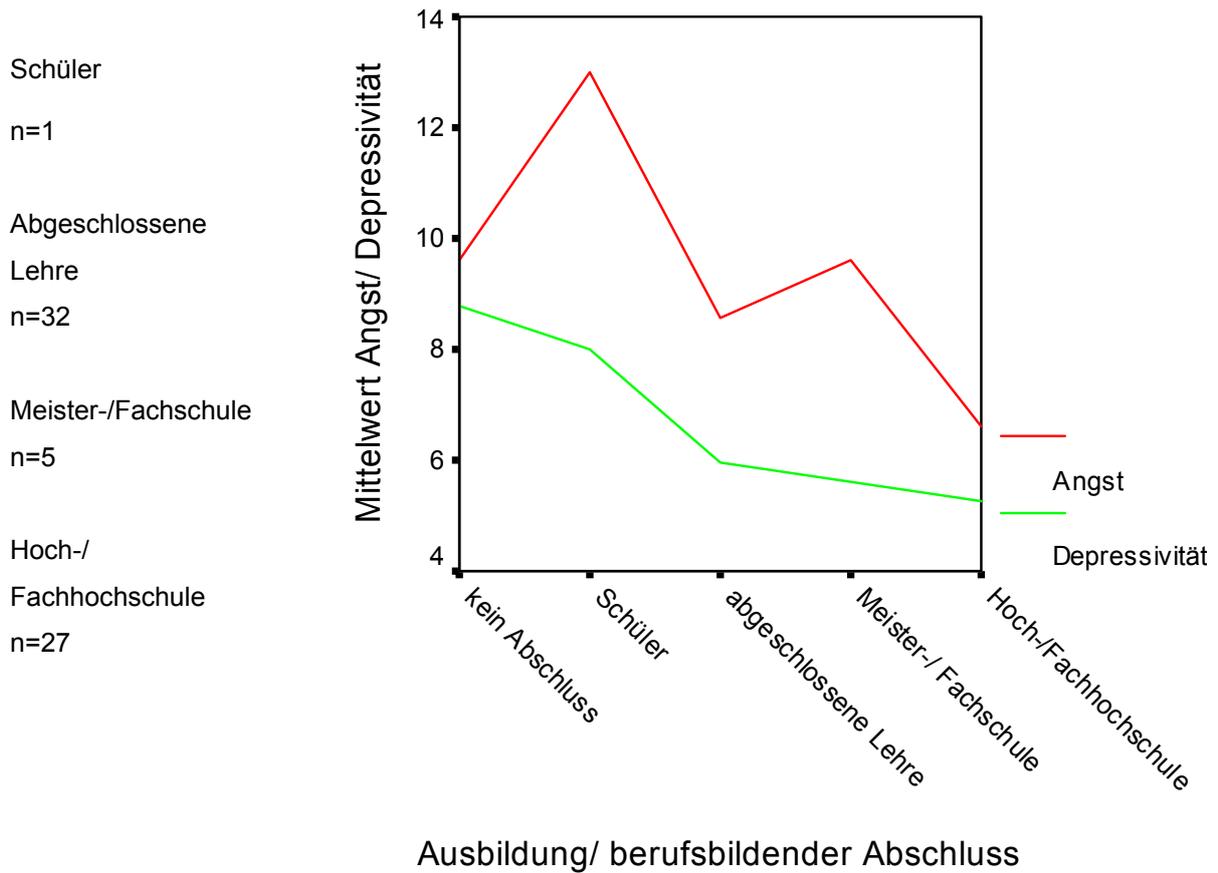


Abb. 14: Mittelwertsvergleich zwischen Ausbildung/ berufsbildendem Abschluss und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

3.3.4 Familienstand in Korrelation zu Angst und Depressivität

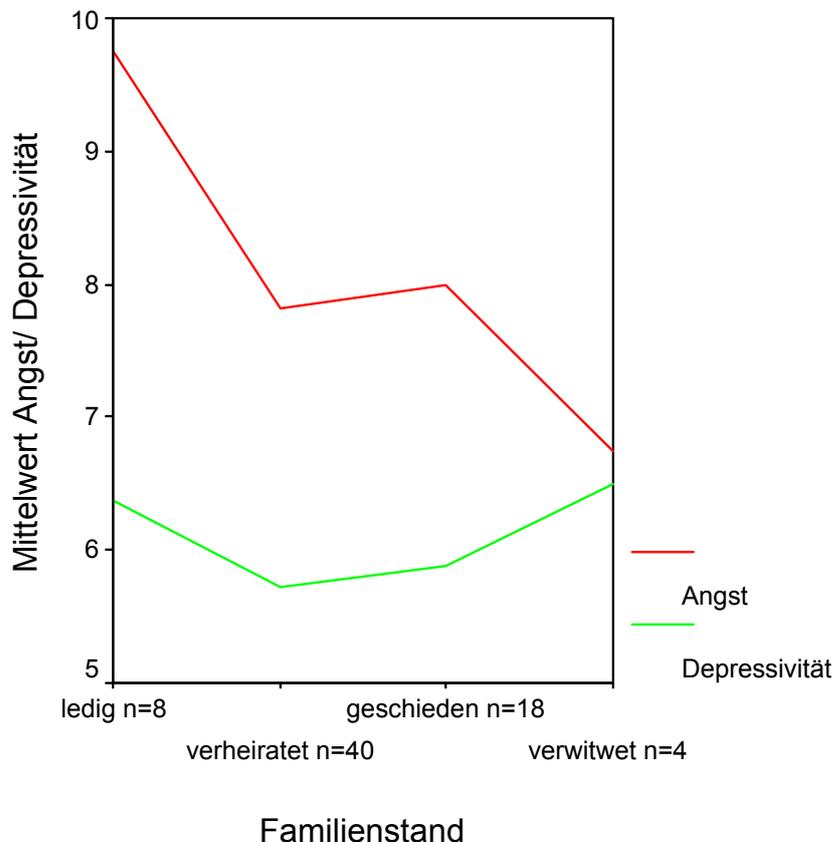


Abb. 15: Mittelwertsvergleich zwischen Familienstand und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Angst ($p=0,398$) und Depressivität ($p=0,698$) nachweisen (Abb. 15).

Über die Hälfte der 21 Frauen ohne Partnerschaft ($n=73$) zeigten postoperativ unauffällige Werte für Angst. Für 24% der Frauen ohne Partnerschaft bestanden grenzwertige und für 19% sogar behandlungsbedürftige Ängste.

Die meisten der untersuchten Frauen gaben an, in einer festen Beziehung zu leben ($n=49$) von ihnen wiesen 31% grenzwertige und 24% behandlungsbedürftige Ängste auf. Ohne erhöhtes Angstniveau waren 45% der Frauen.

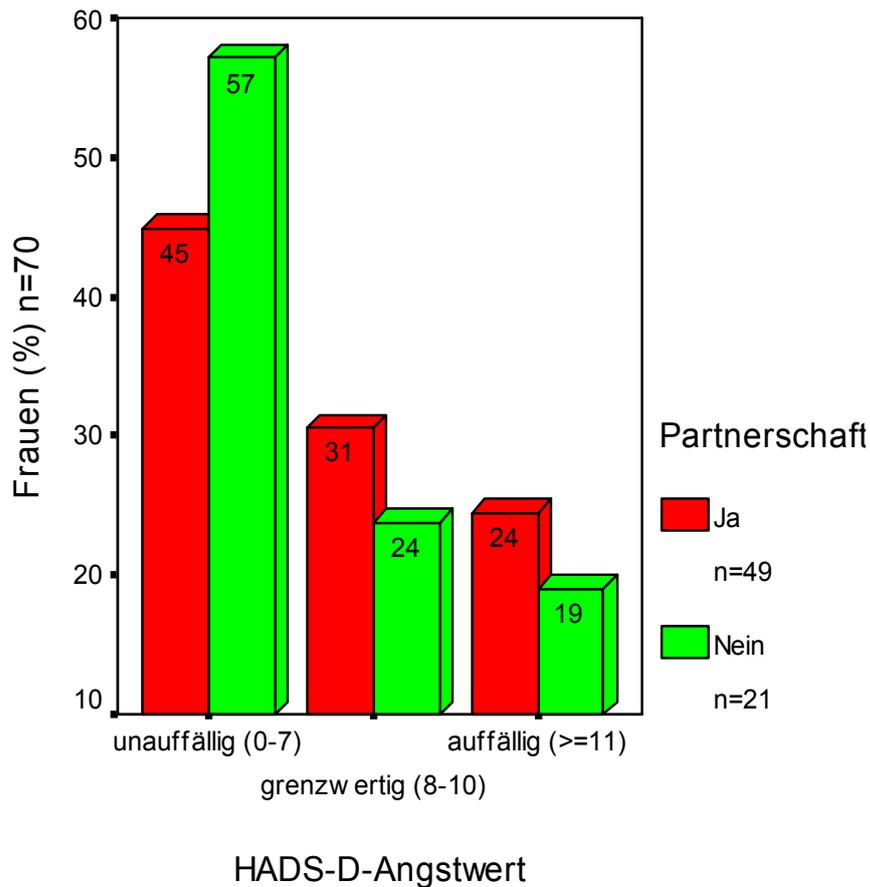


Abb. 16: Zusammenhang zwischen Partnerschaft und postoperativer Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

Im Vergleich zur Angst war die Depressivität deutlich geringer ausgeprägt.

71% der Frauen mit Partnerschaft zeigten unauffällige depressive Symptomatik, für lediglich 16% waren die Depressivitätswerte grenzwertig hoch und für 12% der Frauen war die Höhe der gemessenen Depressivität behandlungsbedürftig (Abbildung 17).

29% der Frauen ohne Partnerschaft ließen eine sehr stark ausgeprägte depressive Symptomatik erkennen, für 14% der Frauen war diese grenzwertig und für 57% unauffällig. Bei Frauen ohne Partnerschaft bestand im Vergleich zu Frauen mit Partnerschaft eine höhere Ausprägung der Depressivität, jedoch ohne Signifikanz ($p=0,688$).

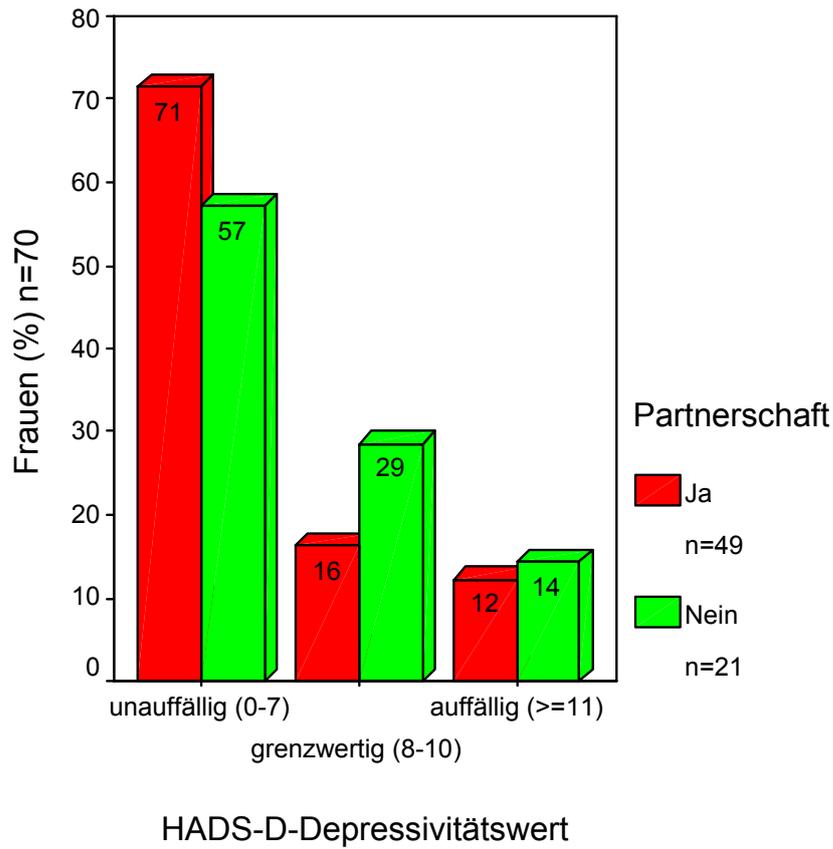


Abb. 17: Zusammenhang zwischen Partnerschaft und postoperativer Depressivität der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

3.4 Psychosoziale Variablen in Korrelation zu Angst und Depressivität

3.4.1 Selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde in Korrelation zu Angst und Depressivität

Die Datenanalyse (Tabelle 11) zeigte zwar einen möglichen protektiven Einfluss der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde auf die Depressivität ($r=-,241^*$), nicht aber auf die Angst. Je mehr Unterstützung subjektiv von den Frauen wahrgenommen wurde, desto weniger depressive Symptomatik ließ sich postoperativ nachweisen ($p=0,040$).

	Angst	Depressivität	Soziale Unterstützung
Angst	1,000	,676**	,018
Depressivität	,676**	1,000	-,241*
Soziale Unterstützung	,018	-,241*	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 11: Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und Angst und Depressivität

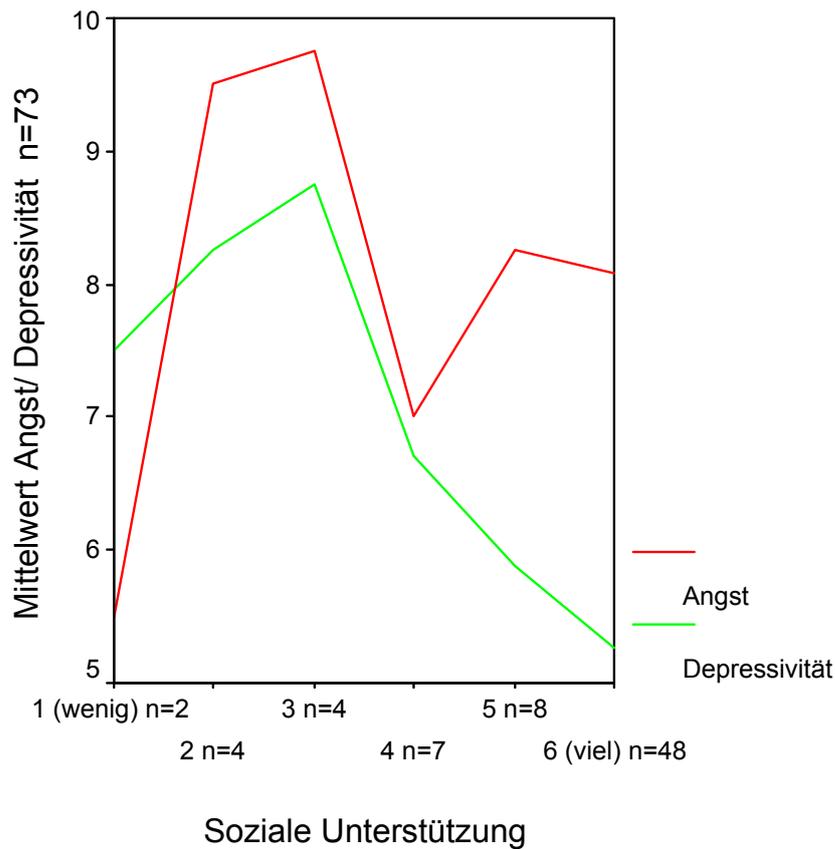


Abb. 23: Mittelwertvergleich zwischen sozialer Unterstützung und den Subskalen Angst und Depressivität der HADS

3.4.2 Psychotherapieerfahrungen in Korrelation zu Angst und Depressivität

Bezüglich der Ausprägung von Angst ($p=0,009$) und Depressivität ($p=0,002$) bestand eine hohe Signifikanz bei jenen Frauen, die bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung schon ein- oder mehrmals psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen hatten (Tabelle 12).

	Angst	Depressivität	Psychotherapieerfahrungen
Angst	1,000	,676**	-,308**
Depressivität	,676**	1,000	-,371**
Psychotherapieerfahrungen	-,308**	-,371**	1,000

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 12: Korrelation zwischen Psychotherapieerfahrungen und Angst und Depressivität

17 der 73 Frauen berichteten über Psychotherapieerfahrungen. Von diesen Frauen wiesen über die Hälfte (53%) Angstsymptome über dem Cutoff-Wert ≥ 11 auf. Ein erhöhtes Angstniveau konnte sogar noch für 24% der Frauen nachgewiesen werden (Abbildung 19).

In der untersuchten Stichprobe (n=73) waren 53 Frauen ohne psychotherapeutische Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Brustkrebserkrankung. In dieser Gruppe ließen sich im Vergleich zu den Frauen mit Psychotherapieerfahrungen gleicher Stichprobe geringere Ausprägungen der Angst postoperativ nachweisen (Abbildung 20).

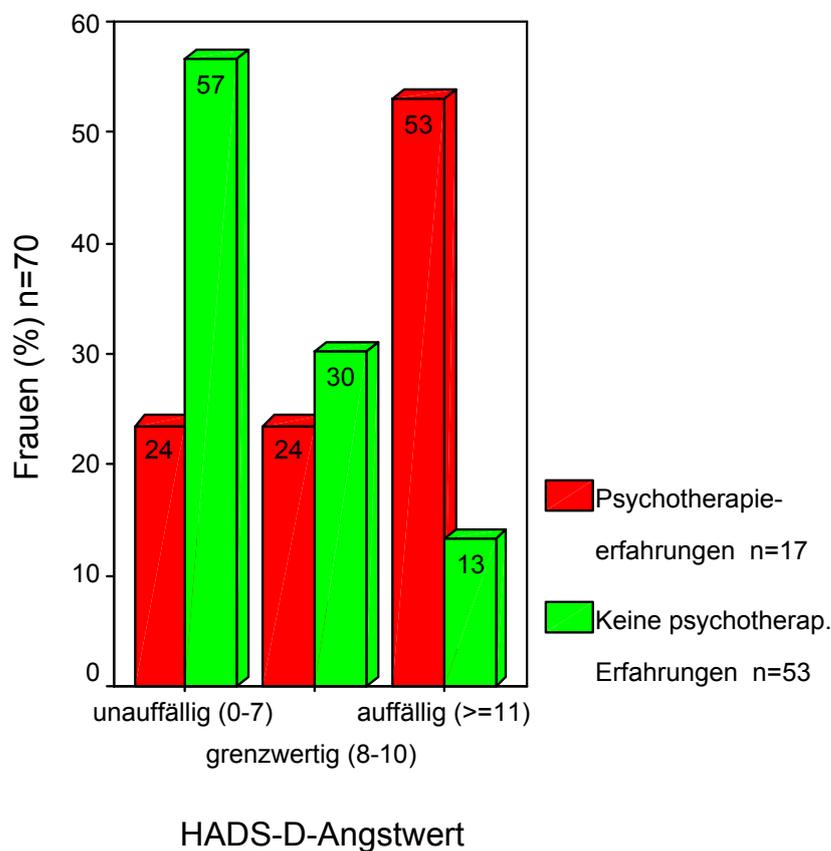


Abb. 19: Zusammenhang zwischen Psychotherapieerfahrung und der postoperativen Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

Die gemessene postoperative Depressivität für die Gruppe mit psychotherapeutischer Behandlung bis zur Brustkrebserkrankung zeigte, dass für 64% dieser Frauen erhöhte

Werte für Depressivität nachgewiesen werden konnten, von denen 35% grenzwertig und 29% auffällig waren (siehe Abbildung 20).

Wie aus der Grafik weiterhin ersichtlich, zeigten 77% der 53 Frauen ohne psychotherapeutische Behandlung bis zur Diagnose Brustkrebs unauffällige depressive Symptomatik, für 15% war diese grenzwertig und für 8% der Frauen auffällig.

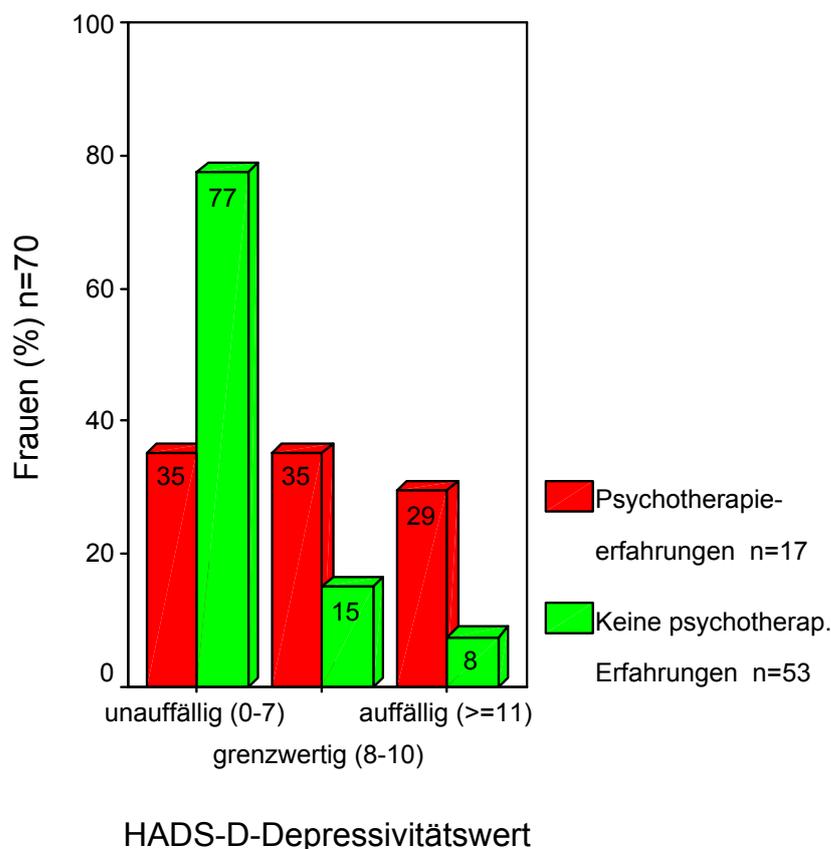


Abb. 20: Zusammenhang zwischen Psychotherapieerfahrungen und der postoperativen Depressivität in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

In der Abbildung 21 wird zusammenfassend der Zusammenhang zwischen Psychotherapieerfahrungen und Angst und Depressivität in der Untersuchungsgruppe nach Erst-Operation bei Mammakarzinom dargestellt.

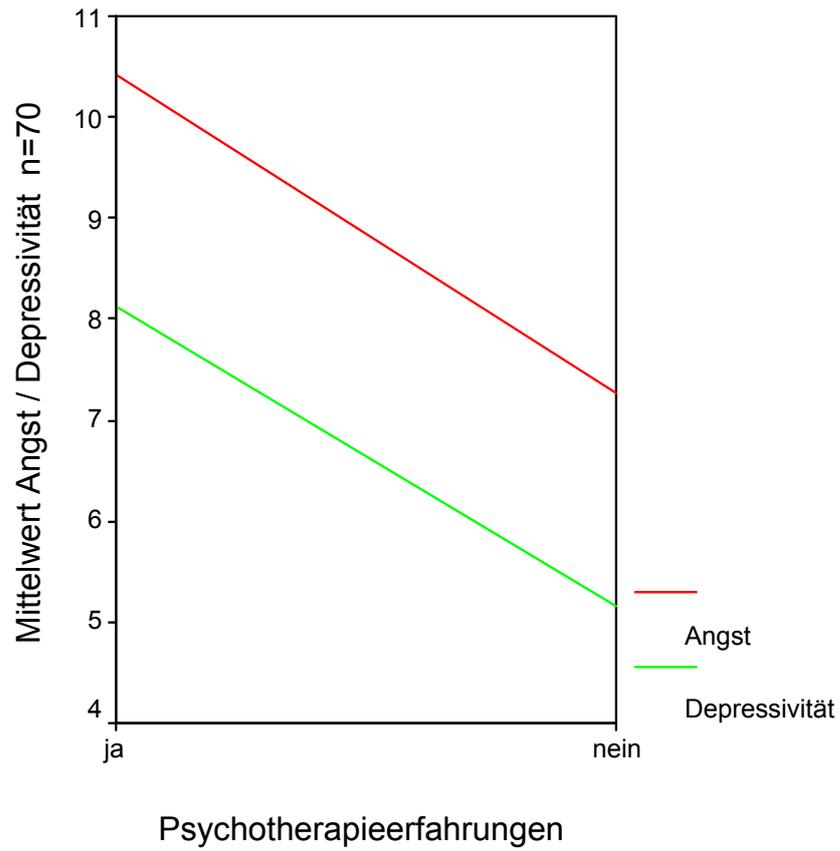


Abb. 21: Zusammenhang zwischen Psychotherapieerfahrungen und postoperativer Angst und Depressivität in der untersuchten Stichprobe (n=73, Missing n=3)

3.4.3 Kritische Lebensereignisse in Korrelation zu Angst und Depressivität

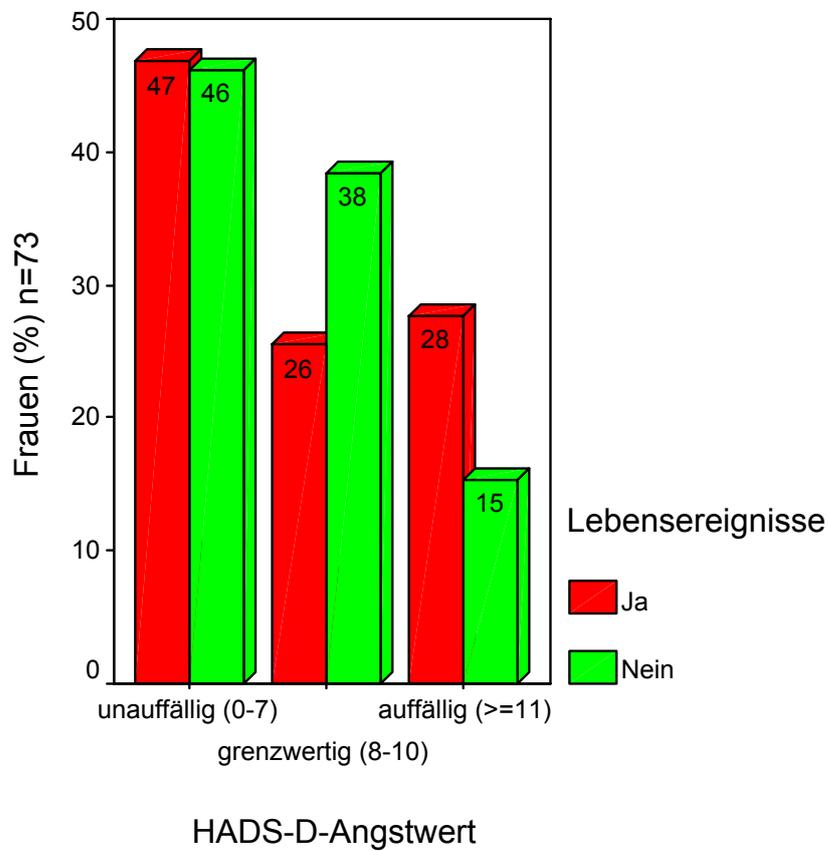


Abb. 22: Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und postoperativer Angst in der untersuchten Stichprobe (n=73)

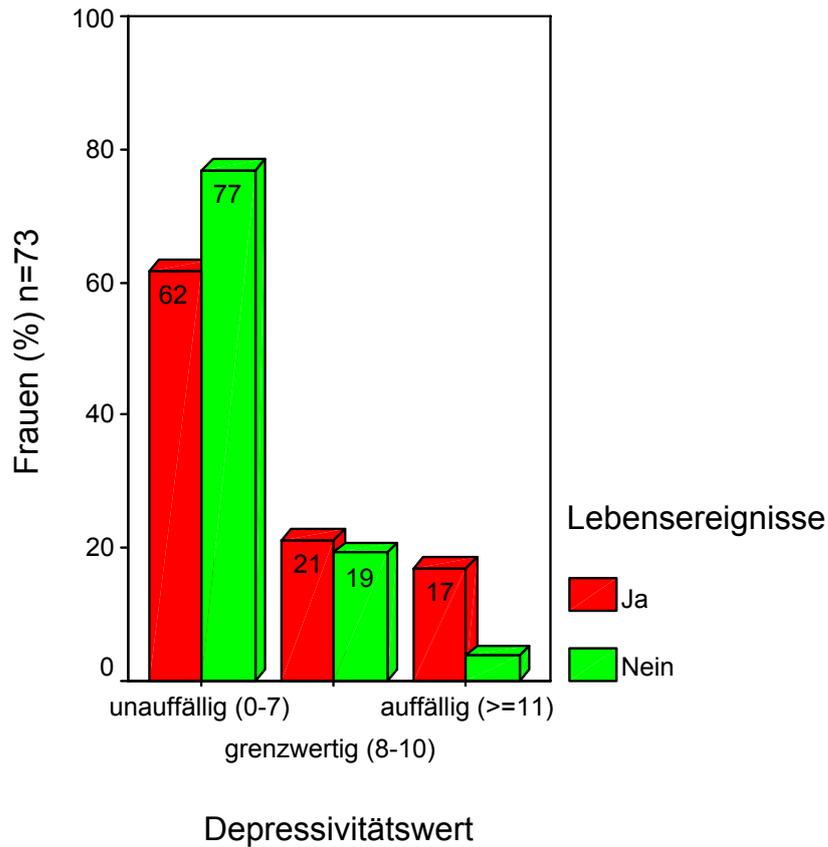


Abb. 23: Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und der postoperativen Depressivität in der untersuchten Stichprobe (n=73)

Ein Zusammenhang zwischen negativen Lebensereignissen und postoperativer Angst ($p=0,900$) und Depressivität ($p=0,191$) bei Brustkrebspatientinnen ließ sich nicht bestätigen.

3.5 Zusammenfassung der Korrelationsberechnungen

3.5.1 Zusammenhang zwischen klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und Angst

Die in Abbildung 24 dargestellte Zusammenschau beschreibt den Zusammenhang zwischen den in dieser Arbeit verwendeten klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und der Angst, gemessen in der HADS zum Zeitpunkt 0. bis 7. Tag postoperativ bei Frauen mit Brustkrebs. In fester Beziehung zu den HADS-Werten der Angst standen das Lebensalter und der Menopausenstatus. Jüngere sowie prämenopausale Frauen zeigten ein höheres Angstniveau als ältere Frauen. Das Bildungsniveau der Frauen wies ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zu der Angst auf. Frauen mit höherem Schulabschluss und Berufsstatus zeigten postoperativ signifikant geringere Angstsymptomatik als Frauen mit geringerem Bildungsniveau.

Auch für jene Frauen, die bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung schon ein- oder mehrmals psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen hatten, ließ sich eine hohe Signifikanz zur Angst nachweisen. Ohne signifikanten Zusammenhang zur postoperativen Angst blieben die Operationsmethode, maligne Vorerkrankungen, familiäre Brustkrebsbelastung, Partnerschaft, Anzahl der Kinder und die selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde (Abbildung 24).

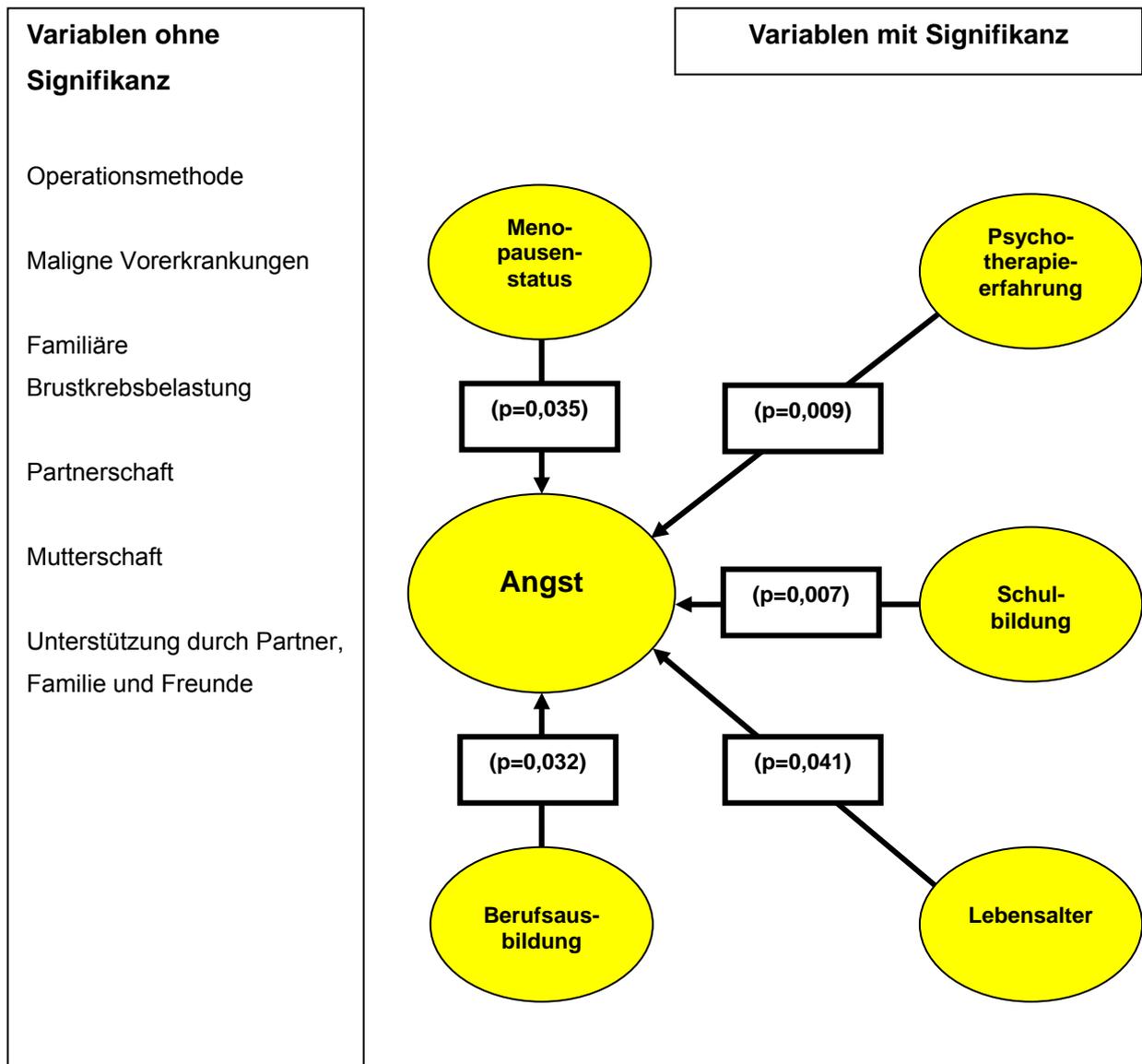


Abb. 24: Zusammenhang zwischen den klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und der postoperativ gemessenen Angst in der HADS

3.5.2 Zusammenhang zwischen klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und Depressivität

Die in der Abbildung 25 dargestellte Zusammenschau stellt den Zusammenhang zwischen den klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und der Depressivität, gemessen in der HADS zum Zeitpunkt 0. bis 7. Tag postoperativ bei Frauen mit Brustkrebs dar. Es zeigte sich ein möglicher protektiver Einfluss der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde auf die Depressivität. Je mehr soziale Unterstützung die Brustkrebspatientinnen wahrnehmen konnten, desto weniger depressive Symptomatik ließ sich postoperativ nachweisen. Gleiches galt für jene Frauen, die bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen hatten. Es ließ sich für sie ein höchst signifikanter Zusammenhang zu der Ausprägung der Depressivität zum postoperativen Zeitpunkt nachweisen.

Ohne signifikanten Zusammenhang zur Depressivität blieben Operationsmethode, Menopausenstatus, maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte, familiäre Brustkrebsbelastung, Lebensalter, Partnerschaft, Anzahl geborener Kinder, Schulbildung und Berufsausbildung.

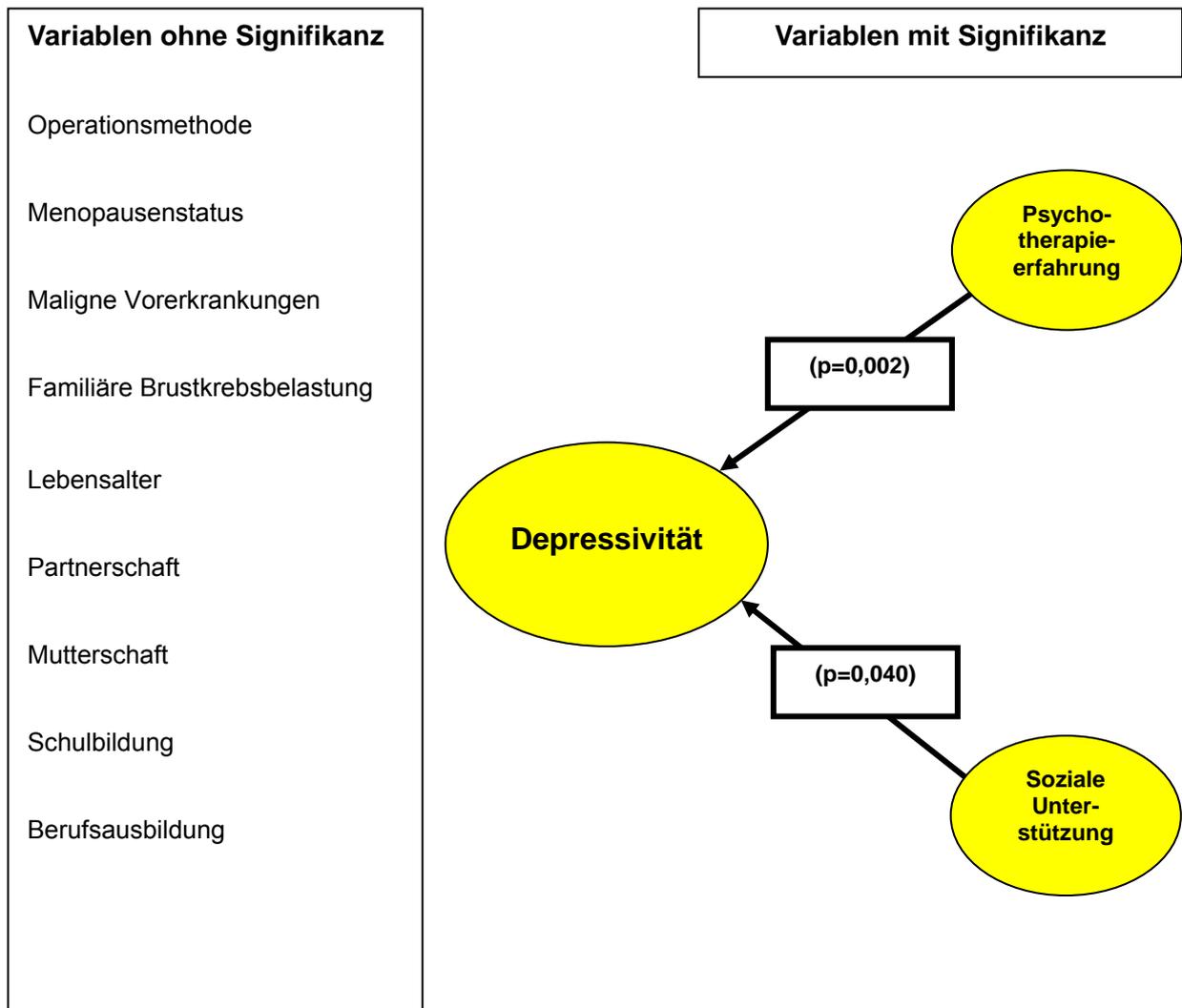


Abb. 25: Zusammenhang zwischen den klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Variablen und der postoperativ gemessenen Depressivität in der HADS

4 Diskussion

4.1 Brustkrebspatientinnen zeigen postoperativ ein hohes Maß an Angst und Depressivität

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Brustkrebspatientinnen zum Zeitpunkt 0. bis 7. Tag postoperativ emotional sehr belastet waren. Über 50% der Frauen wiesen überdurchschnittliche Werte für Angst und 30% für Depressivität auf.

Die Diagnosestellung und die darauf folgende Operation stellen für die Frauen eine außergewöhnlich starke psychische Belastung dar. Zusätzlich zum Krankenhausaufenthalt stellen sich für die Betroffenen existentielle Fragen, die Themen wie Tod, Trauer, Umgang mit Familie und sozialem Umfeld sowie eigene Leistungsfähigkeit beinhalten. Darüber hinaus führen postoperativ notwendige Therapien wie Chemotherapie, Strahlentherapie und Hormontherapie zu weiteren Belastungen im physischen Bereich. So sehen sich die Frauen schon während des Krankenhausaufenthaltes unter anderem mit Nausea, Gewichtsänderungen und Fatigue konfrontiert. Gleichzeitig stellen auch die nachfolgenden Behandlungen eine psychische Belastung dar, da sich die Patientinnen aufgrund äußerlicher Veränderungen wie Alopezie selbst oft stigmatisiert sehen.

Patientinnen fühlen sich aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation verunsichert, oft auch hilflos und haben möglicherweise keine Strategien zur Bewältigung dieser Situation. Folge ist die Entwicklung von Angstgefühlen bis hin zu der Manifestation behandlungsbedürftiger Angstsymptome (11;16;20;21;25-28).

In der deutschen Studie von Härter et al. zählten die depressiven Störungen mit 11% und die Angsterkrankungen mit 17% zu den häufigsten psychischen Störungen (21). Die in dieser Studie ermittelte Prävalenz für die postoperative Depressivität zeigte sich deutlich geringer im Vergleich zur Angst, so dass angenommen werden kann, dass den Frauen aufgrund des geringen Zeitfensters (0. bis 7. Tag postoperativ) zu wenig Raum für eine Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung gegeben war. Zudem können Mechanismen wie Verdrängung, die kurzfristig als adaptiv bezüglich der aktuellen gesundheitlichen Situation gesehen werden können, als Schutz vor physischer und

psychischer Dekompensation dienen. Längerfristig jedoch wirken sich diese Mechanismen maladaptiv auf den Verarbeitungsprozess aus. Depressionsbezogene Merkmale wie z. B. Hilflosigkeitsgefühle entstehen möglicherweise erst dann, wenn die Frauen sich wieder in ihr Alltagsleben und ihr soziales Umfeld nach dem Krankenhausaufenthalt integrieren müssen.

Der Unterschied in der Ausprägung von Angst versus Depressivität mit höherer Ausprägung der Angst postoperativ konnte in dieser Studie bestätigt werden und entspricht den Ausführungen von Härter et al., Hopwood et al., Maraste et al., Carroll et al., Montazeri et al. (21;24;26;41;54). Für 23% der 73 Frauen zeigte sich ein Cutoff-Wert ≥ 11 auf der Subskala Angst, welche in der Häufigkeit einer vergleichbaren deutschen Studie, die ebenfalls 23% für Angst bei einem Cutoff-Wert > 10 nachwies, entspricht (21). Ähnliche Aussagen tätigten Carroll et al. und Pinder et al. (25;41). Im Gegensatz dazu fanden sich für Depressivität mit 12% bei einem Cutoff-Wert ≥ 11 im Vergleich zur o.g. Studie deutlich geringere Werte. Vergleicht man die Mittelwerte auf den beiden HADS-Subskalen Angst und Depressivität der onkologischen Patienten aus Hermann et al. mit der untersuchten Stichprobe, so ist festzustellen, dass deutliche Unterschiede in der Ausprägung der Angst und Depressivität nachzuweisen sind (33). Hermann et al. beschrieben den Mittelwert für Angst mit 5,9 und für Depressivität mit 5,4 (33). In dieser Studie lag der Mittelwert für Angst bei 8,1 und für Depressivität bei 5,9, also deutlich über dem der o.g. Studie. Die Ausprägung der Angstwerte lag zudem deutlich über denen der Depressivität, wie auch in zahlreichen Studien nachgewiesen werden konnte (12;21;24;26;41;54).

4.2 Die Operationsmethode zeigt sich in keiner Korrelation zu Angst und Depressivität

In der vorliegenden Stichprobe erhielten 81% (59/73) der Frauen eine BET und 15% (11/73) eine Ablatio mammae. Die Verteilung der durchgeführten Operationsmethoden, Ablatio und BET, entspricht den in der Literatur beschriebenen Angaben (BET 60-80%, Ablatio mammae 20-40%) (1).

Es konnte nachgewiesen werden, dass das Selbstwertgefühl einen signifikanten Effekt auf die Lebensqualität bei jungen Frauen mit Brustkrebs hat (55). Es zeigte sich, dass

vor allem das veränderte Körperbild und die damit verbundene verminderte Attraktivität nach Ablatio mammae zu einem Einschnitt in die Lebensqualität führen (56;57). Studien belegten, dass Frauen nach BET eine geringere Prävalenz für Angst und Depressivität aufwiesen (1;26;58;59). Andere Studien setzten dem entgegen, dass die Operationsmethode allein keinen Einfluss auf die Ausprägung von Angst und Depressivität hat (60;61). Diese widersprüchlichen Studienergebnisse sollten in der vorliegenden Studie in Form von Arbeitshypothesen näher untersucht werden.

Die erste Hypothese besagte, dass die Brustkrebspatientinnen nach BET geringere Angst- und Depressivitätswerte in der HADS aufweisen als Frauen nach Ablatio mammae. Unsere Ergebnisse hinsichtlich dieser Hypothese zeigten, dass kein Zusammenhang zwischen Operationsmethode und Angst und Depressivität besteht. Damit konnten die Ergebnisse der Studien von Wong-Kim et al. und Kiebert et al. bestätigt werden (60;61). Das Ergebnis deutet darauf hin, dass klinische Faktoren mit der Lebensqualität zusammenhängen, aber nicht depressive oder Angsterkrankungen voraussagen bzw. in signifikanten Beziehungen zu ihnen stehen. An dieser Stelle muss hinsichtlich der Methodik kritisch darauf hingewiesen werden, dass sich die Stichprobe dieser Studie zum größeren Teil aus Patientinnen zusammensetzte, welche eine BET erhielten. In weiterführenden Studien sollte diesbezüglich eine größere Stichprobe gewählt werden, um diese Frage befriedigend klären zu können.

4.3 Keine Korrelation zwischen Patientinnen mit positiver Familienanamnese und Angst und Depressivität

Eine familiäre Belastung mit gehäuftem Auftreten von Mammakarzinom wird in der Literatur für 10-15% der erkrankten Frauen angegeben (1;62). Für die verwendete Stichprobe dieser Studie zeigte sich jedoch mit 34,2% ein sehr hoher Anteil von Frauen, die Belastungen durch Familienangehörige mit Brustkrebs ausgesetzt waren. Für diese Frauen stellt sich die Frage nach einem möglichen Einfluss auf die postoperative Entwicklung von Angst und Depressivität.

In dieser Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Mammakarzinompatientinnen mit positiver Familienanamnese und Angst und Depressivität nachgewiesen werden. Das widerspricht den in der Literatur angegebenen Überlegungen zum Einfluss der familiären Brustkrebsbelastung auf die Angst und Depressivität. Zahlreiche Studien zeigten, dass Frauen mit einer familiären Brustkrebsbelastung häufiger unter krebsbezogenen Ängsten, Depressionen, Schlafstörungen und Beeinträchtigungen im Alltag leiden als Frauen ohne familiäre Brustkrebsbelastung (63-70).

Aus den dargestellten Ergebnissen lässt sich folgern, dass die Frauen mit gleicher Erkrankung in der Familie möglicherweise über viele krankheitsbezogene Informationen verfügen und sich dementsprechend mit der Erkrankung Brustkrebs auseinandergesetzt haben. Kritisch ist jedoch anzumerken, dass in dieser Studie die in der Literatur übliche Einteilung der familiären Belastung nach den notwendigen Konstellationen nicht erfolgte, sodass in fortführenden Studien diese in Korrelation zu Angst und Depressivität gesetzt werden sollte.

4.4 Junge Frauen mit Brustkrebserkrankung zeigen postoperativ eine erhöhte Prävalenz von Angstsymptomatik

Die zweite Hypothese besagte, dass jüngere Brustkrebspatientinnen höhere Werte für Angst und Depressivität in der HADS aufweisen als ältere Brustkrebspatientinnen. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine deutliche Abnahme der Angst mit zunehmendem Alter. Da sich im Gegensatz zur Angst die Depressivitätswerte zum postoperativen Zeitpunkt unbeeinflusst vom Lebensalter zeigten, können Aussagen aus verschiedenen Studien, die eine Einflussnahme des Lebensalters sowohl auf die Ausprägung der Angst als auch auf die Depressivität beschrieben, nur zum Teil bestätigt werden (11;35;36;38).

Die Ergebnisse der durchgeführten Korrelationsberechnungen bestätigten die Abhängigkeit von Angst und Depressivität vom Menopausenstatus und damit auch vom Lebensalter der Patientinnen. Die Trennung in prä- und postmenopausale Frauen erfolgte bei einem beschriebenen „Cutoff“ von >55 Jahren und definiert damit in den weiteren Ausführungen der Studie die Einteilung in jüngere Frauen (≤55 Jahre) und ältere Frauen (>55 Jahre) (50).

Mehrere Studien beschäftigten sich mit dem Einfluss des Lebensalters auf Angst und Depressivität (11;35;36;38;50;55;71). In einer Studie von Turner et al. wurden 66 Brustkrebspatientinnen untersucht, bei denen innerhalb der letzten sechs Monate ein Rezidiv (21%) oder eine Metastasierung (78,8%) diagnostiziert wurden (50). In dieser Studie erfolgte die Einteilung der Frauen in zwei Gruppen: zum einen in eine Gruppe ≤ 55 Jahren (29/66), zum anderen in eine Gruppe > 55 Jahren (37/66). Frauen ≤ 55 Jahren hatten einen Mittelwert der Subskala Angst der HADS von 7. Im Vergleich dazu war dieser für Frauen über 55 Jahren mit 5,1 deutlich niedriger. Die Subskala Depressivität mit geringerer Differenz im Mittelwertsvergleich zeigte für Frauen ≤ 55 Jahren einen Mittelwert für Depressivität von 4,4, und für Frauen > 55 Jahren lag dieser bei 4,2 (50).

Verschiedene Studien kamen zu dem Ergebnis, dass jüngere Frauen infolge Mehrbelastung durch Familie, Beruf und Karriere nach der Diagnosestellung Brustkrebs mehr soziale Unterstützung benötigen (71;72). Diese haben im Vergleich zu älteren Frauen ein erhöhtes Risiko für psychologischen Distress, der sich, in Verlaufsstudien beschrieben, auch in der Zunahme sexueller Probleme widerspiegelt (56;73), die besonders für junge Frauen ursächlich für das postoperativ schlechtere Befinden sein könnten. Studien zeigten, dass jüngere Frauen mit Brustkrebs zu einem höheren Distress neigen und eine geringere Lebensqualität gegenüber älteren Frauen aufweisen (37;55;60).

Jüngere Frauen werden im Vergleich zu älteren Frauen durch die Erziehung ihrer noch nicht selbständigen Kinder, durch berufliches Karrierestreben und die erhöhte Wahrscheinlichkeit allein erziehende Mütter zu werden, zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Das Wissen junger Frauen um die schlechtere Prognose ihrer Erkrankung aufgrund einer höheren Proliferationsrate und Metastasierungstendenz des Tumors im Vergleich zu älteren Frauen (48;74), die plötzliche Konfrontation mit Tod und Endlichkeit des Lebens – Erfahrungen, die ältere Patientinnen bereits selbst oder in ihrem Umfeld gemacht haben – erklären die erhöhte Ängstlichkeit im postoperativen Zeitraum.

Die Ergebnisse anderer Studien, welche nachwiesen, dass das Lebensalter einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung von Depressionen hat, konnten mit dieser

Studie nicht bestätigt werden (60;75). Die Gründe dafür könnten sein, dass zum einen die untersuchten Frauen dieser o.g. Studien erst drei bis sieben Monate nach der Diagnosestellung Brustkrebs interviewt wurden und zum anderen auch Frauen ohne Berücksichtigung ihrer Krankheitsstadien oder einer möglichen Therapie mit Psychopharmaka Einschluss in die Studie fanden (60;75).

4.5 Mutterschaft zeigt sich in keiner Korrelation zu Angst und Depressivität

Der Studie von Wong-Kim and Bloom folgend, zeigen Brustkrebspatientinnen mit im Haushalt lebenden Kindern im Vergleich zu kinderlosen Frauen eine höhere Ausprägung für postoperative Angst und Depressivität (60).

Die Aussage der Hypothese 4, dass Brustkrebspatientinnen, die Kinder geboren haben, postoperativ höhere Angst- und Depressivitätswerte aufweisen als kinderlose Patientinnen, konnte durch unsere Studie nicht bestätigt werden. Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Angst und Depressivität und der Anzahl der Kinder nachweisen.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass der Anteil kinderloser Frauen deutlich unter denen der Frauen mit Kindern lag. Als ein Faktor – wie auch in der Studie von Wong-Kim and Bloom beschrieben – war zu vermuten, dass Kinder der erkrankten Brustkrebspatientinnen einen möglichen Einfluss auf die postoperative Befindlichkeit ausüben (60). Da jüngere Frauen im Gegensatz zu älteren Frauen Kinder haben, die noch von ihnen abhängig sind oder noch im Haushalt leben, lastet mehr Verantwortung auf ihnen. Im Lebensalltag sind die Frauen zudem durch Kindererziehung, Hauswirtschaft, Beruf und Karriere mehr belastet, was vermuten lässt, dass sich die Belastung aus einem Komplex verschiedener Faktoren zusammensetzt und sich so die signifikante Beziehung zwischen Lebensalter und Angst erklären lässt.

4.6 Bildung und Berufsausbildung werden häufig unterschätzt

In der Hypothese 7 wurde von einer nicht vorhandenen Korrelation zwischen Schulbildung der an Brustkrebs erkrankten Frauen und Angst und Depressivität ausgegangen, welche in gleicher Form in der Hypothese 8 für die Berufsausbildung

formuliert wurde. Wie in der Studie von Pinder et al. beschrieben, zeigten an Brustkrebs erkrankte Frauen aus den sozialen Unterschichten eine höhere Ausprägung von Angst im Vergleich zu Depressivität (25).

Es konnte in dieser Studie nachgewiesen werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Angst und Schulabschluss der untersuchten Stichprobe besteht. Frauen mit niedrigerem Schulabschluss zeigten postoperativ unabhängig von der Art der Operation (BET/ Ablatio) höhere Werte für Angst als Frauen mit höherem Schulabschluss. Gleiches galt für die Beziehung zwischen Angst und Berufsausbildung. Damit zeigt sich, dass Frauen mit einem niedrigeren Ausbildungs- oder berufsbildenden Abschluss höhere Angstwerte aufweisen als Frauen mit einer höheren Berufsausbildung. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass Frauen mit höherer Bildung und Berufsausbildung durch ihre Informationsmöglichkeiten und ihren Informationsinput aktive Bewältigungsstrategien entwickeln können. Des Weiteren kann angenommen werden, dass sie befähigter sind, sich schneller Wissen über ihre Erkrankung anzueignen, mehr Beratung einzufordern und in ihren Familien und ihrem Bekanntenkreis offener mit der Krankheit umzugehen. Die Aktivitäten, die sich in dieser Phase um die Patientin und ihre Krankheit entwickeln, nehmen sie differenziert in Anspruch, lenken sie ab und bieten weniger Platz und Zeit für destruktive Gedanken und die Entstehung von Angststörungen. Es wird diesbezüglich ebenfalls vermutet, dass Frauen mit geringerem Bildungsniveau Informationsmöglichkeiten, wie beispielsweise das Internet, weniger nutzen. Infolgedessen besteht Unwissenheit über ihre Erkrankung, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten. Die ihnen nicht zugänglichen Informationsmöglichkeiten als eine mögliche Voraussetzung können zu Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und dem Gefühl des Ausgeliefertseins führen und letztlich damit zur Entwicklung von Angst.

In der vorliegenden Studie konnte kein Zusammenhang zwischen Depressivität und Schulabschluss bzw. Berufsstatus hergestellt werden. Möglicherweise ist der Erhebungszeitpunkt für die Depressivitätswerte zu früh nach der Operation, so dass in einer weiterführenden Studie die Erfassung der Depressivität in einem Längsschnitt oder über einen längeren Zeitraum nach der Operation erfolgen sollte.

4.7 Die wahrgenommene Unterstützung nimmt unabhängig von Familienstand und Partnerschaft einen hohen Stellenwert ein

Einen hohen Stellenwert hinsichtlich Angst und Depressivität nimmt die selbst wahrgenommene Unterstützung vonseiten der Partner, Familie und Freunde ein (12;35;36;44). Die Bedeutung sozialer Unterstützung zeigte sich auch in der Studie von Corney et al., in der Frauen ohne feste Partnerschaft im Vergleich zu Frauen mit fester Partnerschaft nach Unterleibsoperation eine höhere Ausprägung von Angst und Depressivität aufwiesen (45).

Bloom et al. untersuchten in ihrer Studie 336 Brustkrebspatientinnen im Alter bis zu 50 Jahren (71). Die meisten der Frauen waren verheiratet (65%), berufstätig (75%) und hatten Kinder (63%). Die Ergebnisse dieser Studie zeigten den höheren Bedarf an sozialer Unterstützung für jüngere Frauen im Vergleich zu älteren Frauen und unterstrichen zudem die positive Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden. Jüngere Frauen mit wenig sozialer Unterstützung wiesen zudem signifikant höhere Werte für psychische Belastungen auf.

Betrachtet man, inwieweit sich die subjektiv wahrgenommene Unterstützung durch das soziale Umfeld auf die postoperative Angst und Depressivität auswirkt, so ließ sich der bereits hypothetisch vermutete Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Depressivität nachweisen. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Angst konnte jedoch nicht gefunden werden. Die Frauen, welche die selbst wahrgenommene Unterstützung als gut bezeichneten, zeigten eine geringere Prävalenz für Depressivität gegenüber Frauen, die eine wahrgenommene Unterstützung als gering einschätzten.

Die Annahme, dass eine feste Partnerschaft oder Ehe als „stabiles System“ den situationsbedingten Mehrbedarf an sozialer Unterstützung trägt, konnte durch die Ergebnisse dieser Studie nicht bestätigt werden. Ein signifikanter Zusammenhang ließ sich nicht nachweisen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass weniger die Institution Ehe oder Partnerschaft als ausschlaggebende Faktoren zu betrachten sind, sondern die selbst wahrgenommene Unterstützung, welche durch Ehe- oder Lebenspartner, aber auch durch das soziale Umfeld wie Familie und Freunde einen möglichen Einfluss auf die Entstehung von Angst und Depressivität haben. Die Ehe oder Partnerschaft als

angenommener Garant für eine einfühlsame Unterstützung bei der Bewältigung von Angst und Depressivität ist in dieser Studie nicht nachzuweisen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aufgrund der nachgewiesenen Korrelation zwischen der selbst wahrgenommenen Unterstützung durch Familie und Freunde und der Depressivität auch die professionellen psychosozialen Ressourcen mehr in Anspruch genommen werden sollten, um einer möglichen Entstehung von Depressionen rechtzeitig entgegenwirken zu können.

4.8 Frauen, die sich bereits früher in psychotherapeutischer Behandlung befanden, sind besonders gefährdet

Als mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Störungen bei Krebspatienten zählen soziale Isolation, kurz zurückliegende Verlusterlebnisse, Tendenz zum Pessimismus, sozioökonomische Belastungen, depressive Vorgeschichte, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Suizidversuche in der Vorgeschichte und wenig kontrollierbare Schmerzzustände (20;21;42;43). Ein Bedürfnis nach psychoonkologischer Unterstützung zeigte entsprechend der Studie von Brusis et al. ca. ein Drittel der Mammakarzinompatientinnen, sodass dieses Ergebnis die emotionale Instabilität nach Diagnosestellung, die eigene Hilflosigkeit im Umgang mit Brustkrebs und der Entstehung psychischer Störungen wie Angst und Depressivität widerspiegelt (76). Angaben über Frauen, die sich bereits vor der Diagnosestellung Brustkrebs in psychotherapeutischer Behandlung befanden, lassen eine erhöhte psychische Labilität vermuten.

Die im Vorfeld der Studie aufgestellte Hypothese, dass Brustkrebspatientinnen, die bis zum Zeitpunkt der Brustkrebsbehandlung psychotherapeutische Behandlungen schon ein- oder mehrmals in Anspruch genommen hatten, höhere Angst- und Depressivitätswerte aufweisen als Frauen ohne psychotherapeutische Behandlung vor Erkrankungsbeginn, ließ sich durch unsere Ergebnisse bestätigen. In der Studie gaben 17 der 73 Frauen an, bis zum Zeitpunkt der Diagnose Brustkrebs psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen zu haben. Für diese Frauen stellte

sich ein höchst signifikanter Zusammenhang sowohl zur Angst als auch zur Depressivität dar. Wir denken, dass die Erkrankung für die Frauen eine zusätzliche psychische Belastung bei geringerer Ausprägung interner persönlicher Ressourcen zur Krankheitsverarbeitung darstellt. Entsprechend diesen Ergebnissen sollte betreffenden Frauen aufgrund der sehr hohen Prävalenz psychischer Komorbiditäten eine verstärkte Aufmerksamkeit zuteil werden.

5 Zusammenfassung

Die Diagnose Brustkrebs stellt für viele Frauen einen tiefen Einschnitt in ihrem Leben dar und hat meist emotionale Reaktionen zur Folge. Angst und Depressivität sind häufig beschriebene psychische Störungen, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und Behandlung entstehen können.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau und führt in der Altersgruppe von 35 bis 45 Jahren die Todesursachenstatistik an. In Deutschland muss etwa jede zehnte Frau damit rechnen, an Brustkrebs zu erkranken. Das durchschnittliche Erkrankungsalter für Brustkrebs liegt bei 63,5 Jahren.

In der vorgestellten Studie wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen Angst und Depressivität und den klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Faktoren bei Brustkrebspatientinnen zum Zeitpunkt Tag 0 bis 7 postoperativ untersucht.

Aufnahme in die Studie fanden nach Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien 73 von 150 stationär zu behandelnden Brustkrebspatientinnen mit einem mittleren Alter von 56,6 Jahren (38 bis 79 Jahre), die erstmalig an Brustkrebs erkrankt waren und therapiert wurden.

Die Kontaktaufnahme zu den Patientinnen erfolgte durch Mitarbeiter des psychoonkologischen Teams der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, die im Brustzentrum der Charité tätig waren. Die Fragebögen wurden zur Erhebung der klinischen, soziodemographischen und psychosozialen Charakteristika in einem Handheld-Computer (Psion) gespeichert und den Patientinnen nach entsprechender Einweisung zur Beantwortung ausgehändigt. Dieser enthielt die Fragebögen Hospital Anxiety and Depression Scale – ein Selbstbeurteilungsinstrument für Angst und Depressivität somatisch erkrankter Patienten, SOZ – ein Fragebogen zur Erhebung von Sozialdaten sowie den BC-SOZ (selbstentwickelt) – ein Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer und psychosozialer Variablen.

Insgesamt ließ sich in dieser Studie von Tag 0 bis Tag 7 postoperativ eine erhöhte Prävalenz für Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen feststellen, wobei die Frauen mehr angst- als depressionsbezogene Symptome aufwiesen.

In der Studie war eine deutliche Abnahme des Angstniveaus mit zunehmendem Alter erkennbar. Neben dem Lebensalter bestand auch zwischen dem Bildungsniveau der Frauen und den postoperativ gemessenen Angstwerten ein Zusammenhang. Signifikant erhöhte Angstwerte waren für Frauen nachweisbar, die über ein geringeres Bildungsniveau verfügten. Unbeeinflusst von Lebensalter und Bildungsniveau blieben die Depressivitätswerte.

Eine sehr hohe psychische Belastung im Rahmen der Krebserkrankung mit höchst postoperativ signifikant erhöhten Angst- und Depressivitätswerten war für jene Frauen nachweisbar, die bis zum Erkrankungsbeginn schon ein- oder mehrmals psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen hatten. Entsprechend diesen Ergebnissen sollte psychotherapeutisch erfahrenen Patientinnen eine große Aufmerksamkeit zuteil werden. Die Bedeutung der selbst wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde wurde auch in dieser Studie deutlich. Der hypothetisch vermutete Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Depressivität konnte auch in dieser Studie nachgewiesen werden. Die Prävalenz für Depressivität zeigte sich deutlich erhöht bei Frauen, die nur wenig Unterstützung während der Zeit der Brustkrebsbehandlung wahrnahmen, wobei die Angstwerte unbeeinflusst blieben. Ohne Korrelation zu postoperativ gemessener Angst und Depressivität blieben die Art des operativen Vorgehens, maligne Vorerkrankungen in der Eigenanamnese, familiäre Brustkrebsbelastung, Partnerschaft und Anzahl der Kinder.

Die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie unterstreicht die Notwendigkeit eines strukturierten niederschweligen Angebotes für alle stationären Patientinnen, wobei ein besonderes Augenmerk auf Frauen mit ermittelten Risikofaktoren für das Entstehen von Angst und Depressivität gelegt werden sollte.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit und Forderung an die Therapeuten, Frauen schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung über psychoonkologische Unterstützungsangebote zu informieren, um rechtzeitig psychosoziale Interventionen einzuleiten.

6 Literaturverzeichnis

- (1) Kreienberg R, Volm T, Möbus V, Alt D. Management des Mammakarzinoms. 1 ed. Springer Verlag Berlin, Heidelberg New York, 2002.
- (2) Hiddemann W, Huber H, Bartram C. Die Onkologie Teil 2. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2004.
- (3) Miller BA, Ries LAG, Hankey BF, Kosary CL, Harris A, Devesa SS, Edwards BK. SEER Cancer Statistics Review: 1973-1990. Bethesda, MD: National Cancer Institute NIH 1993; 93:2789.
- (4) Haagensen CD. Diseases of the Breast. WB Saunders Co, 1971.
- (5) Schmidt-Matthiesen H, Bastert G. Gynäkologische Onkologie. Schattauer, Stuttgart, 1993.
- (6) Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Senologie. Fachliche Anforderung für die Zertifizierung von Brustzentren. 2003. www.dggg.de/pdf/brustzentren-zertifiz-anforderungen.pdf.
- (7) Mehnert A, Petersen C, Koch U. Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. Zschrft für Med Psychol 2003; 12:77-84.
- (8) Grimm A, Voigt B, Schneider A, Winzer KJ, Reißhauer A, Klapp BF, Rauchfuß M. Psychosoziale Befunde im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung von Mammakarzinompatientinnen. Geburtsh Frauenheilk 2005; 65:73-78.
- (9) Härter MC. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Psychother Psychosom med Psychol 2000; 50:274-286.
- (10) Tschuschke V. Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Schattauer, 2002.

- (11) Flatten G, Jünger S, Gunkel S, Singh J, Petzold E. Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. *Psychother Psych Med* 2003; 53:191-201.
- (12) Faller H, Olshausen B, Flentje M. Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. *Psychother Psychoso Med Psychol* 2003; 53:229-235.
- (13) Spencer VA, Coutts AS, Samuel SK, Murphy LC, Davie JR. Estrogen regulates the association of intermediate filament proteins with nuclear DNA in human breast cancer cells. *J Biol Chem* 1998; 273(44):29093-29097.
- (14) Northouse L. A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16(4):511-516.
- (15) Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol* 1993; 12(1):16-23.
- (16) Sonnenmoser M. Disease-Management-Programme – Brustkrebs (Teil II): Psychische Dauerbelastung. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 6:284.
- (17) Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25(5):835-841.
- (18) Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994;(16):177-182.
- (19) Vos PJ, Garssen B, Visser AP, Duivenvoorden HJ, de Haes HC. Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *J Behav Med* 2004; 27(6):557-580.
- (20) Klamert K, Weidner K, Einsle F, Distler W, Joraschky P. Psychosomatischer Betreuungswunsch bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen an einer Universitätsfrauenklinik - Gibt es einen Zusammenhang zwischen medizinischen Faktoren und psychischer Befindlichkeit? *PPmP* 2005; 55(1).

- (21) Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J. Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2000; 39:317-323.
- (22) Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. *Psychosomatics* 1999; 40(1):64-69.
- (23) McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(2):89-99.
- (24) Hopwood P, Howell A, Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *Br J Cancer* 1991; 64(2):349-352.
- (25) Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur J Cancer* 1993; 29A(4):524-527.
- (26) Maraste R, Brandt L, Olsson H, Ryde-Brandt B. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. *Acta Oncol* 1992; 31(6):641-643.
- (27) Hall A, A'Hern R, Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer* 1999; 35(1):79-85.
- (28) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249(6):751-757.
- (29) Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46(3):199-212.

- (30) Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 2005.
- (31) Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen Bern Toronto Seattle, 1998.
- (32) Arolt V, Rothermundt M. Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt* 2003; 74:1033-1054.
- (33) Herrmann C, Buss U, Snaith RP. HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Textdokumentation und Handanweisung. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber 1995.
- (34) Patten SB, Beck CA, Kassam A, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry* 2005; 50(4):195-202.
- (35) Sollner W, Zschocke I, Zingg-Schir M, Stein B, Rumpold G, Fritsch P, Augustin M. Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999; 40(3):239-250.
- (36) Rabe C, Braun A. Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten – eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Z Med Psychol* 2002; 11:35-43.
- (37) Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of Life Among Younger Women With Breast Cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:3322-3330.
- (38) Kaufmann M, Ernst B. CAWAC-Umfrage in Deutschland: Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97(47):3191-3196.

- (39) Wang X, Cosby LG, Harris MG, Liu T. Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nurs* 1999; 22(2):157-163.
- (40) Gotay CC, Moinpour CM, Unger JM, Jiang CS, Coleman D, Martino S, Parker BJ, Bearden JD, Dakhil S, Gross HM, Lippman S, Albain KS. Impact of a Peer-Delivered Telephone Intervention for Women Experiencing a Breast Cancer Recurrence. *J Clin Oncol* 2007; 25(15):2093-2099.
- (41) Carroll BT, Kathol RG, Noyes R, Jr., Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(2):69-74.
- (42) Cohen-Cole SA, Brown FW, McDaniel JS. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill, in *Psychiatric Care of the Medical Patient*, edited by Stoudemire A, Fogel BS. New York, Oxford University Press 1993;53-69.
- (43) Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Volume 1, detection and diagnosis. Clinical practice guideline. 5. 1993. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- (44) Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995; 3(1):45-60.
- (45) Corney R, Everett H, Howells A, Crowther M. The care of patients undergoing surgery for gynaecological cancer: the need for information, emotional support and counselling. *J Adv Nurs* 1992; 17(6):667-671.
- (46) Wittekind C, Meyer HJ, Bootz F. TNM Klassifikation maligner Tumoren (UICC). Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2003.
- (47) Preiß J, Dornoff W, Hagmann FG, Schmieder A. *Onkologie 2004/2005 – Interdisziplinäre Empfehlungen zur Therapie*. Zuckschwerdt Verlag, 2004.

-
- (48) Kaufmann M, Costa SD, Scharl A. Die Gynäkologie. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2006.
- (49) Kirschbaum M, Münstedt K. Checkliste Gynäkologie und Geburtshilfe. Georg Thieme Verlag, 2001.
- (50) Turner J, Kelly B, Swanson C, Allison R, Wetzig N. Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psychooncology* 2005; 14(5):396-407.
- (51) Friedrich M, Felberbaum R, Tauchert S, Diedrich K. Manual Gynäkologische Onkologie. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2005.
- (52) Hüsler J, Zimmermann H. Statistische Prinzipien für medizinische Projekte. Verlag Hans Huber, 2006.
- (53) Bühl A, Zöfel P. SPSS 11: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium, 2002.
- (54) Montazeri A, Jarvandi S, Haghghat S, Vahdani M, Sajadian A, Ebrahimi M, Haji-Mahmoodi M. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Educ Couns* 2001; 45(3):195-198.
- (55) Bloom JR, Stewart SL, Johnston M, Banks P. Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7(2):89-100.
- (56) Henson HK. Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability* 2002; 20(4):261-275.
- (57) Moyer A, Salovey P. Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Ann Behav Med* 1996; 18(2):110-125.

- (58) Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):385-392.
- (59) Omne-Ponten M, Holmberg L, Burns T, Adami HO, Bergstrom R. Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *Eur J Cancer* 1992; 28A(6-7):1062-1067.
- (60) Wong-Kim EC, Bloom JR. Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 14(7):564-573.
- (61) Kiebert GM, de Haes JC, van de Velde CJ. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a review. *J Clin Oncol* 1991; 9(6):1059-1070.
- (62) Schmidt-Matthiesen H, Bastert G, Wallwiener D. *Gynäkologische Onkologie*. Schattauer Stuttgart New York, 2002.
- (63) Neise C. Familiäre Brustkrebsbelastung und Vorsorgeverhalten: Akzeptanz diagnostischer Möglichkeiten zur Früherkennung von Brustkrebs und psychosoziale Aspekte des Vorsorgeverhaltens von Frauen mit familiärer Mammakarzinombelastung. HU Berlin, 2000.
- (64) Thirlaway K, Fallowfield L, Nunnerley H, Powles T. Anxiety in women "at risk" of developing breast cancer. *Br J Cancer* 1996; 73(11):1422-1424.
- (65) Fallowfield L, Fleissig A, Edwards R, West A, Powles TJ, Howell A, Cuzick J. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: psychosocial impact on women participating in two randomized controlled trials. *J Clin Oncol* 2001; 19(7):1885-1892.
- (66) Lloyd S, Watson M, Waites B, Meyer L, Eeles R, Ebbs, Tylee A. Familial breast cancer: a controlled study of risk perception, psychological morbidity and health beliefs in women attending for genetic counselling. *Br J Cancer* 1996; 74(3):482-487.

- (67) Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychological counseling strategies for women at risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1995;(17):73-79.
- (68) Lerman C, Daly M, Sands C, Balshem A, Lustbader E, Heggan T, Goldstein L, James J, Engstrom P. Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(13):1074-1080.
- (69) Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.
- (70) Butow P, Meiser B, Price M, Bennett B, Tucker K, Davenport T, Hickie I. Psychological morbidity in women at increased risk of developing breast cancer: a controlled study. *Psychooncology* 2005; 14(3):196-203.
- (71) Bloom JR, Stewart SL, Johnston M, Banks P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Soc Sci Med* 2001; 53(11):1513-1524.
- (72) Dunn J, Steginga SK. A review of peer support in the context of cancer. *Psychosoc Oncol* 2003; 21(2):55-67.
- (73) Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(3):241-248.
- (74) Schulz KD, Bock K, Duda V, Wagner U, Albert US. Brustkrebsfrüherkennung im fortgeschrittenen Lebensalter – ein ungelöstes medizinisches und gesundheitspolitisches Problem. *Journal für Menopause* 2004; 11(2):4-9.
- (75) Bloom JR, Kessler L. Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses. *J Health Soc Behav* 1994; 35(2):118-133.
- (76) Brusis J, Vogel B, Mai N. Warum nehmen Brustkrebspatientinnen nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachbetreuung teil? Pilotstudie über die

Nichtteilnahmegründe. In: Muthny FA, Haag G, Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung. Asanger Heidelberg, 1993.

7 Anhang

7.1 SOZ (Sozialdaten)

Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie
Charité Campus Virchow-Klinikum
Medizinische Klinik der Humboldt-Universität zu Berlin

- Name, Vorname:

- Journalnummer:

- Datum:

- Geburtsjahr:

- Geschlecht

männlich

weiblich

- Nationalität:

deutsch

andere

- wenn nicht deutsch, wie lange leben Sie schon in Deutschland?

>10 Jahre

5-10 Jahre

<5 Jahre

- Haben Sie eine/-n Partner/-in?

- ja
- nein

- Leben Sie mit einem/-r Partner/-in?

- ja
- nein

- Sind Sie

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet?

- Wie viele Kinder haben Sie?

0 1 2 3 4 5 >5

- Wie viele Personen (Sie eingeschlossen) leben in Ihrem Haushalt?

1 2 3 4 5 >5

- Höchster Schulabschluss?

- Abitur
- Fachabitur
- Mittlere Reife
- Volks- oder Hauptschule
- ohne

- Welche Ausbildung oder welchen berufsbildenden Abschluss machen Sie / haben Sie gemacht?

- kein Abschluss
- Schüler
- Lehrling/Azubi
- abgeschlossene Lehre
- Meister-/Fachschulabschluss
- im Studium
- Hoch-/Fachhochschulabschluss

- Sind Sie zurzeit berufstätig?

- ja
- nein

- Wenn nicht

- Schüler, Student
- Azubi
- Hausfrau/Hausmann
- Sozialhilfeempfänger
- arbeitslos gemeldet
- Rentner
- Sonstiges

- Sind Sie im gelernten Beruf tätig?

- ja
- nein

- Sind Sie schon einmal (über das Arbeitsamt) umgeschult worden?

- ja
- nein

- Waren Sie bereits in anderen Berufen tätig?

- ja
- nein

- Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren arbeitslos?

- ja
- nein

- Wenn ja

- <1/2 Jahr
- 1/2-1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 2-3 Jahre
- 3-5 Jahre

- Sind oder waren Sie

- selbständig
- Arbeiter/-in
- Angestellte/-r
- Beamter/-in
- mithelfend im eigenen Betrieb
- Sonstiges?

- Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben?

- ja
- nein

- Wenn ja, wie lange insgesamt?

- 1 Monat
- 1-6 Monate
- >6 Monate

- Wie lange leiden Sie an der aktuellen Erkrankung? Seit

- <½ Jahr
- ½-1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 2-5 Jahre
- >5 Jahre

- Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja
- nein

- Wenn ja, welche Art von Therapie haben Sie (am längsten) gemacht?

- tiefenpsychologisch/psychoanalytisch
- Verhaltenstherapie
- Kreativtherapie (Musik-, Kunst-, Tanz-)
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobsen, Funktionelle Entspannung)
- Bewegungstherapie
- andere
- weiß nicht

- Wie lange waren Sie insgesamt in Psychotherapie?

- <1 Monat
- 1-12 Monate
- >12 Monate

- Wie viele Ärzte haben Sie wegen der aktuellen Beschwerden aufgesucht?

- 1 2 3 4 5 >5

7.2 BC-SOZ-Codierungen

1. Anzahl der Kinder?

0 - keine

1 - 1 Kind

2 - 2 Kinder

3 - 3 Kinder

4 - 4 Kinder

5 - 5 Kinder

6 - mehr als 5 Kinder

2. Wann wurde Ihnen die Diagnose Brustkrebs mitgeteilt?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-12 Jahren

6 - vor mehr als 12 Jahren

3. Wurde aufgrund Ihrer Brustkrebserkrankung eine Operation durchgeführt?

1 - ja

2 - nein

4. Welche OP?

1 - brusterhaltend

2 - Ablatio mammae

3 - Ablatio mammae + Lymphknotendissektion

4 - sonstige OP

9 - Item Nr. 2 mit nein beantwortet

5. Die wievielte OP?

- 1 - 1. OP
- 2 - 2. OP
- 3 - 3. OP
- 4 - mehr als 3 OPs
- 9 - Item Nr. 2 mit nein beantwortet

6. Wann wurde die Operation durchgeführt?

- 0 - vor 0-3 Monaten
- 1 - vor 3-6 Monaten
- 2 - vor 6-12 Monaten
- 3 - vor 1-3 Jahren
- 4 - vor 3-6 Jahren
- 5 - vor 6-12 Jahren
- 6 - vor mehr als 12 Jahren
- 9 - Item Nr. 2 mit nein beantwortet

7. Welche Therapien wurden neben einer evtl. OP durchgeführt: Bestrahlung?

- 1 - ja
- 2 - nein

8. Bestrahlung noch andauernd?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 7 mit nein beantwortet

9. Welche Therapien wurden neben einer evtl. OP durchgeführt: Chemotherapie?

- 1 - ja
- 2 - nein

10. Chemotherapie noch andauernd?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 9 mit nein beantwortet

11. Welche Therapien wurden neben einer evtl. OP durchgeführt: Tamoxifen?

1 - ja

2 - nein

12. Tamoxifen noch andauernd?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 11 mit nein beantwortet

13. Welche Therapien wurden neben einer evtl. OP durchgeführt: Sonstige?

1 - ja

2 - nein

14. Sonstige noch andauernd?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 13 mit nein beantwortet

15. Haben Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs Unterstützungsangebote wahrgenommen, z.B. Reha, Kur, Anschlussheilbehandlung?

1 - ja

2 - nein

16. Besuchen Sie Selbsthilfegruppen?

1 - ja, regelmäßig

2 - ja, unregelmäßig

3 - früher regelmäßig, dann abgebrochen

4 - ein- bis dreimal, dann abgebrochen

5 - nein

17. Haben Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs eine Krebsberatungsstelle in Anspruch genommen?

1 - ja

2 - nein

18. Haben Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs einen/-e Sozialarbeiter/-in in Anspruch genommen?

1 - ja

2 - nein

19. Haben Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs eine/n Psychologin/-en, Psychotherapeuten/ in im Krankenhaus in Anspruch genommen?

1 - ja

2 - nein

20. Haben Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs (außer Krankenhaus und Reha) eine Psychotherapie in Anspruch genommen?

1 - ja

2 - nein

21. Wie viel Unterstützung erhalten Sie seit Diagnosestellung Brustkrebs durch Partner, Familie, Freunde etc.?

0 1 2 3 4 5 6

sehr wenig

sehr viel

22. Wie haben Sie bisher Ihre Erkrankung und/ oder Behandlung KÖRPERLICH erlebt?

0 1 2 3 4 5 6

wenig belastend

extrem belastend

23. Wie haben Sie bisher Ihre Erkrankung und/ oder Behandlung SEELISCH erlebt?

0 1 2 3 4 5 6

wenig belastend

extrem belastend

24. Gab es in Ihrem bisherigen Leben (außer Brustkrebserkrankung) extrem belastende Ereignisse oder Situationen, die Sie selbst oder als Zeugin erlebt hatten und die mit Lebensbedrohung, extremer Angst oder Entsetzen und Hilflosigkeit verbunden waren?

1 - ja

2 - nein

25. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Verlust eines Partners/ eines Familienangehörigen?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

26. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 25 mit nein beantwortet

27. Haben Sie dies:

1 - gut bewältigt

2 - nur schwer bewältigt

3 - überhaupt nicht bewältigt

9 - Item Nr. 25 mit nein beantwortet

28. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Trennung von Partner/in?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

29. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 28 mit nein beantwortet

30. Haben Sie dies:

1 - gut bewältigt

2 - nur schwer bewältigt

3 - überhaupt nicht bewältigt

9 - Item Nr. 28 mit nein beantwortet

31. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Misshandlung/
Missbrauch?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

32. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 31 mit nein beantwortet

33. Haben Sie dies:

- 1 - gut bewältigt
- 2 - nur schwer bewältigt
- 3 - überhaupt nicht bewältigt
- 9 - Item Nr. 31 mit nein beantwortet

34. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Verlust des Arbeitsplatzes / Arbeitslosigkeit?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

35. Wenn ja, wann?

- 0 - vor 0-3 Monaten
- 1 - vor 3-6 Monaten
- 2 - vor 6-12 Monaten
- 3 - vor 1-3 Jahren
- 4 - vor 3-6 Jahren
- 5 - vor 6-10 Jahren
- 6 - vor über 10 Jahren
- 9 - Item Nr. 34 mit nein beantwortet

36. Haben Sie dies:

- 1 - gut bewältigt
- 2 - nur schwer bewältigt
- 3 - überhaupt nicht bewältigt
- 9 - Item Nr. 34 mit nein beantwortet

37. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Berufliche Unzufriedenheit?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

38. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 37 mit nein beantwortet

39. Haben Sie dies:

1 - gut bewältigt

2 - nur schwer bewältigt

3 - überhaupt nicht bewältigt

9 - Item Nr. 37 mit nein beantwortet

40. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Schlechte finanzielle Lage?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

41. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 40 mit nein beantwortet

42. Haben Sie dies:

- 1 - gut bewältigt
- 2 - nur schwer bewältigt
- 3 - überhaupt nicht bewältigt
- 9 - Item Nr. 40 mit nein beantwortet

43. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Einsamkeit?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

44. Wenn ja, wann?

- 0 - vor 0-3 Monaten
- 1 - vor 3-6 Monaten
- 2 - vor 6-12 Monaten
- 3 - vor 1-3 Jahren
- 4 - vor 3-6 Jahren
- 5 - vor 6-10 Jahren
- 6 - vor über 10 Jahren
- 9 - Item Nr. 43 mit nein beantwortet

45. Haben Sie dies:

- 1 - gut bewältigt
- 2 - nur schwer bewältigt
- 3 - überhaupt nicht bewältigt
- 9 - Item Nr. 43 mit nein beantwortet

46. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Krieg?

- 1 - ja
- 2 - nein
- 9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

47. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 46 mit nein beantwortet

48. Haben Sie dies:

1 - gut bewältigt

2 - nur schwer bewältigt

3 - überhaupt nicht bewältigt

9 - Item Nr. 46 mit nein beantwortet

49. Um welches Ereignis, welche Situation handelt/ handelte es sich: Andere belastende Situationen?

1 - ja

2 - nein

9 - Item Nr. 24 mit nein beantwortet

50. Wenn ja, wann?

0 - vor 0-3 Monaten

1 - vor 3-6 Monaten

2 - vor 6-12 Monaten

3 - vor 1-3 Jahren

4 - vor 3-6 Jahren

5 - vor 6-10 Jahren

6 - vor über 10 Jahren

9 - Item Nr. 49 mit nein beantwortet

51. Haben Sie dies:

1 - gut bewältigt

2 - nur schwer bewältigt

3 - überhaupt nicht bewältigt

9 - Item Nr. 49 mit nein beantwortet

7.3 HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version

Hermann, Ch., Buss U. & Snaith, R.P.

Instruktion:

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Itemabfolge der HADS - D - Angstskala und HADS - D - Depressionsskala:

A1, D1, A2, D2, A3, D3, A4, D4, A5, D5, A6, D6, A7, D7.

HADS - D - Angstskala:

A1: Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- (3) meistens
- (2) oft
- (1) von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- (0) überhaupt nicht

A2: Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- (3) ja, sehr stark
- (2) ja, aber nicht allzu stark
- (1) etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- (0) überhaupt nicht

A3: Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- (3) einen Großteil der Zeit
- (2) verhältnismäßig oft
- (1) von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- (0) nur gelegentlich/ nie

A4: Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- (3) ja, natürlich
- (2) gewöhnlich schon
- (1) nicht oft
- (0) überhaupt nicht

A5: Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- (3) überhaupt nicht
- (2) gelegentlich
- (1) ziemlich oft
- (0) sehr oft

A6: Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- (3) ja, tatsächlich sehr
- (2) ziemlich
- (1) nicht sehr
- (0) überhaupt nicht

A7: Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- (3) ja, tatsächlich, sehr oft
- (2) ziemlich oft
- (1) nicht sehr oft
- (0) überhaupt nicht

HADS – D – Depressionsskala

D1: Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- (0) ganz genau so
- (1) nicht ganz so sehr
- (2) nur noch ein wenig
- (3) kaum oder gar nicht

D2: Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- (0) ja, so viel wie immer
- (1) nicht mehr ganz so viel
- (2) inzwischen viel weniger
- (3) überhaupt nicht

D3: Ich fühle mich glücklich.

- (3) überhaupt nicht
- (2) selten
- (1) manchmal
- (0) meistens

D4: Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- (3) fast immer
- (2) sehr oft
- (1) manchmal
- (0) überhaupt nicht

D5: Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- (3) ja, stimmt genau
- (2) ich kümmere mich nicht so sehr darum wie ich sollte
- (1) möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- (0) ich kümmere mich so viel darum wie immer

D6: Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- (0) ja, sehr
- (1) eher weniger als früher
- (2) viel weniger als früher
- (3) kaum bis gar nicht

D7: Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

- (0) oft
- (1) manchmal
- (2) eher selten
- (3) sehr selten

8 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. med. Rauchfuß für die Überlassung des Themas, die konstruktiven Gespräche und Diskussionen sowie ihre freundliche Unterstützung.

Ich danke Dipl.-Psych Barbara Voigt, Dipl.-Psych Anne Grimm und Dr. med. Hanjo Kaup, die mich bei der statistischen Auswertung meiner Daten unterstützten.

Meinen Eltern danke ich für den liebevollen Beistand, mit dem sie das Studium und die Promotionsarbeit unterstützt haben.

9 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version

meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Berlin, den 20.05.2008

Juliane Ketterer

10 Erklärung

“Ich, Juliane Ketterer, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: Zusammenhang zwischen klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Faktoren und Angst und Depressivität gemessen in der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) – zu einem definierten postoperativen Zeitpunkt bei Patientinnen mit Brustkrebs selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.”

Berlin, den 20. Mai 2008
