

## VORBESTEHENDE PSYCHISCHE BELASTUNG UND AKTUELLER DISTRESS BEI PATIENTEN MIT EINER KREBSERKRANKUNG

ANDREAS DINKEL, PETER HERSCHBACH & BIRGITT MARTEN-MITTAG

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Klinikum rechts der Isar, Fakultät für Medizin, Technische Universität München

**ZUSAMMENFASSUNG:** *Fragstellung:* Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen einer früheren Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung und der aktuellen psychischen Belastung von Krebspatienten. Ferner werden soziodemographische Determinanten einer früheren Inanspruchnahme untersucht. *Methodik:* Es handelt sich um eine Querschnittstudie, bei der verschiedene Instrumente zur Erfassung von Distress (FBK-R10, DT), Depressivität und Angst (PHQ-2, GAD-2, HADS-D) herangezogen wurden. *Ergebnisse:* In die Analyse gingen  $N = 724$  Patienten ein, mittleres Alter  $M = 63.8$  ( $SD = 12.4$ ). 11.6 Prozent bejahten eine frühere Inanspruchnahme. Patienten mit früherer Inanspruchnahme zeigten ein höheres Maß an aktuellem Distress und mehr depressive und Angstsymptome. Dabei handelte es sich um einen großen Effekt. Jüngerer Alter wies den stärksten Zusammenhang mit einer früheren Inanspruchnahme auf. *Schlussfolgerungen:* Eine vorbestehende psychische Belastung stellt einen Risikofaktor für aktuelle psychische Beschwerden von Krebspatienten dar.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Distress, psychische Störung, Psycho-Onkologie

### PRE-EXISTING MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CURRENT DISTRESS IN PATIENTS WITH CANCER

**ABSTRACT:** *Aims:* This study investigates the association between previous uptake of psychiatric or psychotherapeutic treatment and current psychological distress in patients with cancer. Furthermore, sociodemographic determinants of previous treatment uptake are analyzed. *Methods:* This cross-sectional study applied various instruments to measure distress (QSC-R10, DT), depressive and anxiety symptoms (PHQ-2, GAD-2, HADS). *Results:* The sample includes  $N = 724$  patients, mean age  $M = 63.8$  ( $SD = 12.4$ ). 11.6 percent of the patients indicated previous uptake of psychiatric or psychotherapeutic treatment. Patients who had previously used such treatments reported greater current distress and more symptoms of anxiety and depression, with a large effect size. Younger age showed the strongest association with previous uptake. *Conclusions:* Pre-existing mental health problems represent a risk factor for current psychological distress in patients with cancer.

**KEYWORDS:** distress, mental disorder, psycho-oncology

## 1 EINFÜHRUNG

Etwa 30 Prozent der Patienten und Patientinnen mit einer Krebserkrankung leiden aktuell an einer psychischen Störung (Mehnert et al., 2014), und ein bis zwei Drittel berichten über klinisch bedeutsamen Distress (Herschbach et al., 2020; Mehnert et al., 2018; Peters et al., 2020; Pichler et al., 2019). Angesichts der zahlreichen krankheits- und behandlungsbedingten Belastungsfaktoren, die mit der Krebserkrankung einhergehen (Mehnert & Lehmann-Laue, 2020), liegt es intuitiv nahe anzunehmen, dass die psychische Belastung als eine Reaktion auf die Krebserkrankung zu sehen ist. Genau genommen ist es allerdings nicht gerechtfertigt, dies auf der Basis der Prävalenzraten zu schlussfolgern, da es sich hier um rein deskriptive Daten handelt. Die Diagnose einer psychischen Störung erfolgt bis auf einige Ausnahmen (z. B. Anpassungsstörung) symptomatisch, ohne dass ein Grund oder ein Auslöser für die psychische Belastung berücksichtigt wird. Somit ist es unklar, ob die psychische Störung als eine Reaktion auf die Krebserkrankung zu sehen ist, ob Patienten und Patientinnen „wegen“ der Krebserkrankung z. B. an einer Depression leiden. Ähnliches gilt, wenn man den Blick auf das Phänomen Distress wirft. Dieser wird typischerweise per Fragebogen als Selbstbericht erhoben. Je nach Instruktion des Fragebogens ist es aber auch hier nicht zwingend, dass die psychische Belastung in direktem Bezug zu der Krebserkrankung zu sehen ist. Zum Beispiel werden Patienten und Patientinnen in der Instruktion zum Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006), einem weit verbreiteten Screening-Instrument in der Psycho-Onkologie, nicht aufgefordert anzugeben, wie belastet sie „wegen“ der

Krebserkrankung sind, sondern nur, wie belastet sie sich fühlen.

Neben einer erstmaligen reaktiven psychischen Beeinträchtigung in Folge der Diagnose und Behandlung der Krebserkrankung sind auch andere Komorbiditätsmuster denkbar. So können Patienten und Patientinnen in der Vorgeschichte eine Phase psychischer Beeinträchtigung erlebt haben und danach genesen sein. In diesem Fall fungiert die Krebserkrankung als ein Auslöser für eine neue Episode einer vorbestehenden psychischen Beeinträchtigung. Oder es handelt sich bei der Komorbidität um eine Koinzidenz in dem Sinne, dass Patienten und Patientinnen mit einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung eine Krebsdiagnose erhalten.

Dass Patientinnen und Patienten mit Krebs „wegen“ der Erkrankung psychisch belastet sind, lässt sich anhand von Prävalenzraten nur erschließen, wenn verschiedene Prävalenzen verglichen werden. So liegt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei an Krebs Erkrankten (Kuhnt et al., 2016) höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014). Auch ist die Wahrscheinlichkeit für eine klinische depressive Symptomatik für Patientinnen und Patienten mit Krebs fünfmal höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Hartung et al., 2017). Ferner stützen Daten zur Inzidenz psychischer Störungen die Annahme, dass die Krebserkrankung und ihre Folgen zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Beispielsweise zeigen Daten einer registerbasierten Studie aus Schweden einen deutlichen Anstieg an inzidenten psychischen Störungen in den ersten Wochen nach der Diagnose einer Krebserkrankung gegenüber Personen, die nicht an Krebs erkrankt waren (Lu et al., 2016). Somit erscheint es plausibel anzunehmen, dass ein Teil der Patienten nach der Diagnose einer Krebs-

erkrankung erstmalig eine Phase klinisch relevanter psychischer Beeinträchtigung erlebt, und dies wahrscheinlich „wegen“ der Diagnose und der Behandlungsmaßnahmen.

Andere Betroffene wiederum erleben zum wiederholten Mal eine Phase der psychischen Beeinträchtigung. So berichten Harris und Kollegen (2021), dass ca. 20 Prozent der Patienten mit einer Krebserkrankung im Jahr vor der Diagnose (sowie bis zu sechs Monate nach der Diagnose) an einer psychischen Störung litten. Ähnliche Ergebnisse fanden Seoud und Kollegen (2020), in deren Stichprobe 16.4 Prozent der Patienten und Patientinnen vor der Krebserkrankung die Diagnose einer psychischen Störung aufwiesen.

Eine positive Anamnese für eine psychische Störung ist ein relevanter Prädiktor für eine aktuelle psychische Störung bei Patienten mit Krebs (Mallet et al., 2018; Prieto et al., 2006; Qiu et al., 2012) und für Depressivität (Christensen et al., 2009). Morrison und Kollegen (2016) fanden, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte als ein Moderator wirkte: Krebspatienten mit einem hohen Maß an Körperbeschwerden und einer psychiatrischen Vorgeschichte gaben höhere Depressionswerte an als Betroffene ohne psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte. Ferner zeigen Studien, dass eine frühere Inanspruchnahme einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung mit aktueller Depressivität, Angst und mit Distress von Krebspatienten zusammenhängt (Alfonsson et al., 2016; Book et al., 2011; Siedentopf et al., 2010; Stafford et al., 2015). In der Studie von Stafford und Kollegen (2015) erwies sich eine frühere psychiatrische Behandlung als einziger signifikanter Prädiktor von Depressivität im Verlauf eines Jahres nach der Krebsdiagnose. Und in den Studien von Siedentopf und Kollegen (2010) und Pichler

und Kollegen (2019) fungierte eine frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung als Determinante eines aktuellen Bedürfnisses nach psychologischer Unterstützung.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz vorbestehender psychischer Beschwerden für das aktuelle Belastungserleben von Patientinnen und Patienten mit einer Krebsdiagnose. Unklar erscheint, ob eine positive Vorgeschichte psychischer Beschwerden sich gleichermaßen auf verschiedene Facetten psychischer Beeinträchtigung der Patienten auswirkt (Distress, Depressivität, Angst). Ferner liegen bisher keine Ergebnisse zu Korrelaten einer früheren psychischen Belastung bei Krebspatienten vor. Die vorliegende Studie untersucht daher zum einen den Zusammenhang zwischen einer vorbestehenden psychischen Belastung und verschiedenen Facetten psychischer Beschwerden, operationalisiert über verschiedene Selbstbeurteilungsbögen. Zum zweiten geht die Studie der Frage nach, welche soziodemographischen Merkmale mit einer vorbestehenden psychischen Belastung assoziiert sind.

## 2

### METHODIK

#### 2.1

##### DESIGN UND PROZEDERE

Die vorliegende Querschnittstudie basiert auf Daten einer aus mehreren Erhebungen gespeisten Datenbank zur Kurzform des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R10; vgl. Book et al., 2011). Interessenten, die die Autoren um eine Bereitstellung des FBK-R10 für Datenerhebungen anfragten, wurden gebeten, ihre Daten den Autoren des Fragebogens anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Diese Datenbank wurde bereits

für verschiedene Analysen genutzt (z. B. Book et al., 2011; Herschbach et al., 2020). Für die lokalen Datenerhebungen lagen Ethikvoten der zuständigen Ethikkommissionen vor. Da in den verschiedenen Befragungen unterschiedliche Variablen erhoben wurden, liegen nicht für alle Krebspatienten, die in der Datenbank geführt werden, dieselben Variablen vor. Für den Zweck der vorliegenden Studie wurden Patientinnen und Patienten ausgewählt, die eine Angabe zur psychiatrischen/psychotherapeutischen Vorbehandlung gemacht hatten und neben dem FBK-R10 noch mindestens zwei weitere Instrumente zu psychischen Beschwerden bearbeitet hatten.

Die Daten der vorliegenden Analyse stammen aus drei Befragungen, die 2008 bis 2010 durchgeführt wurden. Es handelt sich dabei um zwei Stichproben, die in universitären Klinikambulanzen befragt wurden, und um eine Stichprobe, die postalisch im Rahmen eines Follow-up befragt wurde.

## 2.2

### ERHEBUNGSINSTRUMENTE

#### 2.2.1

##### FRAGEBOGEN ZUR BELASTUNG VON KREBSKRANKEN – KURZFORM

Die Screening-Version (FBK-R10; Book et al., 2011) des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken umfasst zehn Items (z. B. „Ich fühle mich körperlich unvollkommen“, „Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen“). Auf einer Likert-Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 5 (belastet mich sehr stark) geben Patienten an, wie stark sie sich durch verschiedene krankheitsbezogene Situationen belastet fühlen (Book et al., 2011). Die Items werden zu einem Gesamtwert summiert. Die interne Kon-

sistenz des Instruments betrug in der vorliegenden Stichprobe  $\alpha = .85$ .

#### 2.2.2

##### DISTRESS-THERMOMETER

Das Distress-Thermometer (DT) ist eine Ratingskala mit einem Wertebereich von 0 (gar nicht belastet) bis 10 (extrem belastet). Das DT (Mehnert et al., 2006) wird international und in Deutschland sehr häufig als Screening-Instrument für krebsbezogenen Distress eingesetzt (z. B. Peters et al., 2020).

#### 2.2.3

##### GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN – SCREENINGVERSION

Die Ultrakurz-Screeningversionen des Gesundheitsfragebogens für Patienten (Patient Health Questionnaire – Deutsche Version; PHQ-D) wurden genutzt, um Depressivität (PHQ-2) und Angst (Generalized Anxiety Disorder-2, GAD-2) zu erfassen. Beide Screenings umfassen je zwei Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden (0 = überhaupt nicht beeinträchtigt; 3 = beinahe jeden Tag) und zu einem Summenwert addiert werden (Löwe et al., 2010). Cronbachs Alpha in der vorliegenden Stichprobe betrug  $\alpha = .76$  für die Depressionskala und  $\alpha = .80$  für die Angstska-

#### 2.2.4

##### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE – DEUTSCHE VERSION

Die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) umfasst je sieben Items zu Angstsymptomen und depressiven Symptomen, die auf einer vierstufigen Likert-Skala mit unterschiedlichen Antwortoptionen bearbeitet

werden. Die Items werden skalenbezogen zu einem Summenwert addiert. Es handelt sich um ein Verfahren, das bevorzugt bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen zum Einsatz kommt (Hermann-Lingen et al., 2010). Die interne Konsistenz in der Studienstichprobe betrug  $\alpha = .84$  für die Subskala Depressivität und  $\alpha = .85$  für die Subskala Angst.

### 2.2.5 VORBESTEHENDE PSYCHISCHE BELASTUNG

Eine vorbestehende psychische Belastung wurde hier, wie in anderen Studien (Pichler et al., 2019; Siedentopf et al., 2010; Stafford et al., 2015), über die Frage operationalisiert „Waren Sie früher in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung“ (Ja/Nein).

### 2.2.6 SOZIODEMOGRAPHISCHE UND KLINISCHE MERKMALE

Daten zur Soziodemographie (Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Schulbildung) wie auch zu krankheitsbezogenen Merkmalen (Diagnose, Krankheitsdauer) wurden über Selbstbericht der Patienten mittels eines Dokumentationsbogens erfasst.

### 2.3 STATISTISCHE ANALYSE

Wir berichten deskriptive Kennwerte der untersuchten Variablen. Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit zwischen Patienten mit und ohne frühere Inanspruchnahme wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Als Maß der Effektstärke wurde Cohens  $d$  genutzt. Unterschiede in der früheren Inanspruchnahme zwischen soziodemographischen Gruppen wurden mittels

Chi<sup>2</sup>-Test untersucht. Ferner wurde die logistische Regression genutzt, um unabhängige soziodemographische Determinanten einer früheren Inanspruchnahme zu identifizieren. Als statistisches Signifikanzniveau wurde  $p < .05$  festgelegt. Die Analysen erfolgten mittels SPSS Version 26.

## 3 ERGEBNISSE

### 3.1 STICHPROBE

In die vorliegende Analyse gingen die Daten von  $N = 724$  Patienten ein. Das mittlere Alter der Patienten betrug  $M = 63.8$  Jahre ( $SD = 12.4$ , min–max 20–91), 56.9 Prozent ( $n = 412$ ) der Patienten waren männlich. Die Krankheitsdauer betrug im Mittel  $M = 10.2$  Monate ( $SD = 22.7$ , min–max 0.5–264.0 Monate). Weitere Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

### 3.2 VORBESTEHENDE PSYCHISCHE BELASTUNG UND AKTUELLE BESCHWERDEN

Die Frage nach einer früheren Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung bejahten 11.6 Prozent der Patienten ( $n = 84$ ). Patienten, die früher bereits eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten, gaben eine stärkere aktuelle psychische Beeinträchtigung an. Dies betraf alle drei Symptombereiche (Distress, Depressivität, Angst). Mit einer Ausnahme handelte es sich dabei bei allen berücksichtigten Verfahren um einen großen Effekt; lediglich bei mittels DT erhobenem Distress lag ein mittlerer Effekt vor ( $d = .47$ ; Tabelle 2).

Tabelle 1: *Soziodemographische und klinische Merkmale der Stichprobe (N = 724)*

	<i>n</i>	%
<b>Geschlecht</b>		
Männlich	412	56.9
Weiblich	312	43.1
<b>Alter (Jahre)</b>		
≤ 40	28	3.9
41–60	334	46.1
61–75	296	40.9
≥ 76	66	9.1
<b>Partnerschaft</b>		
Fester Partner	543	76.3
Kein fester Partner	169	23.7
<b>Schulbildung</b>		
Hauptschule/Kein Schulabschluss	380	52.9
Mittlere Reife/Fachoberschule	158	22.0
(Fach-)Abitur	180	25.1
<b>Diagnosen</b>		
Gastrointestinale Tumore	526	72.7
Brustkrebs/Gynäkologische Tumore	88	12.2
Prostatakrebs	13	1.8
Andere	97	13.4
<b>Krankheitsdauer (Monate)</b>		
≤ 6	456	63.5
7–12	192	26.7
≥ 13	70	9.7

### 3.3

#### KORRELATE EINER FRÜHEREN INANSPRUCHNAHME

Hinsichtlich der Korrelate einer früheren Inanspruchnahme zeigte sich ein Effekt für Geschlecht. Frauen hatten häufiger eine Behandlung in Anspruch genommen als Männer (17.6 % vs. 7.0 %;  $\chi^2 = 19.41$ ,  $p < .001$ ). Ferner zeigte sich ein deutlicher Altersgradient. Die Häufigkeit einer früheren Inanspruchnahme nahm mit zunehmendem Alter ab (bis 40 Jahre: 39.3 %; 41–60 Jahre: 16.8 %; 61–75 Jahre: 5.1 %; über 75 Jahre: 3.0 %;  $\chi^2 = 46.66$ ,  $p < .001$ ). Mehr Patienten ohne Partner berichteten eine frühere Inanspruchnahme als Patienten, die sich in fester Partnerschaft befanden (25.4 % vs. 7.6 %;  $\chi^2 = 39.66$ ,  $p < .001$ ). Schließlich zeigte sich, dass eine höhere Bildung mit einer

früheren Inanspruchnahme assoziiert war (Hauptschule/kein Schulabschluss: 6.1 %; Mittlere Reife/Fachoberschule: 15.2 %; (Fach-)Abitur: 20.6 %;  $\chi^2 = 27.26$ ,  $p < .001$ ). Die Ergebnisse der logistischen Regression zeigten, dass alle vier Variablen einen signifikanten unabhängigen Zusammenhang mit einer früheren Inanspruchnahme haben (Tabelle 3).

### 4

#### DISKUSSION

Zweifelsfrei stellt die Diagnose einer Krebserkrankung ein einschneidendes Ereignis dar. Klinische Erfahrung und empirische Daten zeigen, dass die Diagnose und die Behandlung einer Krebserkrankung die Bewältigungskapazitäten vieler Patienten herausfordern und auch

Tabelle 2: Frühere Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung (Ja/Nein) und aktuelle psychische Belastung

Instrument	Inanspruchnahme	n	M	SD	t	p	Cohens d
FBK-R10 (Distress)	Nein	640	10.1	9.4	8.6	<.001	1.10
	Ja	84	20.6	10.7			
DT (Distress)	Nein	492	3.8	2.8	2.2	<.05	0.47
	Ja	22	5.1	2.3			
PHQ-2 (Depressivität)	Nein	496	1.1	1.3	4.0	<.01	1.22
	Ja	22	2.7	1.9			
GAD-2 (Angst)	Nein	497	1.0	1.3	5.1	<.001	1.11
	Ja	22	2.5	1.7			
HADS-D (Depressivität)	Nein	114	2.5	3.5	4.7	<.001	0.98
	Ja	35	6.3	5.1			
HADS-A (Angst)	Nein	114	3.1	4.1	4.2	<.001	1.05
	Ja	35	7.8	5.5			

Anmerkungen: FBK-R10 – Fragebogen zur Belastung von Krebskranken-Kurzform; DT – Distress Thermometer; PHQ-2 – Patient Health Questionnaire-2; GAD-2 – Generalized Anxiety Disorder-2; HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale-Depressivität; HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale Angst

überfordern, was sich in klinisch bedeutender psychischer Belastung äußert. Allerdings gilt es auch zu bedenken, dass die Diagnose der Krebserkrankung in einem biographischen und sozialen Kontext erfolgt. Es kann sein, dass Patienten durch chronische oder akute Belastungssituationen, die neben der Krebsdiagnose

bestehen, subjektiv genauso stark oder sogar noch stärker belastet sind. Einige Patienten erleben die Krebsdiagnose als weniger bedeutsam im Vergleich zu anderen Dingen, die es für sie in ihrem Leben zu bewältigen gilt (Kirby et al., 2020). Chronische und akute Belastungen, die neben der Krebsdiagnose bestehen, sind

Tabelle 3: Logistische Regression, Determinanten einer früheren Inanspruchnahme

Variable	OR	95 %-CI	p
<b>Geschlecht</b>			<.01
Männlich	Referenz		
Weiblich	2.00	1.19– 3.35	
<b>Alter (Jahre)</b>			<.001
≤ 40	14.83	2.80–78.49	<.01
41-60	7.78	1.76–34.32	<.01
61-75	2.43	0.52–11.32	.258
≥ 76	Referenz		
<b>Partnerschaft</b>			<.001
Fester Partner	Referenz		
Kein fester Partner	4.09	2.44– 6.86	
<b>Schulbildung</b>			<.01
Hauptschule/Kein Schulabschluss	Referenz		
Mittlere Reife/Fachoberschule	1.90	0.99– 3.64	.054
(Fach-)Abitur	2.95	1.61– 5.40	<.001

Anmerkung: OR – Odds Ratio; 95 % CI – Konfidenzintervall

mit einem höheren Maß an psychischen Beschwerden und einer schlechteren Lebensqualität assoziiert (Lehto et al., 2008).

Aus klinischer Sicht gilt es also daran zu denken, dass Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung sich möglicherweise bereits vor ihrer Diagnose mit starken Belastungen auseinandersetzen mussten und eventuell bereits eine Phase an psychischer Beeinträchtigung erlebt haben. Wie Studien gezeigt haben, stellt eine vorbestehende psychische Störung wie auch eine frühere Inanspruchnahme einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung einen Risikofaktor für ein höheres Ausmaß an aktueller psychischer Beeinträchtigung und eine Determinante eines Bedürfnisses nach psychologischer Unterstützung dar (Mallet et al., 2018; Pichler et al., 2019; Stafford et al., 2015).

Diesen Zusammenhang konnten wir in der vorliegenden Studie ebenfalls aufzeigen. 11.6 Prozent der Befragten gaben an, bereits früher psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Dieser Wert liegt etwas höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung: In der bevölkerungsrepräsentativen Studie des Robert-Koch-Instituts gaben 9.7 Prozent mindestens einen Kontakt zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Leistungserbringern an (Rommel et al., 2017). Patienten und Patientinnen unserer Studie mit einer früheren Inanspruchnahme waren zum Befragungszeitpunkt psychisch stärker belastet als diejenigen ohne frühere Inanspruchnahme. Dies zeigte sich für die drei Phänomenbereiche Distress, Depressivität und Angst. Dabei handelte es sich fast durchgängig um einen großen Effekt. Dies legt die Annahme nahe, dass eine vorbestehende psychische Beeinträchtigung einen starken Risikofaktor für die aktuelle psychische Beeinträchtigung von Krebspatienten darstellt. Die meisten

vorliegenden Studien, die den prädiktiven Effekt einer vorbestehenden psychischen Beeinträchtigung berichten, diskutieren nicht den relativen Stellenwert der verschiedenen berücksichtigten Variablen. Auch unsere Studie erlaubt hierzu keine Aussage. Allerdings zeigten die Studien von Book und Kollegen (2010) und Stafford und Kollegen (2015), dass eine frühere Inanspruchnahme die stärkste Determinante für ein aktuelles Unterstützungsbedürfnis darstellte. Künftige Studien sollten somit den relativen Stellenwert einer vorbestehenden psychischen Beeinträchtigung im Kontext relevanter Kontrollvariablen und multipler Prädiktoren fokussieren. Um Kontrollvariablen und weitere mögliche Prädiktoren berücksichtigen zu können, müsste es sich hierbei aus methodischen Gründen allerdings um sehr große Längsschnittstudien handeln, da der Anteil an Patienten mit vorbestehender psychischer Belastung zwischen 10 und 20 Prozent liegt, die Gruppe somit vergleichsweise klein ist.

Als ein gewisser Ausreißer stellen sich die Ergebnisse zum Distress Thermometer dar. Zwar bestand auch hier ein Unterschied im Ausmaß an Distress zwischen Patienten mit und ohne frühere Inanspruchnahme, jedoch handelte es sich dabei nicht um einen großen, sondern um einen kleinen bis mittleren Effekt. Inwieweit es sich hier um einen Methodenartefakt oder um einen differentiellen Effekt vorbestehender psychischer Beeinträchtigung auf krebsbezogene (wenngleich die Instruktion zum DT nicht krebspezifisch formuliert ist) versus allgemeine Maße psychischer Beeinträchtigung handelt, müsste in weiteren Studien geklärt werden. Gegen einen differentiellen Effekt spricht, dass sich in dem zweiten genutzten Instrument zur Erfassung von Distress, FBK-R10, im Unterschied zum DT ein großer Effekt zeigte.



Im Unterschied zu vorliegenden Studien untersuchten wir auch Determinanten der früheren Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Versorgungsangebote. Hier zeigten sich im Wesentlichen Ergebnisse analog zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Auch in der Allgemeinbevölkerung nehmen mehr Frauen als Männer psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, die Inanspruchnahme ist ferner niedriger in höherem Lebensalter und bei Personen, die sich nicht in einer Partnerschaft befinden (Rommel et al., 2017). Im Unterschied zu unseren Ergebnissen zeigen Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung, dass ein höherer sozioökonomischer Status mit einer niedrigeren Inanspruchnahme einhergeht, während in der vorliegenden Studie eine höhere Bildung mit einer höheren Inanspruchnahme assoziiert war. Ein möglicher Grund für diese Divergenz ist der Unterschied in der konkreten Operationalisierung, da die Variable sozioökonomischer Status bei Rommel und Kollegen (2017) eine Indexvariable darstellt, in die neben dem Bildungsstand auch die Faktoren Beruf und Einkommen eingehen.

Insgesamt gesehen stellt die vorliegende Studie lediglich eine Annäherung an die Frage nach der Bedeutsamkeit einer vorbestehenden psychischen Belastung auf das aktuelle psychische Befinden von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung dar. So sind die verfügbaren Variablen durch den Datenbank-Charakter der Studie vorgegeben. Da die Datenbank aus unterschiedlichen Quellen gespeist wurde, liegen nicht für alle Patienten dieselben Variablen vor. Zudem wurden die Daten vor geraumer Zeit erhoben, so dass sich die Einstellung und die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung durch Patienten mit einer Krebserkrankung in der Zwischenzeit auch geändert haben kann. Die Fra-

ge nach einer früheren Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung stellt zudem nur einen indirekten Indikator für eine vorbestehende psychische Belastung dar. Auch ist unklar, ob die frühere Inanspruchnahme tatsächlich vor der Diagnose der Krebserkrankung erfolgte oder ob die Patienten zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bereits an Krebs erkrankt waren. Ferner wurden gegenwärtige Angaben zu Alter und Partnerschaft, die sich im Verlauf ändern können, herangezogen und in einen Zusammenhang zu einer früheren Inanspruchnahme gesetzt, was eine Ungenauigkeit darstellt. Solche Ungenauigkeiten bei der Operationalisierung und der zeitlichen Verortung finden sich auch in anderen Studien (z.B. Stafford et al., 2015). Schließlich gilt es zu bedenken, dass in der Stichprobe vor allem Patienten und Patientinnen mit gastrointestinalen Tumoren vertreten waren, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

Letztlich wirft die vorliegende Studie aber einige relevante Fragen auf: Unterscheiden sich Patienten mit einer vorbestehenden psychischen Belastung im Umgang mit der Krebserkrankung? Zeigen sich Spezifika in der psychischen Beeinträchtigung, und haben diese Patienten andere psychosoziale Bedürfnisse als Patientinnen und Patienten ohne frühere psychische Beeinträchtigung? Zudem könnte es sein, dass es Unterschiede hinsichtlich Zeitpunkt und Art der Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgungsangebote gibt, da ein Teil der Patienten mit vorbestehender psychischer Belastung bereits Erfahrungen mit psychosozialen Versorgungsangeboten gemacht hat und somit besser über entsprechende Angebote informiert ist. Dies wären mögliche Fragen für künftige, detailliertere Studien.

Aus klinischer Sicht legen die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe, nicht selbstverständlich davon auszugehen, dass psychisch beeinträchtigte Patienten ausschließlich „wegen“ ihrer Krebserkrankung belastet sind, sondern die Erkrankung im Lebenskontext zu sehen und die Bedeutung einer möglichen vorbestehenden psychischen Belastung für die aktuelle Situation und für angemessene Versorgungsangebote zu eruieren ist.

### LITERATUR

- Alfonsson, S., Olsson, E., Hursti, T., Høyer Lundh, M. & Johansson, B. (2016). Socio-demographic and clinical variables associated with psychological distress 1 and 3 years after breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 24, 4017–4023.
- Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Dinkel, A., Scheddel, P., Sehlen, S. et al. (2011). Distress screening in oncology – evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients-Short Form (QSC-R10) in a German sample. *Psycho-Oncology*, 20, 287–293.
- Christensen, S., Zachariae, R., Jensen, A. B., Væth, M., Møller, S., Ravnsbæk, J. et al. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 113, 339–355.
- Harris, J. P., Kashyap, M., Humphreys, J. N., Chang, D. T. & Pollom, E. L. (2021). Longi-

---

## PERSÖNLICHKEITSTÖRUNGEN ALS FOLGE SCHWERER TRAUMATISIERUNGEN: TRAUMABEARBEITUNG PLUS NEUORIENTIERUNG

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen berichten häufig über eine Vorgeschichte körperlicher, psychischer oder sexueller Traumatisierungen. Dies trifft in besonderem Maß auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu, bei denen in verschiedenen Untersuchungen Häufigkeitsraten von bis zu 80 Prozent für schwere kindliche Traumatisierungen gefunden worden sind.

Die traumazentrierte Psychotherapie ist bei Patienten mit traumabedingter Persönlichkeitsstörung primär indiziert, berichten Proff. Martin Sack und Friedhelm Lamprecht in ihrem Beitrag zum Reader „Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag“. Dies gilt insbesondere auch für länger zurückliegende Traumatisierungen in der Kindheit.

Allerdings ist die psychotherapeutische Behandlung nach erfolgreicher Traumabearbeitung noch nicht abgeschlossen. Wichtig

und oft unterschätzt ist die Wiederanknüpfungsphase, deren Ziel eine Neuorientierung auf den Alltag fokussiert, warnen die Autoren.

„Es kann schwierig sein, eine neue persönliche Orientierung zu finden, wenn die Opferidentität im Zuge einer erfolgreichen Traumatherapie aufgelöst ist. Häufig sind in dieser Therapiephase auch nicht oder nur sehr schwer therapeutisch zu beeinflussende Entwicklungsdefizite Thema, die als gleichsam bleibende Verletzungen und Narben zurückbleiben und in die Persönlichkeit integriert werden müssen.“

**H. Haltenhof, G. Schmid-Ott  
& U. Schneider (Hrsg.):  
Persönlichkeitsstörungen  
im therapeutischen Alltag.  
Pabst Science Publishers**

---

- tudinal analysis of mental disorder burden among elderly patients with gastrointestinal malignancies. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19, 163–171.
- Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johanssen, C. et al. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, 72, 46–53.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2010). *Hospital anxiety and depression scale – Deutsche Version* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Herschbach, P., Britzelmeir, I., Dinkel, A., Giesler, J. M., Herkommer, K., Nest, A. et al. (2020). Distress in cancer patients: who are the main groups at risk? *Psycho-Oncology*, 29, 703–710.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87. [Erratum: *Nervenarzt* (2016), 87, 88–90].
- Kirby, E. R., Kenny, K. E., Broom, A. F., Oliffe, J. L., Lewis, S. Wyld, D. K. et al. (2020). Responses to a cancer diagnosis: a qualitative patient-centred interview study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 229–238.
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H. et al. (2016). Twelve-month and life-time prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 289–296.
- Lehto, U.-S., Ojanen, M., Väkevä, A., Aromaa, A. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2008). Noncancer life stresses in newly diagnosed cancer. *Supportive Care in Cancer*, 16, 1231–1241.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K. et al. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86–95.
- Lu, D., Andersson, T. M. L., Fall, K., Hultmann, C. M., Czene, K., Valdimarsdottir, U. et al. (2016). Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis. A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol*, 2, 1188–1196. [Correction: *JAMA Oncol* (2016), 2, 1244].
- Mallet, J., Huillard, O., Goldwasser, F., Dubertret, C. & Le Strat, Y. (2018). Mental disorders associated with recent cancer diagnosis: results from a nationally representative survey. *European Journal of Cancer*, 105, 10–18.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter M., Keller, M., Schulz, H. et al. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 3540–3546.
- Mehnert, A. & Lehmann-Lae, A. (2020). Psychoonkologie. *TumorDiagnostik und Therapie*, 41, 326–337.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Überprüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 213–223.
- Morrison, E. J., Flynn, J. M., Jones, J., Byrd, J. C. & Andersen, B. L. (2016). Individual differences in physical symptom burden and psychological responses in individuals with chronic lymphocytic leukemia. *Annals of Hematology*, 95, 1989–1997.
- Pichler, T., Dinkel, A., Marten-Mittag, B., Hermelink, K., Telzerow, E., Ackermann, U. et al. (2019). Factors associated with the decline of psychological support in hospital-

ized patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 2019, 2049–2059.

Peters, L., Brederecke, J., Franzke, A., de Zwaan, M. & Zimmermann, T. (2020). Psychological distress in a sample of inpatients with mixed cancer – a cross-sectional study of routine clinical data. *Frontiers in Psychology*, 11, 591771.

Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E. et al. (2006). Stem cell transplantation: risk factors for psychiatric morbidity. *European Journal of Cancer*, 42, 514–520.

Qiu, J., Yang, M., Chen, W., Gao, X., Liu, S., Shi, S. et al. (2012). Prevalence and correlates of major depressive disorder in breast cancer survivors in Shanghai, China. *Psycho-Oncology*, 21, 1331–1337.

Seoud, T., Syed, A., Carleton, N., Rossi, C., Kenner, B., Quershi, H. et al. (2020). Depression preceding and following a diagnosis of pancreatic cancer: results from a national, population-based study. *Pancreas*, 49, 1117–1122.

Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 3–23. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-111

Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H. & Dinkel, A. (2010). Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 148, 166–171.

Stafford, L., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., Mann, G. B. & Quinn, M. (2015). Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *Supportive Care in Cancer*, 23, 2215–2224.

## ANMERKUNG

Diese Studie wurde aus Eigenmitteln durchgeführt.



### **PD DR. ANDREAS DINKEL**

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE,  
KLINIKUM RECHTS DER ISAR, TU MÜNCHEN  
LANGERSTRASSE 3  
D-81675 MÜNCHEN  
E-MAIL: a.dinkel@tum.de



### **PROF. DR. PETER HERSCHBACH**

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE  
KLINIKUM RECHTS DER ISAR, TU MÜNCHEN  
LANGERSTRASSE 3  
D-81675 MÜNCHEN  
E-MAIL: p.herschbach@tum.de

### **DR. BIRGITT MARTEN-MITTAG**

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE,  
KLINIKUM RECHTS DER ISAR, TU MÜNCHEN  
LANGERSTRASSE 3  
D-81675 MÜNCHEN  
E-MAIL: b.marten-mittag@tum.de