

## **10.3 Psychische Komorbiditäten bei Krebserkrankungen**

A. DINKEL

### **Zusammenfassung**

Patienten mit einer Krebserkrankung sehen sich zahlreichen Belastungsfaktoren ausgesetzt, von der Diagnose der Erkrankung über deren Behandlung bis zu der langfristigen Reintegration in den Alltag. In diesem Prozess erleben viele Patienten eine psychische Beeinträchtigung. Etwa ein Drittel der Krebspatienten leidet akut unter einer psychischen Störung, wobei Angststörungen, depressive Störungen und Anpassungsstörungen am häufigsten auftreten. Höhere Prävalenzraten ergeben sich, wenn das subjektive Belastungserleben der Patienten betrachtet wird. So äußern etwa 50 % der Krebsbetroffenen eine klinisch bedeutsame psychische Beeinträchtigung durch Distress oder Progredienzangst. Diese krankheitsassoziierten Formen psychischer Beeinträchtigung stellen zu einem gewissen Teil eigenständige Phänomene dar, für die die Diagnosekriterien psychischer Störungen nicht hinreichend zutreffen. Die psychische Komorbidität hat für die Patienten zahlreiche negative Folgen, unter anderem eine reduzierte Lebensqualität und eine erhöhte Mortalität. Angesichts des subjektiven Leidens und der Konsequenzen psychischer Komorbidität ist eine weitere Stärkung der psychoonkologischen Versorgung nach wie vor angezeigt.

### **Krankheitsanforderungen und psychosoziale Anpassung**

Die Diagnose und Behandlung einer schweren Erkrankung führt zu Veränderungen in der Lebenssituation, die den betroffenen Patienten Anstrengungen abfordern, um sich hieran anzupassen und die Alltagsfunktion und Lebensqualität zu erhalten. Patienten sehen sich somit Adaptationsanforderungen (adaptive tasks) gegenüber, die häufig als belastend erlebt werden. Im Fall von Krebserkrankungen unterscheiden Mehnert und Lehmann-Laue (2020) zwischen solchen krankheits- und behandlungsbedingten, psychosozialen sowie versorgungsbedingten Belastungsfaktoren. Zu den ersten zählen unter anderem Schmerzen und belastende körperliche Symptome, Behandlungsnebenwirkungen und Funktionsbeeinträchtigungen, zu den zweiten z.B. die Diagnose und Prognose der Erkrankung, die Unsicherheit über den weiteren Verlauf sowie Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Rollen und zum dritten Bereich beispielsweise die praktische Organisation der Behandlung, die Kommunikation mit den Behandlern oder finanzielle Belastungen. Einen Belastungsfaktor stellt auch die Frage der Arbeitsfähigkeit dar. Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit zeigen Daten aus Deutschland, dass ein Großteil der Krebspatienten innerhalb von zwei Jahren wieder arbeitet, allerdings geht dies in vielen Fällen

mit einer Veränderung in der beruflichen Tätigkeit einher und zum Teil wird die berufliche Tätigkeit nach kurzer Zeit auch wieder beendet (Arndt et al. 2019; Leuteritz et al. 2020). Der Umgang mit diesen zahlreichen Belastungsfaktoren fordert die Bewältigungsressourcen der Betroffenen und bringt viele Krebspatienten an ihre Grenzen.

## Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen

Angesichts der zahlreichen Erfahrungen von Herausforderung, Überforderung, Bedrohung und Verlust, die mit der Diagnose, Behandlung, Nachsorge und Reintegration einhergehen, erscheint es plausibel anzunehmen, dass Symptome psychischer Beeinträchtigung als eine Konsequenz des Anpassungsprozesses an die Belastungsfaktoren der Krebserkrankung anzusehen sind. Die psychische Beeinträchtigung erscheint somit reaktiv und direkt mit der Krebserkrankung assoziiert. Es wird angenommen, dass die betroffene Person „im Prinzip“ psychisch gesund ist und nun angesichts der Adaptationsaufgaben, die mit der Krebserkrankung verbunden sind, eine psychische Belastungsreaktion zeigt. Auch wenn dies eine berechtigte Perspektive darstellt, die in vielen Fällen zutrifft, so sind auch andere Komorbiditätsmuster möglich.

So ist auch an die Möglichkeit zu denken, dass die betroffene Person bereits vor der Krebserkrankung psychisch beeinträchtigt war und dass die aktuelle psychische Komorbidität eine Koinzidenz darstellt; die psychische Beeinträchtigung bestand vor der Krebsdiagnose und besteht nach der Diagnose weiter fort, relativ unabhängig von den Adaptationsanforderungen der Krebserkrankung. In ähnlicher Weise hierzu kann bei einem Krebspatienten in der Vergangenheit eine psychische Beeinträchtigung bestanden haben, die dann remittierte und die durch die Krebserkrankung aktualisiert wird. Die Krebserkrankung fungiert hier als eine Auslösesituation bei bereits bestehender Vulnerabilität aufgrund vorangegangener psychischer Beeinträchtigung; die psychische Beeinträchtigung ist einerseits reaktiv, andererseits vielleicht aber auch nicht ohne die spezifische Vorbelastung in dieser Form möglich. Ferner besteht die Möglichkeit, dass die psychische Symptomatik als eine direkte Folge der Krebserkrankung oder ihrer Behandlung anzusehen ist. Wie Pitman et al. (2018) bemerken, ist es unklar, wie hoch der Anteil an Krebspatienten ist, deren Angst- und Depressionssymptome auf unmittelbare biologische Effekte des spezifischen Tumors oder der Krebsbehandlung zurückzuführen sind. Prinzipiell sind diese Effekte jedoch möglich, z.B. als Zytokin-vermittelte Depression bei Pankreaskarzinom oder als endokrin bedingte Depression nach Androgendeprivationstherapie des Prostatakarzinoms (Pitman et al. 2018). Diese möglichen Komorbiditätsmuster können unterschiedliche Implikationen für die psychoonkologische Versorgung haben, was bisher empirisch aber nicht hinreichend beleuchtet worden ist.

## Diagnostik psychischer Komorbidität

Die Diagnostik psychischer Beschwerden von Krebspatienten kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Hierzu gehören die Diagnose psychischer Störungen gemäß aktueller Klassifikationssysteme, die Erfassung der symptomatischen psychischen Beeinträchtigung und das orientierende Screening hinsichtlich einer klinisch bedeutsamen Symptombelastung. Während die Diagnose einer psychischen Beeinträchtigung durch einen Fachexperten erfolgen muss, kann die symptomatische Belastung durch Selbstbeurteilungsbögen erhoben werden.

Bei der Diagnostik psychischer Beschwerden bei körperlich Kranken, so auch Krebspatienten, ergeben sich jedoch einige Herausforderungen (Dinkel 2013). Wie erwähnt, können zahlreiche Symptome psychischer Störungen auch Ausdruck der Krebserkrankung oder ihrer Behandlung sein. Dies trifft vor allem auf die somatischen Symptome einer Depression zu, wie z.B. Schlafstörungen, Müdigkeit, Appetitverlust oder Libidoverlust. Speziell für die Depression wurden daher alternative Ansätze zur Diagnostik psychischer Beeinträchtigung diskutiert (ätiologisch, exklusiv, substitutiv). Empirisch zeigt sich, dass die gewählte Strategie zu unterschiedlichen Prävalenzraten der Depression führt (Koenig et al. 1997). In der Praxis wird allerdings am häufigsten der inklusive Ansatz verfolgt, bei dem alle Symptome unabhängig ihrer Ätiologie gezählt werden, da diese Methode die höchste Sensitivität erzielt (Koenig et al. 1997).

Ein weiteres Problem bei der Diagnostik komorbider psychischer Störungen von Krebspatienten und Patienten mit anderen körperlichen Erkrankungen betrifft das Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen. Einige Autoren bemerken, dass das psychiatrische Modell psychischer Störungen nicht adäquat ist, um die psychischen Beschwerden körperlich Kranker angemessen abzubilden. So meinen beispielsweise Gurevich et al. (2002, p. 259): “The personal tragedy of serious medical illness is not necessarily captured within the bounds of psychiatric illness”. Dies weist darauf hin, dass die Diagnosekriterien gängiger psychiatrischer Erkrankungen bei körperlich Kranken zum Teil nicht gut anwendbar sind und dass chronische Krankheiten mit psychischen und Verhaltensreaktionen einhergehen, die im Diagnosesystem psychiatrischer Krankheiten nicht oder nur unzureichend enthalten sind (Dinkel 2013, Amonoo et al. 2020).

Zur Erfassung psychischer Störungen von Krebspatienten kommen gängige strukturierte klinische Interviews zum Einsatz (Mehnert u. Lehmann-Laue 2020). Für eines dieser bekannten Verfahren liegt eine adaptierte Fassung vor, die Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei Krebspatienten berücksichtigt (CIDI-O; Hund et al. 2014). Die Diagnostik der Symptomlast von Angst, Depressivität und Distress erfolgt über generische Fragebögen, wie z.B. dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ) oder krebspezifischen Instrumenten, wie dem Distress-Thermometer (DT) oder dem Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). Für einige dieser Bögen liegen auch Kurzformen vor, die für ein Screening genutzt werden können (Dinkel 2013, Mehnert u. Lehmann-Laue 2020).

## Psychische Störungen bei Patienten mit einer Krebserkrankung

### Prävalenz psychischer Störungen

Daten aus Metaanalysen (Singer et al. 2010) wie auch aus großen epidemiologischen Studien, z.B. der deutschen Studie von Mehnert et al. (2014), zeigen, dass etwa ein Drittel der Krebspatienten aktuell an einer psychischen Störung leidet (*Abb. 1*). Deutlich höher ist der Anteil bei jungen Erwachsenen unter 40 Jahren (adolescent and young adults, AYA) mit 46,7 % (Geue et al. 2018). Die Prävalenzraten unterscheiden sich zum Teil zwischen den Entitäten (*Abb. 1*). Eher höhere Prävalenzen finden sich bei Patientinnen mit Brust- oder gynäkologischen Tumoren, eher niedrigere bei Patienten mit Prostatakarzinom, wobei bei diesen beiden Entitäten offenkundig eine Konfundierung zwischen Entität und Geschlecht besteht.

Betrachtet man die 12-Monats-Prävalenz, so sind es der erwähnten deutschen Studie zufolge 39,4 % der Krebspatienten, die an irgendeiner psychischen Störung leiden (Kuhnt et al. 2016), was höher liegt als die 12-Monats-Prävalenz für irgendeine psychische Störung in der deutschen Allgemeinbevölkerung, die 27,8 % beträgt (Jacobi et al. 2014). Auch populationsbasierte Studien finden, dass Personen mit einer Krebserkrankung eine höhere Prävalenz psychischer Störungen aufweisen als Personen ohne Krebserkrankung (Mallet et al. 2018).

Die häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten sind Angststörungen, affektive Störungen und Anpassungsstörungen. Hieran leiden zwischen 10 % und 20 % der Krebspatienten. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) treten eher selten auf. Dies ist insofern herauszustellen, als viele Patienten oder Teile der Laien- und Fachpresse Krebs als ein Trauma bezeichnen und die Diagnose und/oder die Behandlungserfahrung als traumatisch kennzeichnen. Zweifelsfrei können im Rahmen der Diagnostik und Behandlung Situationen auftreten, die für Patienten mit Hilflosigkeit und Todesangst verbunden sind. Ebenso erleben viele Patienten typische posttraumatische Symptome wie z.B. Intrusionen. Allerdings liegt nur in vergleichsweise wenigen Fällen ein Symptomcluster vor, das in Intensität und Dauer die Diagnose einer PTBS ermöglicht. Eine eigene Studie bei Krebspatienten in stationärer Behandlung erbrachte eine Prävalenz von 3,5 % (Dinkel et al. 2014). In der Metaanalyse von Mehnert et al. (2013) zeigte sich eine Prävalenzrate von 4,8 % für die akute Belastungsstörung und 2,6 % für die posttraumatische Belastungsstörung. In *Tabelle 1* sind überblicksartig Prävalenzraten verschiedener psychischer Störungen aus metaanalytischen Studien dargestellt.

**Tab. 1:** Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen (DSM-IV, ICD-10) bei Krebspatienten aus metaanalytischen Studien

Autor	Setting	Irgend-eine psychische Störung	Angststörung	Depression	Anpassungsstörung	Posttraumatische Belastungsstörung	Kombinierte Diagnosen
Singer et al. (2010)	Patienten in stationärer Behandlung	31.7					
Mitchell et al. (2011)	Stationäre/ ambulante onkologische Patienten		10.3	16.3	19.4		Angst oder Depression oder Anpassungsstörung: 38.2
	Krebspatienten in palliativem Setting		9.8	16.5	15.4		Angst oder Depression oder Anpassungsstörung: 29.0
Vehling et al. (2012)	Patienten in ambulanten und stationären Settings		13.5	6.0			Affektive Störungen gesamt: 11.1
Mehnert et al. (2013)	Patienten in ambulanten und stationären Settings				12.5	2.6	
Abbey et al. (2015)	Patienten in Behandlung und nach Abschluss der Behandlung					5.1 <sup>a</sup>	
Anmerkung. Diagnosen basieren auf strukturierten oder klinischen Interviews;							
<sup>a</sup> Krebs-bezogene Posttraumatische Belastungsstörung, d.h. basierend auf Studien, in denen die Krebserkrankung als traumatisches Ereignis benannt wurde							

Prävalenzangaben zur Häufigkeit von komorbiden psychischen Störungen von Krebspatienten lassen keine Aussage über die konkrete Form der Komorbidität zu, da die klassifikatorische Diagnostik deskriptiv erfolgt und, bis auf wenige Ausnahmen (PTBS, Anpassungsstörung), nicht ätiologieorientiert ist. Die Prävalenzzahlen soll-

ten somit nicht so verstanden werden, dass die psychische Komorbidität *aufgrund* der Krebserkrankung besteht. Zwar legt die erhöhte Prävalenz psychischer Störungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung nahe, dass die psychische Beeinträchtigung mit der Krebserkrankung assoziiert ist. Allerdings zeigen Studien auch, dass die Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten mit einer psychischen Störung in der Vorgeschichte höher liegt als bei den Patienten ohne entsprechende frühere Diagnose (Mallet et al. 2018), so dass es plausibel erscheint, dass für einige Patienten die Krebserkrankung eine Auslösebedingung für eine Exazerbation einer psychischen Symptomatik darstellt.

## **Inzidenz psychischer Störungen nach Krebserkrankungen**

Einen deutlicheren Hinweis darauf, dass eine psychische Beeinträchtigung aus der Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung resultiert, liefern Inzidenzzahlen psychischer Störungen. Eine Register-basierte Studie aus Schweden zeigte einen deutlichen Anstieg an inzidenten psychischen Störungen in den ersten Wochen nach der Diagnose einer Krebserkrankung gegenüber Personen, die keine Krebserkrankung hatten. Ebenso bestand eine erhöhte Inzidenz in den 10 Monaten vor der Krebsdiagnose, was die Autoren als ein Zeichen der Belastung durch erste Symptome und die diagnostischen Untersuchungen im Vorfeld der Diagnose sehen (Lu et al. 2016). Eine erhöhte Inzidenz psychischer Störungen bei Krebspatienten berichten auch Shang et al. (2019). Die erhöhte Rate an Erstmanifestationen psychischer Störungen bei Krebspatienten gegenüber Personen ohne Krebserkrankung stützt die These, dass eine Krebserkrankung auch bei bisher psychisch stabilen Personen zu einer Überforderung der Bewältigungsressourcen führen kann und dass ein großer Anteil der Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten tatsächlich als Reaktion auf die Belastungsfaktoren, die im Anpassungsprozess auftreten, zu sehen ist. Allerdings ist zu den beiden angeführten Studien anzumerken, dass nicht völlig sichergestellt werden konnte, dass es sich um eine echte Erstmanifestationen psychischer Störungen handelte; es konnte lediglich gezeigt werden, dass die Personen mehrere Jahre vor der Krebsdiagnose nicht an einer psychischen Störung gelitten hatten, aber nicht, dass dies im bisherigen Lebenslauf nicht der Fall war.

## **Psychosozialer Distress**

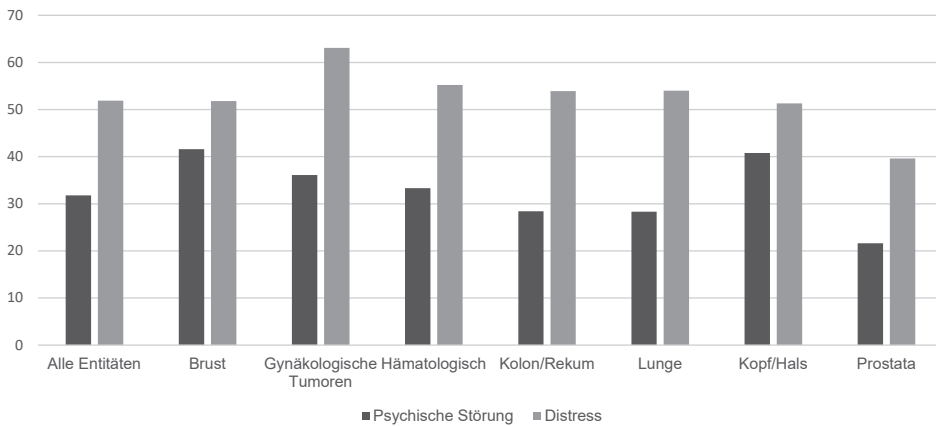
Ein problematischer Aspekt bei der Diagnose psychischer Störungen von Krebspatienten ist die damit verbundene Stigmatisierung. Patienten erleben sich häufig nicht als psychiatrisch erkrankt. Zudem passen, wie erwähnt, die Diagnosekriterien psychischer Störungen teilweise nicht gut zu dem Beschwerdeerleben der Patienten (Dinkel 2013). Von einem US-amerikanischen Expertengremium wurde daher vorgeschlagen, den Begriff *Distress* zu verwenden, um das Belastungserleben Krebskranker durch einen Begriff zu beschreiben, der keine stigmatisierende Konnotation trägt und die Patienten nicht verunsichert. *Distress* wird definiert „als ein breites Spektrum von unangenehmen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art,

das von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spiritueller Krisen reicht“ (Mehnert et al. 2006, S. 216). In diesem Sinne stellt Distress einen Überbegriff dar, der psychische Störungen genauso umfasst wie die verschiedensten Facetten subjektiver Belastung und Beeinträchtigung. Distress in seinen verschiedenen Facetten lässt sich durch den Selbstbericht der Patienten erfassen, was unter pragmatischen Gesichtspunkten einen Vorteil darstellt.

Hinsichtlich konkreter Beschwerdedimensionen werden am häufigsten Angst und Depressivität untersucht. Auch hier handelt es sich, wie bei der Diagnose von Angststörungen und depressiven Störungen, um eine rein deskriptive Erfassung der subjektiven Symptomlast; die hier genutzten Fragebögen stellen keinen Bezug zu der Krebserkrankung her, die Patienten werden nicht aufgefordert, psychische Beschwerden als Reaktion auf die Krebserkrankung zu beurteilen. Eine epidemiologische Studie aus Deutschland erbrachte, dass 24 % der Krebspatienten an einem klinisch relevanten Ausmaß an depressiven Symptomen litt. Die Wahrscheinlichkeit für eine klinisch bedeutsame Depressivität war fünfmal höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Hartung et al. 2017).

Boyes et al. (2013) untersuchten Angst und Depressivität 6 und 12 Monate nach der Diagnose einer Krebserkrankung. Die Prävalenz von Angst betrug 22 % bzw. 21 %, die von Depressivität zu beiden Zeitpunkten 13 %, und die Prävalenz eines komorbiden Auftretens klinischer Angst und depressiver Symptomatik zu beiden Zeitpunkten 9 %. Diese Daten sprechen für eine deutlich ausgeprägte Konstanz der Prävalenz im Verlauf. Ein ähnliches Bild der Konstanz zeigt sich auch bei Studien mit Langzeitüberlebenden. So fanden Götze et al. (2020) keinen Unterschied in der Prävalenz von Angst und Depressivität bei zwei Gruppen von Langzeitüberlebenden, 5 und 10 Jahre nach der Krebsdiagnose; die Prävalenz von Depressivität betrug 17 %, die von Angst 9 %. Diese über verschiedene Zeitpunkte hinweg recht konstanten Prävalenzraten verschleiern ein wenig die individuelle Veränderung, die im Verlauf zu beobachten ist. Hier helfen Analysen von Trajektorien. So fanden Boyes et al. (2013) eine große Gruppe an resilienten Patienten, mehr als 70 % der Patienten berichteten weder 6 noch 12 Monate nach Diagnose eine klinisch bedeutsame Symptomatik. Zwischen 4 % und 14 %, je nach Symptombereich, waren hingegen chronisch beeinträchtigt, d.h. berichteten zu beiden Zeitpunkten eine klinische Symptomlast. Etwa 6 % der Patienten besserten sich im Verlauf und zeigten nach initialer klinischer Beeinträchtigung eine Remission, während ca. 6 % eine verzögerte psychische Beeinträchtigung zeigten, d.h. diese erst zum zweiten Zeitpunkt berichteten. Dieselben vier Trajektorien identifizierten auch Zebrack et al. (2014) bei AYAs, wobei die Autoren nicht Angst und Depressivität, sondern Distress erfassten. In dieser Studie war die Volatilität der psychischen Beeinträchtigung etwas stärker ausgeprägt: 20 % der Patienten remittierten, und 15 % erlebten einen verzögerten Beginn.

Distress wird in der Psychoonkologie nicht nur als ein Überbegriff genutzt, sondern auch als ein Konstrukt psychischer Beeinträchtigung. In diesem Sinne handelt es sich um ein krankheitsorientiertes Maß unspezifischer Beeinträchtigung. Eine



**Abb. 1:** Prävalenz psychischer Beeinträchtigung bei Krebspatienten; Psychische Störung – 4-Wochen-Prävalenz (anhand CIDI-O); ausgewählte Ergebnisse aus Mehnert et al. (2014); Distress – 7-Tage-Prävalenz (anhand Distress-Thermometer); ausgewählte Ergebnisse aus Mehnert et al. (2018).

deutsche Studie mit Routinedaten, die im Rahmen des Screenings von stationären Patienten gewonnen wurden, erbrachte eine Prävalenz von 65,9 % (Peters et al. 2020). Daten aus einer deutschen epidemiologischen Studie (Mehnert et al. 2018) mit demselben Instrument (DT) und demselben Cut-off zeigten eine Prävalenz von 52 % (Abb. 1). Die Prävalenzraten schwanken häufig in Abhängigkeit des verwendeten Instruments und des untersuchten Settings. Herschbach et al. (2020) nutzten den FBK-R10 bei über 21 000 Patienten aus unterschiedlichen Behandlungssettings und fanden eine Prävalenz von 32,6 %. Zudem identifizierten sie fünf Cluster des Belastungserlebens: minimal belastet (46,6 %) und stark belastet (12,7 %) sowie drei Cluster mit bereichsspezifischer starker Belastung, nämlich primär physisch belastet (15,2 %), primär psychologisch belastet (15,6 %) und primär sozial belastet (9,9 %).

Einer der größten Belastungsfaktoren für Krebspatienten ist die Auseinandersetzung mit der Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf. Die Ängste und Sorgen, die hiermit verknüpft sind, werden als Progredienzangst oder im internationalen Sprachgebrauch primär als *fear of recurrence* bezeichnet. Hierbei handelt es sich um eine real-basierte, reaktive Angst, die sich direkt auf die Krebserkrankung und die möglichen Konsequenzen der Behandlung bezieht (Lebel et al. 2016, Dinkel u. Herschbach 2018). Solche krankheitsbezogenen Ängste sind nicht spezifisch für Krebspatienten, sondern sind bei vielen chronischen Erkrankungen zu beobachten (Berg et al. 2010, Lebel et al. 2020). Auch wenn es sich hierbei um eine nachvollziehbare, normale Reaktion auf eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt, kann diese ein Ausmaß annehmen, das zu deutlichen Alltagsbeeinträchtigungen führt und als klinisch bedeutsam anzusehen ist. Den Ergebnissen eines systematischen Reviews zufolge leiden 49 % der Krebspatienten und Krebsurvivor an einer moderaten bis



hohen Progredienzangst (Simard et al. 2013). Eine Komorbiditätsanalyse von Progredienzangst und Angststörungen legt nahe, dass klinische Progredienzangst ein eigenständiges Phänomen darstellt, welches sich nicht gut in den gängigen Angststörungen abbilden lässt. So bestand bei 6,7 % der Krebspatienten eine Komorbidität zwischen klinischer Progredienzangst und einer Angststörung, 13,7 % der Patienten äußerten jedoch Progredienzangst, ohne die Diagnosekriterien einer Angststörung zu erfüllen (Dinkel et al. 2014). Ein vergleichbares Ergebnis berichten Vehling et al. (2017) bezüglich Demoralisation, gekennzeichnet u.a. durch Gefühle der Sinn- und Hoffnungslosigkeit und des persönlichen Versagens. Hier bestand bei 7 % eine Komorbidität zwischen klinischer Demoralisation und einer affektiven oder einer Angststörung, 14 % litten an Demoralisation ohne einer dieser komorbiden psychischen Störungen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass das Belastungserleben von Krebspatienten häufig nicht adäquat durch psychische Störungen beschrieben werden kann und dass spezifische krankheitsbezogene psychische Beeinträchtigungen in einem klinischen Ausmaß bestehen können, ohne dass eine psychische Störung vorliegt.

## **Konsequenzen und Determinanten psychischer Komorbidität**

Wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch, hat psychische Komorbidität bei Krebspatienten zahlreiche negative Folgen. Sowohl psychische Störungen wie auch klinischer Distress sind mit einer reduzierten Lebensqualität und einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems assoziiert (Simard et al. 2013, Mausbach u. Irwin 2017, Dinkel u. Herschbach 2018, Lebel et al. 2020). Ferner wurde ein Zusammenhang zwischen psychischer Beeinträchtigung und Komplikationen im Behandlungsverlauf beschrieben (Song et al. 2017, Liu et al. 2020). Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und erhöhter Mortalität (Batty et al. 2017, Zhu et al. 2017, Jazzar et al. 2018), wobei in der Analyse von Zhu et al. (2017) die erhöhte Mortalität in erster Linie in der Gruppe der Patienten mit einer Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung zu beobachten war.

Als Determinanten psychischer Komorbidität wurden zahlreiche soziodemographische, psychologische sowie krankheits- und behandlungsbezogene Merkmale untersucht. Hier ist eine große Variation in den Ergebnissen zu beobachten. Relativ konsistent zeigt sich, dass weibliches Geschlecht und jüngeres Lebensalter mit einem höheren Maß an psychischer Beeinträchtigung einhergehen, wie auch das Vorhandensein von körperlichen Beschwerden und funktioneller Beeinträchtigung (Simard et al. 2013, Dinkel u. Herschbach 2018). Zum Teil finden sich Unterschiede in der psychischen Beeinträchtigung zwischen den verschiedenen Entitäten (Mehnert et al. 2018, Peters et al. 2020). Die Zeit seit der Diagnose scheint für das Ausmaß an Distress eher weniger bedeutend zu sein (Simard et al. 2013, Peters et al. 2020), ebenso wie klinische Parameter, die im Vergleich zu psychologischen Merkmalen wie z.B. Optimismus, soziale Unterstützung oder Bewältigungsverhalten eher nachrangig sind (Simard et al. 2013, Stanton et al. 2018).