

Exposé
Rekrutierung Pilotphase 1A

**Evaluation und Konzeptualisierung der Diagnostik medizinisch-
bedingter Traumata in der Onkologie: Eine umfassende
Analyse bei Krebsbetroffenen**

Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der
hypothetischen Arbeitsdiagnose Somatoformtraumatischen
Belastungsstörung (STBS)

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.) an der Universität zu Lübeck**

M.Sc. Carina Eckelmann

Inhalt

1. Zusammenfassung des Projekts (Abstract).....	2
2. Wissenschaftlicher Hintergrund.....	3
3. Projektziele / Zielsetzung.....	9
Quellenangaben.....	10

1. Zusammenfassung des Projekts (Abstract)

Dank der Fortschritte in der Früherkennung, Behandlung und Betreuung von Krebspatient:innen ist deren Überlebensrate in den letzten 10 Jahren kontinuierlich gestiegen. Diese positive Entwicklung führt jedoch dazu, dass es aktuell mehr Betroffene gibt, deren Lebensqualität aufgrund körperlicher oder psychischer Belastung eingeschränkt ist. Die Diagnose Krebs stellt bei vielen Personen ein existenziell bedrohliches Ereignis dar. Stressoren können alle Lebensbereiche betreffen und potenziell traumatisch sein. Es ist nach wie vor unklar, ob bei Betroffenen auch Symptome im Sinne einer "Posttraumatischen Belastungsstörung" (PTBS) diagnostiziert werden können. Diesbezüglich wird die Vergabe einer PTBS aktuell in der Forschung diskutiert und kritisiert. Es zeigen sich erhebliche qualitative Unterschiede zwischen den situativen Bedingungen eines klassischen und eines medizinisch-bedingten Traumas, was möglicherweise dazu führt, dass ein medizinisch-bedingtes Trauma nicht adäquat erfasst werden kann. Dies wird auch durch die starken Schwankungen der Prävalenzen deutlich. Durch den Wegfall eines Teils des A1 Kriteriums im DSM-5, nämlich dass auch lebensbedrohliche Erkrankungen als traumaauslösende Faktoren angesehen werden können, wird die Diagnostik zusätzlich erschwert. Das Ziel dieser Dissertation besteht darin, zu erforschen, ob und welche Elemente einer PTBS bei Krebspatient:innen vorhanden sind und welche weiteren spezifischen Merkmale diese potenziell traumatischen Erfahrungen kennzeichnen. Dabei soll der Versuch unternommen werden, sich dem Konzept des medizinisch-bedingten Traumas anzunähern. Für die Erarbeitung einer möglichen Konzeptualisierung werden die Symptomatik der PTBS und weitere traumaassoziierte Konstrukte untersucht, um nachfolgend eine hypothetische Arbeitsdiagnose aufzustellen – die als „Somatoformtraumatische Belastungsstörung (STBS)“ bezeichnet wird. Im Zuge dessen soll ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen entwickelt und validiert werden, der die traumatische Symptomatik bei Krebspatient:innen erfassen kann. Berücksichtigung finden die vier Hauptsymptomcluster der PTBS „*Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidung und Negative Veränderung von Kognition und Stimmung*“, erstmals ergänzt durch *zukunftsbezogene Intrusionen* (bezeichnet als *Futureflashes*) sowie die traumaassoziierten Konstrukte „*Progredienz- bzw. Rezidivangst*“ und „*Existenzielle Leere*“. Um ein tieferes Verständnis und umfassendere Einblicke in die Forschungsfragen zu gewinnen, kommt ein Mixed-Methods-Design mit explorativem Charakter zur Anwendung, welches sich in verschiedene und aufeinanderfolgende Phasen gliedert. Die Stichproben der einzelnen Phasen der Studie umfassen Proband:innen, die von verschiedensten Krebserkrankungen betroffen sind.

Für die statistische Analyse der Fragebogenvalidierung werden Methoden der Klassischen Testtheorie angewendet, wobei gängige psychometrische Kennzahlen ermittelt werden und eine Explorative Faktorenanalyse durchgeführt wird. In den verschiedenen Phasen der Fragebogenvalidierung, insbesondere zu Beginn des Prozesses, werden Halbstandardisierte-Interviews durchgeführt, um zusätzliche Einblicke und Rückmeldungen von den Proband:innen bezüglich der traumaspezifischen Symptomatik zu erhalten. Die aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen sollen dazu dienen das Konzept der medizinisch-bedingten Traumata zu erschließen und zu überprüfen, ob ein krebsbezogenes Trauma mittels Fragebogen adäquat erfasst werden kann. Dies soll dazu beitragen die Versorgungssituation von Personen mit medizinisch-bedingtem Trauma (am Beispiel Krebs) langfristig und nachhaltig zu verbessern.

2. Wissenschaftlicher Hintergrund

Krebs zählt zu den häufigsten und am meisten gefürchteten Krankheiten und stellt bei vielen Personen ein existenziell bedrohliches Ereignis dar (Künzler & Lenz, 2010).

Dem Statistischen Bundesamt zufolge erkranken weltweit jährlich knapp 20 Millionen Menschen an Krebs, wobei knapp 10 Millionen Betroffene in einem Jahr an dieser Erkrankung versterben. In Deutschland gibt es jährlich ca. 500.000 Neuerkrankungen (Robert Koch Institut, 2021). Im Jahr 2020 sind insgesamt 231.271 Menschen infolge einer Krebserkrankung gestorben. Erfreulicherweise lässt sich seit 2010 verzeichnen, dass die Sterberaten bei den Frauen um 7% und bei Männern um 12% zurückgegangen sind. Nach Berechnungen des Robert Koch Instituts (2021) wird sich auch zukünftig die Krebssterblichkeit weiter reduzieren. Ein Grund dafür ist der medizinische Fortschritt und ein allgemein verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Krebs ist, bis auf wenige Ausnahmen, eine altersassoziierte Erkrankung. Durch die gestiegenen Überlebensraten infolge des soziodemografischen Wandels leben heute mehr Menschen als je zuvor mit einer Krebsdiagnose. Dazu tragen außerdem die schnelle Diagnose der Erkrankung in behandelbaren Stadien und die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten bei (Robert Koch Institut, 2021). In Industrieländern beträgt die Prävalenz der Personen, die an Krebs erkrankt sind, ca. 5%. In Deutschland betrug die Zahl der an Krebs erkrankten Personen im Jahr 2017 rund 4.65 Millionen. Die sogenannten "*Cancer Survivors*", bei denen die Krebsdiagnose fünf oder mehr Jahre zurücklag, machen inzwischen ca. 60% der an Krebs erkrankten Personen aus. Bei ca. 27% aller *Cancer Survivors* sind seit der Krebsdiagnose sogar 15 Jahre oder mehr vergangen ("*Long Time Survivorship*").

Angesichts der deutlich verbesserten Überlebensraten haben mögliche Langzeit- und Spätfolgen in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen. Neben der medizinischen Betreuung ist es die Aufgabe der Psychoonkologie, sich mit möglichen psychosozialen Folgen und Begleiterscheinungen zu befassen. Heute steht die Frage nach der Manifestation komorbider psychischer Störungen und deren Belastungen im Vordergrund, sowie die Frage nach der Form, wie sich diese Beeinträchtigungen auf die Lebensqualität und die medizinische Betreuung bzw. die Compliance auswirken könnten (Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021). In der Psychoonkologie spielen außerdem auch die unterschiedlichen Krebsentitäten eine entscheidende Rolle. Es ist von großer Bedeutung zu analysieren, welcher Krebspatient zu welcher Zeit und in welchem Stadium welche spezifische Unterstützung benötigt, denn jede Krebsart kann verschiedene psychosoziale Herausforderungen mit sich bringen.

In Anbetracht der psychoonkologischen Forschungsziele hat auch das Bundesministerium für Gesundheit im Nationalen Krebsplan die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung gefordert. Als Ziel neun wird eine angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung genannt. Konkret handelt es sich dabei um eine Verbesserung in der Erkennung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs sowie der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen bei Krebspatient:innen und deren Angehörigen sowie um die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich (2008). Erfreulicherweise hat sich der Bereich der Psychoonkologie in den letzten Jahrzehnten ein gutes Stück weiterentwickelt und ist heute ein fester Bestandteil der Versorgungswirklichkeit in deutschen Kliniken, wo bei auch beobachten lässt, dass

die psychoonkologische Versorgung wieder rückläufig ist (persönliche Mitteilung Senf, 2023).

Die Veränderungen, die mit einer Krebsdiagnose einhergehen, können lange anhalten und alle Lebensbereiche betreffen. So haben Patient:innen der Onkologie neben rein medizinischen Untersuchungen, wie Behandlungen, Kontroll- oder Nachsorgeterminen, auch mit Belastungen auf psychischer und psychosozialer Ebene zu kämpfen, wie beispielsweise in Bezug auf die eigene Befindlichkeit, die Familie, den Beruf oder die eigenen Zukunftspläne.

Diverse Studien konnten zeigen, dass etwa bei einem Drittel aller an Krebs erkrankten Personen zusätzlich psychische Störungen auftreten. Eine Metaanalyse machte anhand umfassender strukturierter klinischer Interviews bei Krebspatient:innen deutlich, dass die kombinierte Prävalenzschätzung irgendeiner psychischen Erkrankung 32% beträgt. Die Prävalenzraten reichten von 23% bei Brustkrebspatientinnen bis 53% bei älteren an Krebs erkrankten Personen (Singer et al., 2010). Zu den häufigsten Störungen gehören dabei Anpassungsstörungen, Angststörungen und Depressionen (Mehnert et al., 2006). Eine internationale Metanalyse bezog 94 Studien über alle Versorgungsbereiche und Diagnosegruppen mit ein. Hier fanden sich Prävalenzraten von 19,4% für Anpassungsstörung, 16,3% für Depression und 10,3% für Angststörungen (Mitchell et al., 2011). In diesen Studien wurde die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) allerdings noch nicht berücksichtigt, was kein Einzelfall ist.

Die PTBS gehört, neben der Akuten Belastungsstörung und der Anpassungsstörung im DSM-5 zum Symptomkomplex der Trauma- und Belastungsreaktiven Störungen. Die im DSM beschriebenen Kriterien der PTBS basieren ursprünglich auf Forschungen zu Vietnamkriegsveteranen, die meist mit gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person, Folter oder Gefangenschaft zu tun hatten. Derartig traumatisierende Ereignisse bilden bis heute die Grundlage für die Diagnosen psychischer Traumatisierung (del Monte, 2010). Dabei tritt die Akute Belastungsstörung kurz nach einem traumatischen Ereignis auf und wird als eine vorübergehende Reaktion auf ein belastendes Ereignis angesehen. Bei mangelnden Bewältigungsmöglichkeiten kann diese in eine Anpassungsstörung oder eine PTBS münden. Die Akute Belastungsstörung und die Anpassungsstörung gelten als Risikofaktoren für die Entstehung einer PTBS (APA, 2015).

Bezüglich der Diagnostik der klassischen PTBS bei Krebspatient:innen zeigen sich in den Diskussionen der psychoonkologischen Fachliteratur Schwierigkeiten im Hinblick auf die Konzeption, die Methodik sowie die Erfassung einer PTBS bei Krebspatient:innen (vgl. Esser, 2017, Cordova et al., 2002). Daraus wird deutlich, dass die PTBS-Kriterien des aktuellen DSM (und der ICD) nicht die traumatische Situation widerspiegeln, in der sich Krebspatient:innen befinden können. Dies ist vermutlich darin begründet, dass die Art der traumatischen Ereignisse häufig in ihrer Intensität variiert und sich eher anhaltend, über einen langen Zeitraum in unterschiedlichen Phasen zeigt, womit diese sich folglich kumulativ zu einem vollausgeprägten Trauma entwickeln können. Dementsprechend könnten auch die gängigen PTBS-Instrumente ein krebsbedingtes Trauma möglicherweise nicht erfassen, da es sich qualitativ gegebenenfalls anders äußert bzw. manifestiert.

Es wird deutlich, dass ein traumatisches Erleben in Zuge einer Krebserkrankung mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischen Traumas einhergeht. Diese Schlussfolgerung ergibt sich unmittelbar aus der lebensbedrohlichen Natur einer Krebserkrankung und den damit einhergehenden psychosozialen Belastungen.

Im Hinblick auf die Diagnosestellung eines möglichen Traumas bei medizinischen Erkrankungen stehen aktuell zwei mögliche Optionen zur Auswahl: Die PTBS und die Anpassungsstörung. Letztere wird von DSM-5 bei psychisch belasteten Krebspatient:innen empfohlen und häufig diagnostiziert. Diese Diagnose weist nach Maercker und Augsburger (2019) jedoch ebenfalls einige Schwierigkeiten wegen fehlender Präzision auf.

Trotz Weiterentwicklungen der diagnostischen Kriterien der PTBS, die im DSM-5 neuerdings auch multiple Traumata miteinschließen, wird in Fachkreisen zunehmend klarer, dass eine klassische PTBS bei traumatisierten Krebspatient:innen aus genannten Gründen immer noch ungeeignet erscheint. Dies zeigen auch die verschiedenen Versionen des DSM. Denn während im vorangegangenen DSM-4 erstmals eine lebensbedrohliche Erkrankung als möglicher auslösender Faktor für eine PTBS eingeführt wurde, wurde dieses Kriterium im DSM-5 wieder gestrichen. Es wird im DSM nun explizit darauf hingewiesen, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht zwingend als ein traumatisches Ereignis angesehen wird und die als traumatisch einzustufenden medizinischen Vorfälle einen plötzlich auftretenden und katastrophalen Charakter beinhalten müssen (APA, 2016). In der Literatur konnte bislang keine zufriedenstellende Begründung der Streichung dieses Kriteriums gefunden werden. Das Verständnis der Motive für die Streichung solcher Kriterien erlangt besondere Bedeutung, da es den Fachleuten ermöglicht, die Diagnose psychischer Störungen wie der PTBS genauer und präziser zu gestalten. Zugleich eröffnet das Ergründen der Änderungen in diagnostischen Kriterien den Forschern die Möglichkeit, zielgerichtete Untersuchungen anzustellen, wobei die Gründe für die Änderungen in die Analyse einbezogen werden können. Des Weiteren kann das Wissen um die Hintergründe der Streichung solcher Kriterien dazu beitragen, künftige Ansätze zur Behandlung und Intervention zu optimieren.

Da eine Krebserkrankung insgesamt eine lebensbedrohliche Erkrankung und damit ein potenziell traumatisierendes Ereignis darstellt und die überarbeiteten Kriterien des DSM-5 wichtige Auswirkungen auf die Bewertung der PTBS bei Krebspatient:innen haben, stellen sich einige zentrale Fragen.

Weswegen wurde das A1-Kriterium genau gestrichen? Zeigen sich bei traumatisierten Krebspatient:innen möglicherweise spezifische Erlebensmuster und psychische Belastungen, die auf eine spezifische Unterform von PTBS hindeuten? Und welche weiteren Symptome sind bei an Krebs erkrankten Personen zu beobachten, die mit Symptomen der PTBS assoziiert sind?

Es wurde deutlich, dass es einer sorgfältigen Evaluation bedarf, um die spezifischen Auswirkungen des traumatischen Erlebens bei Krebspatient:innen zu differenzieren. Dabei sollten die Gegebenheiten und die Vielschichtigkeit der traumatischen Erfahrungen berücksichtigt werden, um eine präzisere Diagnose und Bewertung der traumatischen Symptomatik bei diesen Patientengruppen zu ermöglichen.

In der Fachliteratur gibt es einige Faktoren, die neben den PTBS-Symptomclustern, dafürsprechen, dass es spezifische psychische Symptome gibt, die für ein charakteristisches Muster bei traumatisierten Krebspatient:innen sprechen.

Befunde konnten zeigen, dass die Progredienz- bzw. Rezidivangst eine häufige psychische Belastung bei einer Krebserkrankung darstellt. Dies ist bereits gut untersucht (Mehnert et al., 2009; Berg, et al., 2010; Herschbach & Dinkel, 2016; Loughan et al.

2019). Ferner gibt es Befunde, die aufzeigen, dass diese beiden Konstrukte inhaltlich und konzeptionell zur PTBS-Symptomatik passen könnten, sodass sie bei einer möglichen Neukonzeptualisierung einer krebsbezogenen PTBS Berücksichtigung finden sollten (Black & White, 2000; Mehnert et al., 2009; van de Wal, et al., 2016). Ein weiteres Konstrukt welches, neben der Progredienz- bzw. Rezidivangst, wichtig für potentiell traumatisierte Krebspatient:innen sein könnte ist die „Existenzielle Leere“. Betrachtet man letztere etwas genauer, dann lässt sich feststellen, dass das Konstrukt sich aus Symptomen der Depression und der PTBS zusammensetzt. Es finden sich in der Literatur überraschend wenig Befunde, die das Konstrukt im Zusammenhang mit einer PTBS betrachten. Aus der Literatur wird aber deutlich, dass eine erhebliche Anzahl an Krebspatient:innen mit existenziellen Themen zu kämpfen haben und das Suizid- bzw. Todeswünsche viel mehr wissenschaftliche Berücksichtigung finden müssen (Hodgkinson, et al., 2007; Mehnert et al., 2007; Kim & Lee, 2010; Senf et al., 2019; Senf et al., 2020; Elliesen et al., 2021).

Bezüglich der vorhandenen PTBS-Symptomcluster wird in der psychoonkologischen Fachliteratur kritisiert, dass Intrusionen bei Krebspatient:innen in Wahrheit zukunftsbezogen sind. Es gibt bereits einige wenige Befunde, die dies bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen belegen konnten. Zum Beispiel bezogen sich bei Patient:innen mit Herzkrankheiten die intrusiven Symptome nicht nur auf das vergangene Ereignis, sondern auch auf die Zukunft. Diese Symptome umfassen Gedanken und Bilder, die mit der Bedrohung eines erneuten kardialen Ereignisses, der Angst vor dem zukünftigen Tod, Sorgen um bevorstehende Arzttermine und andere zukunftsorientierte Anliegen zusammenhängen (Fait et al., 2018). In einer Studie von Whitaker et al. (2009), in der ängstliche Krebspatient:innen in einem klinischen Interview (SCID) gebeten wurden, ihre belastendsten intrusiven Gedanken zu identifizieren, waren 81% der Intrusionen zukunftsorientiert. Holmes et al. (2007), wie auch Edmondson (2014) bezeichnen diese Ereignisse als "Flash-Forward" Intrusionen. In diesem Kontext schlug auch Edmondson das „Enduring Somatic Threat Model“ (EST) für medizinisch-erkrankte Personen vor, welches das kardiale Ereignis oder die Krankheit als dauerhafte physische Bedrohung betrachtet. Ferner gibt es einige Studien, die weitere Hinweise liefern, dass solche Phänomene tatsächlich existieren (vgl. Mehnert et al., 2009; Loughan et al., 2019; Oliveri, et al., 2019). Eine klare Definition oder ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen, der auch eine umfassende Erhebung von zukunftsbezogenen Intrusionen oder Flash-Forwards Intrusionen (nachfolgend bezeichnet als Futureflashes) ermöglicht, konnte in der Literatur bislang nicht gefunden werden.

Aktuell lassen sich nur wenige Befunde bezüglich der Anpassung der beiden Symptomcluster Hyperarousal und Vermeidung bei einer Krebserkrankung finden. Jedoch zeigen die vorhandenen Studien, dass beide Symptomcluster auch im Rahmen einer krebsbedingten PTBS von hoher Relevanz sind und innerhalb einer Krebserkrankung enormen Fluktuationen unterliegen können (Andrykowski et al., 2000; Simunovic & Ljubotina, 2020).

Auch zeigt die Literatur, dass ein Großteil der Krebspatient:innen unter Dissoziationen leidet. Studien zeigen, dass diese vorwiegend in der Peritraumatischen- bzw. Akutphase stattfinden und mit einer PTBS assoziiert sind (Civilotti, et al., 2015; Camille, et al., 2020). Die Symptomatik des Symptomclusters „Negative Veränderung von Kognitionen und Stimmung“ scheint vor allem in der Akutphase einer Krebserkrankung bis zu einem gewissen Grad angemessen zu sein (Oliveri, et al., 2019; Mitchell et al., 2022). Die

bisherigen Befunde lassen jedoch wenig konkrete Aussagen über das neue Symptomcluster der PTBS zu.

Ein weiterer Aspekt ergibt sich bezüglich des Schweregrads einer PTBS bei Krebspatient:innen. Es hat sich gezeigt, dass viele Publizierende der Forschung die PTBS bereits auf einem Kontinuum betrachtet (vgl. Gurevich et al., 2002; Civilotti, et al., 2015; Voigt, et al., 2016; Ni et al., 2018; Oliveri, et al., 2019; Camille, et al., 2020), eine Berücksichtigung in den diagnostischen Kriterien findet sich jedoch nicht. Es gibt sehr viele Personen, die auch noch lange nach der Krebsdiagnose unter einer partiellen PTBS oder unter einer mittelgradigen PTBS leiden und dass sowohl Krebspatient:innen mit subsyndromaler oder vollausgeprägter PTBS eine eingeschränkte Teilhabe am Leben zeigten (Shelby et al., 2008). Eine einheitliche Definition des Vollbilds sowie der Schweregrade einer krebbedingten PTBS oder einer partiellen bzw. subsyndromale PTBS findet sich in der Literatur nicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Dissertation sich mit der Komplexität von medizinisch-bedingten Traumata beschäftigt, welche sowohl physisch-medizinische, psychosomatische und psychodynamische Aspekte beinhalten. Letztendlich wird das Ziel verfolgt, Implikationen und mögliche Lösungsvorschläge für zukünftige Forschungsansätze zu erarbeiten um die psychische Stabilisierung von Betroffenen und damit den psychischen Heilungsprozess zu unterstützen.

Problemstellung

Esser et al. (2017) wie auch Cordova et al. (2017) zeigen in ihren Artikeln eine kritische Übersicht über die bisher gewonnenen Erkenntnisse, die sich bezüglich der Passung einer klassischen PTBS und dem Leiden bei Krebspatient:innen ergeben. Im Zuge dessen führen sie den Begriff der "krebbedingten/krebsbezogenen Posttraumatischen Belastungsstörung" ein. Die Autor:innen führen beispielsweise an, dass die klassischen Kriterien der PTBS sich überwiegend auf Traumata der Vergangenheit, und nicht, wie es bei Krebspatient:innen der Fall sein kann, auf multiple Traumata der Gegenwart beziehen. Daher lässt sich das Symptomkomplex Intrusionen nicht direkt auf Krebspatient:innen übertragen. Auch die in den PTBS-Kriterien enthaltenden Hinweisreize, welche zu traumaspezifischen Symptomen führen können, stellen nach Kangas et al. (2002) ein Problem dar, da diese meist nicht in der Umwelt, sondern direkt am oder im Körper zu finden sind, was eine entsprechende Vermeidung gefürchteter Reize unmöglich macht. Ebenso ist eine Vermeidung z.B. aufgrund notwendiger medizinischer Behandlungen (z.B. Kontrolluntersuchungen, Chemotherapien, OPs) nahezu unmöglich (Esser et al., 2017).

Maercker (2017) zeigt zudem auf, dass eine lebensbedrohliche körperliche Erkrankung im DSM-5 nicht mehr, wie es im DSM-4 der Fall war, ausdrücklich zu den Auslösern eines traumatischen Ereignisses gehört, wodurch die Diagnostik bei traumatisierten Krebspatient:innen verkompliziert wird. Er erweiterte bereits 1998 das Modell Typ 1 und Typ 2 Trauma bereits um die medizinisch-bedingten Traumata, mit dem Hinweis, dass diese Kategorie weitere Forschungsbemühungen bedarf (Maercker, 2019).

Krebspatient:innen leiden im hohen Maß unter Progredienz- bzw. Rezidivangst und haben wiederkehrend mit Formen der existenziellen Bedrohung und dessen Auswirkungen zu tun. Inwiefern diese Aspekte mit der Symptomatik der PTBS

zusammenhängen ist aktuell nicht ausreichend erforscht. Zwar liefert Edmondson, (2014) bereits ein umfassendes Modell (EST), welches zukunftsbezogene Intrusionen inkludiert, jedoch beschreibt er selbst, dass weitere Forschungsbemühungen bezüglich medizinisch-bedingten Traumata notwendig sind. Obwohl viele Erkrankte unter Symptomen einer Partiiellen PTBS leiden, gibt es bislang weder eine einheitliche Definition, noch wird diese in den diagnostischen Kriterien der PTBS berücksichtigt. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass weder die Ursache (z.B. Diagnosemitteilung, Therapienebenwirkungen oder das Bewusstwerden der Endlichkeit) einer Traumatisierung konkret benannt werden kann, noch der Zeitpunkt, an dem die Traumatisierung ausgelöst wurde. Eine Traumatisierung kann durchaus erst im (langwierigen) Verlauf einer Krebserkrankung auftreten und es besteht die Möglichkeit, dass vergangene Traumata einen entscheidenden Einfluss auf die spätere Retraumatisierung bei an Krebs erkrankten Personen haben.

Aus den genannten Aspekten ergibt sich die dringliche Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung. Auch Esser et al. (2017) merken an, dass die Forschung bezüglich einer krebsbedingten PTBS große Lücken aufweist.

Simmen-Janevska und Maercker (2011) führen außerdem an, dass die häufig vergebene Diagnose der Anpassungsstörung ungenau erscheint, da z.B. Positiv-Symptome in den diagnostischen Kriterien des DSM-5 gänzlich fehlen. Von einigen Publizierenden, wie z.B. Maercker et al. (2018) wird dazu auch angemerkt, dass die Anpassungsstörung gehäuft als Residualkategorie vergeben wird, die die diagnostischen Kriterien für eine andere psychische Störung nicht erfüllen.

Außerdem stößt man bei Krebspatient:innen nach Senf (persönliche Mitteilung, 09.12.2023) vor allem auf das Problem, dass Psychotherapeut:innen häufig ungern eine schwerwiegende Diagnose vergeben wollen, die nicht adäquat passt und daher „das kleinere Übel“ der Anpassungsstörung wählt.

Obwohl lebensbedrohliche Erkrankungen vor einigen Jahren schon einmal als traumaauslösende Faktoren galten, wird deutlich, dass die heutigen Kriterien der Anpassungsstörung und der PTBS unzureichend für traumatisierte an Krebs erkrankten Personen sind. Es stellt sich die Frage, wie, diese besondere traumatische Erfahrung bei an Krebs erkrankten Personen determiniert, definiert und klassifiziert werden kann. Obwohl die PTBS einige Symptome Krebspatient:innen erfasst, die mit der Reaktion auf ein schweres Trauma verbunden sind, berücksichtigt diese Diagnose keineswegs die Multidimensionalität mit kumulierten Traumata oder das Kontinuum anhaltender Reaktionen auf überwältigende Erfahrungen bei Krebserkrankungen.

In Anbetracht der hohen Zahl Krebspatient:innen ist neben der medizinischen, die psychosoziale Versorgung von hoher Bedeutung. Die Aufgabe ist es, eine krebsbedingte PTBS adäquat beschreiben und erfassen zu können. Die Erforschung ist aufgrund verschiedener Aspekte von hoher Relevanz. Erstens ist diese Diagnose für Betroffene mit intensivem seelischem Leid verbunden. Zweitens besteht die Gefahr, dass eine PTBS bei an Krebs erkrankten Personen aufgrund des Zeitkriteriums langfristig unerkannt bleibt und dass Betroffene bei einer unbehandelten PTBS im Rahmen somatischer Erkrankungen langfristig mehr belastet sind, als durch die Grunderkrankung selbst (Rothenhäusler & Kapfhammer, 2006). Und drittens kann eine eventuell bestehende PTBS Komorbidität den somatischen Heilungsprozess erheblich beeinflussen (Krauseneck et al., 2004).

3. Projektziele / Zielsetzung

Trotz bedeutender Fortschritte in der Onkologie können viele Krebserkrankungen bis heute nicht vollständig geheilt werden. Aktuelle Schätzungen zufolge betrifft dies etwa 50% aller an Krebs erkrankten Personen (Robert Koch Institut, 2021). Angesichts dieser Problematik und der hohen, bereits beschriebenen Relevanz des Themas sind weitere Erkenntnisse auf diesem Gebiet vonnöten, um betroffene Personen angemessen versorgen zu können.

Das Hauptaugenmerk der Dissertation liegt auf der Analyse der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie der Aufarbeitung weiterer Aspekte der potenziell traumatischen Symptombelastung bei Personen, die an Krebs erkrankt sind. Hierfür werden die Kriterien des DSM-4 und DSM-5 sowie differenzialdiagnostische Aspekte der PTBS kritisch unter Berücksichtigung einer Krebserkrankung betrachtet und Implikationen für die weitere Forschung erarbeitet.

Im Fokus steht die zentrale Frage, welche Aspekte des klassischen PTBS-Konzepts für Betroffene im Bereich der Onkologie angepasst oder erweitert werden müssten und inwiefern eine konzeptionelle Überarbeitung weitere Erkenntnisse liefern kann, um ein krebsbedingtes Trauma angemessen beschreiben und erfassen zu können.

Für die Umsetzung des Vorhabens sind einerseits geeignete traumaassoziierte Kriterien für Krebspatient:innen und andererseits die Konstruktion und Anwendung valider krebspezifischer Messinstrumente erforderlich.

Das Ziel ist daher der Beginn möglichen Konzeptualisierung des medizinisch-bedingten Traumas am Beispiel von Krebspatient:innen. Dafür soll in dieser Studie ein spezifischer Fragebogen entwickelt und validiert werden, der ein krebsbedingtes Trauma erfassen könnte. Bei der Validierung dieses neuen Fragebogens sollen die, zum Teil bereits vorhandenen Konstrukte der vier PTBS-Hauptsymptomcluster, der Progredienz- und Rezidivangst sowie der Existenziellen Leere, einschließlich des neuen Konstrukts zukunftsbezogene Intrusionen, berücksichtigt werden. Ferner werden in diesem Zusammenhang auch Aspekte der Suizidalität sowie Stimmungsschwankungen bei traumatisierten Krebspatient:innen erfasst.

Quellenangaben

- American Psychiatric Association on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, Falkai, P., American Psychiatric Association & Döpfner, M. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5®: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Sass und Michael Zaudig*. Hogrefe.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Kenady, D. E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology*, 9(1), 69–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10668061/>
- Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., Ossner, C., Volmer, S. & Herschbach, P. (2010, 30. November). Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(01), 32–37. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267927>
- Black, E. K. & White, C. A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14(6), 510–515. <https://doi.org/10.1002/pon.894>
- Camille, C., Dimeglio, C., Yrondi, A., Compaci, G., Delmas, E., Gauché, M., Laurent, G. & Birmes, P. (2020). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Lymphoma Patients: A Prospective Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00201>
- Civilotti, C., Castelli, L., Binaschi, L., Cussino, M., Tesio, V., Di Fini, G., Veglia, F. & Torta, R. (2015). Dissociative symptomatology in cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00118>
- Cordova, M. J., Riba, M. B. & Spiegel, D. (2017, April). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30014-7)
- del Monte, D. (2010). *Psychotraumatologie*. Abgerufen am 24. April 2022, von https://www.damirdelmonte.de/files/delmonte_psychotraumatologie.pdf
- Elliesen, R., Glaesmer, H., Koranyi, S. & Mehnert-Theuerkauf, A. (2021). Todeswünsche bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung: Eine explorative Analyse psychotherapeutischer Gespräche. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 72(01), 18–25. <https://doi.org/10.1055/a-1499-8082>
- Edmondson D. An Enduring Somatic Threat Model of Posttraumatic Stress Disorder Due to Acute Life-Threatening Medical Events. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014 Mar 5;8(3):118-134. doi: 10.1111/spc3.12089. PMID: 24920956; PMCID: PMC4048720.
- Esser, P., Mehnert, A. & Glaesmer, H. (2017). Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörungen im Rahmen von Krebserkrankungen. *Trauma und Gewalt*, 11(04), 294–306. <https://doi.org/10.21706/tg-11-4-294>
- Gurevich, M., Devins, G. M. & Rodin, G. M. (2002, Juli). Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259–281. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.259>

- Herschbach, P. & Dinkel, A. (2016). Angst bei körperlichen Erkrankungen. Was ist normal, was ist behandlungsbedürftig? *Psychotherapie im Dialog*, 60–63.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G. E., Stenlake, A., Hobbs, K. M., Brand, A. & Wain, G. (2007, Februar). Long-term survival from gynecologic cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic Oncology*, 104(2), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.08.036>
- Holmes, E.A, Crane C., Fennell M.J, Williams J.M. (2007). Imagery about suicide in depression—“Flash-forwards”? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 423-434, <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000579160700064X>)
- Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2002, Mai). Posttraumatic stress disorder following cancer. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00118-0)
- Kim, Y. J. & Lee, K. J. (2010). Relationship of Social Support and Meaning of Life to Suicidal Thoughts in Cancer Patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(4), 524. <https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.4.524>
- Krauseneck, T., Rothenhäusler, H. B., Schelling, G. & Kapfhammer, H. P. (2004). Posttraumatische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 73(04), 206–217. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830108>
- Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum. (2021). *Psychoonkologie als Fachgebiet*. Abgerufen am 3. Mai 2022, von <https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychoonkologie.php>
- Künzler, A. & Lenz, S. (2010). Psychoonkologie. *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog*, 261–273. https://doi.org/10.1007/978-3-642-01060-6_21
- Loughan, A. R., Lanoye, A., Aslanzadeh, F. J., Villanueva, A. A. L., Boutte, R., Husain, M. & Braun, S. (2019, 17. Dezember). Fear of Cancer Recurrence and Death Anxiety: Unaddressed Concerns for Adult Neuro-oncology Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 16 – 30. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09690-8>
- Maercker, A. (2019). *Traumafolgestörungen*. Springer.
- Maercker, A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen*. Beck C. H.
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In Maercker, *Traumafolgestörungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273–1280. <https://doi.org/10.1002/pon.1481>
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G. & Koch, U. (2006). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen - Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA- F-KF/ Fear of progression in breast cancer patients – validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274–288. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274>
- Mehnert, A., Müller, D. & Koch, U. (2007i). Die Erfassung von sinnbasierten Bewältigungsstrategien und Lebenseinstellungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(3), 176–188. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.3.176>

- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70002-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70002-x)
- Mitchell, H. R., Kim, Y., Llabre, M. M. & Ironson, G. (2022). Four-symptom model of medical-related posttraumatic stress among adult cancer patients. *Health Psychology*, 41(7), 492–501. <https://doi.org/10.1037/hea0001187>
- Nationaler Krebsplan - Bundesgesundheitsministerium. (2008). App Title. Abgerufen am 10. April 2022, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html>
- Ni, J., Feng, J., Denehy, L., Wu, Y., Xu, L. & Granger, C. L. (2018). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Risk Factors in Patients With Lung Cancer: A Longitudinal Observational Study. *Integrative Cancer Therapies*, 17(4), 1195–1203. <https://doi.org/10.1177/1534735418807970>
- Oliveri, S., Arnaboldi, P., Pizzoli, S. F. M., Faccio, F., Giudice, A. V., Sangalli, C., Luini, A. & Pravettoni, G. (2019). PTSD symptom clusters associated with short- and long-term adjustment in early diagnosed breast cancer patients. *ecancermedicalscience*, 13. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.917>
- Robert Koch Institut [RKI]. (2021). *Krebs in Deutschland*. Zentrum für Krebsregisterdaten. Abgerufen am 7. April 2022, von https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html
- Rothenhäusler, H. B. & Kapfhammer, H. P. (2006, April). Posttraumatische Belastungssymptome als Folge schwerer körperlicher Erkrankungen – eine zunehmend relevantere konsiliarpsychiatrische Herausforderung. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2(1), 15–22. <https://doi.org/10.1007/s11326-006-0014-1>
- Senf, B., Petra Schulze-Pieper, P., Lach, K., von Kries, A., Demmerle, C., Völkel, U., Fettel, J., Maiwurm, P. (2019) Suizidalität in der Onkologie aus der Perspektive von Psychoonkologinnen: Ergebnisse einer anonymisierten Online-Befragung im Arbeitskreis „Psychoonkologen Hessen“ dapo Jahrbuch 2018
- Senf, B., Gog, C., Maiwurm, P., & Fettel, J. (2020) Suizidalität in der Onkologie – Herausforderung und Chance. Früherkennung psychosozialer Krisen als Chance zur Suizidprävention bei onkologischen Patient*innen. *Hessisches Ärzteblatt* 04/2020, (S.240-245)<https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2020/april-2020/suizidalitaet-in-der-onkologie>
- Senf, B., Maiwurm, P., & Fettel, J. (2020). Exposure to suicidality in professionals working with oncology patients: An online survey. *Psycho-Oncology* (S. 1-10) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.5479>
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 165–172. <https://doi.org/10.1002/jts.20316>
- Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (2011). Anpassungsstörungen: Konzept, Diagnostik und Interventionsansätze. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(03/04), 183–192. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266069>
- Simunovic, M. & Ljubotina, D. (2020, 12. August). Prevalence, Structure and Predictions of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Croatia Patients following breast

- Cancer. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 187–196.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2020.187>
- Singer, S., Das-Munshi, J. & Brähler, E. (2010, Mai). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925 - 930. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp515>
- van de Wal, M., van Oort, I., Schouten, J., Thewes, B., Gielissen, M. & Prins, J. (2016). Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. *Acta Oncologica*, 55(7), 821–827. <https://doi.org/10.3109/0284186x.2016.1150607>
- Voigt, V., Neufeld, F., Kaste, J., Bühner, M., Sckopke, P., Wuerstlein, R., Hellerhoff, K., Sztrókay-Gaul, A., Braun, M., von Koch, F. E., Silva-Zürcher, E., Hasmüller, S., Bauerfeind, I., Debus, G., Herschbach, P., Mahner, S., Harbeck, N. & Hermelink, K. (2016). Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psycho-Oncology*, 26(1), 74–80.
<https://doi.org/10.1002/pon.4102>
- Whitaker KL, Watson M, Brewin CR. Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients. *Psychooncology*. 2009 Nov;18(11):1147-55.
doi: 10.1002/pon.1512. PMID: 19140125.