

Judith Alder¹, Alfred Künzler², Regine Strittmatter³

Eine Krankheit kommt selten allein

Bei körperlichen chronischen Erkrankungen darf die Psyche nicht vergessen gehen

Die Integrierte Versorgung bietet künftig die Möglichkeit, die psychische Ebene in die Behandlung chronischer, körperlicher Leiden besser einzubinden. Denn dank einer umfassenden Behandlungseinheit kann die Schwelle für eine psychologische Mitbehandlung gesenkt und die Stigmatisierung psychischer Probleme entschärft werden. Grundvoraussetzung dafür ist jedoch ein entsprechendes psychologisches Basiswissen bei den Grundversorgern.

Ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung ist in regelmässiger medizinischer Betreuung wegen einer chronischen Krankheit [1]. Gemeint sind lange andauernde und oft progredient verlaufende Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Lungen- und rheumatische Erkrankungen, chronische Schmerzen, Krebs oder Allergien. Chronische Krankheiten gehen in der Regel mit einer Einschränkung der bio-psycho-sozialen Funktionsfähigkeit einher und erzeugen vielfältige psychosoziale Belastungen. Neben Krankheitssymptomen und Behandlungsnebenwirkungen können sich existentielle und spirituelle Fragen aufdrängen sowie familiäre, soziale, finanzielle, berufliche und psychische Probleme entwickeln. Krankheitsverarbeitung bzw. Coping bezeichnet das Bemühen des Patienten, diese Belastungen innerpsychisch (durch Emotionsregulation) und durch zielgerichtete Verhaltensanpassung zu reduzieren und zu verarbeiten.

Die komplexen Behandlungen chronischer Krankheiten machen einen Grossteil unserer Gesundheitskosten aus [2]. Dabei sind in der Regel eine Reihe von Behandelnden involviert, zum Teil indikationsgesteuert aufgrund der Komplexität der Problematik (Multimorbidität), zum Teil patientengesteuert. In beiden Fällen lässt sich durch verstärkte Koordination der involvierten Behandelnden eine Kosten- ebenso wie Qualitätsoptimierung der Behandlung vermuten, insbesondere wenn die psychische Ebene miteinbezogen wird.

Psychologische Faktoren

Bei chronischen körperlichen Krankheiten spielen psychologische Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf sowie bei der Verarbeitung der Krankheit eine wichtige Rolle.

Neben der steigenden Lebenserwartung sind es insbesondere Lebensstilfaktoren und ungünstiges Gesundheitsverhalten, welche die Zunahme von chronisch körperlichen

Krankheiten erklären. In Ländern mit hohem Einkommen wie der Schweiz sind es Rauchen, Übergewicht und Adipositas, Bewegungsmangel, hoher Blutglukoseanteil, hohes Cholesterol und ungünstige Ernährung, welche das Risiko erhöhen, eine chronische körperliche Krankheit zu entwickeln oder daran zu sterben [3].

Daneben wurde das Vorliegen von psychischen Störungen, insbesondere depressiver Erkrankungen, verschiedentlich als Risikofaktor für die Entwicklung bestimmter chronisch körperlicher Erkrankungen identifiziert [4, 5]. Dieser Zusammenhang ist einerseits den oben beschriebenen ungünstigeren Lebensstilfaktoren zuzuschreiben, die bei Menschen mit psychischen Belastungen u.a. auch im Rahmen eines dysfunktionalen Copings gehäuft auftreten. Andererseits sind psychische Störungen mit neurophysiologischen und insbesondere immunologischen Veränderungen assoziiert, die die körperliche Gesundheit beeinträchtigen können [6].

Chronische Krankheiten gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher, was als wichtiges Kriterium einer maladaptiven Krankheitsverarbeitung gilt [7]. So liegt die Prävalenz von psychischen Störungen bei Krebskranken im Initialstadium bei 31,7% bzw. ca. 50% im palliativen Stadium [8, 9], 20–40% der Patienten entwickeln nach einem Herzinfarkt [7], 30% im Rahmen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung eine depressive Störung [10]. Das Risiko, eine Depression oder Angststörung zu entwickeln, ist



Judith Alder



Alfred Künzler



Regine Strittmatter

¹ Leitende Psychologin Universitätsfrauenklinik Basel

² Onko-Psychologe Psychiatrische Dienste Aargau / Kantonsspital Aarau

³ Stv. Geschäftsleiterin Rheumaliga Schweiz

bei Personen mit chronischen Schmerzen zweimal so hoch wie bei Personen ohne chronische Schmerzen [11].

Psychische Störungen können sich reaktiv auf die mit der körperlichen Krankheit assoziierten Belastungen entwickeln, bzgl. Symptomatik und Ausprägung aber das Bild einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) überschreiten. Daneben können medizinische Behandlungen direkt psychische Nebenwirkungen haben: so werden beispielsweise depressive Symptome und Chronic Fatigue mit Chemotherapie-induzierten immunologischen Veränderungen in Verbindung gebracht [12].

Psychische Störungen wirken sich aber auch negativ auf die Prognose von chronischen Krankheiten aus. Das Vorliegen einer psychischer Störung kann mit einer erhöhten Mortalität [4, 5], eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität und einer weiteren Chronifizierung der körperlichen Erkrankung assoziiert sein [13]. Dies lässt sich auf Compliance-Probleme, ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten von psychisch belasteten Personen (u.a. im Sinne eines dysfunktionalen Copings) und den direkten pathophysiologischen Einfluss der psychischen Störung zurückführen.

Die dargestellten Befunde legen nahe, dass das Ergebnis der medizinischen Behandlung nicht nur von der somatischen Therapie abhängt, sondern auch von der Berücksichtigung der oben genannten psychologischen Faktoren. Dementsprechend, und auf der Basis unseres biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, muss in jeder Versorgungssituation gewährleistet werden, dass psychische Störungen und psychosoziale Belastungen mit diagnostiziert werden. Da die Detektionsrate psychischer Störungen von somatisch-medizinischen Fachpersonen niedrig ist, müssen Gatekeeper psychodiagnostisch ausgebildet oder psychiatrisch-psychologische Fachpersonen sein [14]. Andererseits sollte das Gatekeeping so gestaltet sein, dass es der immer noch verbreiteten Stigmatisierung psychischer Probleme auch bei körperlichen Krankheiten Rechnung trägt.

Psychologische Mitbehandlung

Die biopsychosoziale Sichtweise der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO [15] basiert auf einem dreidimensionalen Begriff der Funktionsfähigkeit. Neben der körperlichen Funktionsfähigkeit umfasst er die Aktivität und die Partizipation des Betroffenen. Nicht zuletzt aus dieser Definition leitet sich der Anspruch eines ganzheitlichen, interdisziplinären Behandlungsangebotes ab.

Bei chronisch körperlichen Erkrankungen stehen im Fokus der Behandlung und Begleitung:

- Symptom- und Komplikationenmanagement;
- Anpassung an bleibende oder zunehmende Einschränkungen;
- möglichst weitgehende Erhaltung bzw. Wiederherstellung der biopsychosozialen Funktionsfähigkeit.

Für Patienten, deren Angehörige und das Versorgungssystem stellen sich demzufolge neben der medizinischen Behandlung weitere Aufgaben. Diese umfassen im psychosozialen Bereich [16, 17]:

- Erlernen von Copingstrategien,
- Förderung des Gesundheitsverhalten,
- Aufrechterhaltung des emotionalen Gleichgewichts,
- Erhalt des Selbstwertes,
- Erlernen sozialer Kompetenzen,
- Umgang mit eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit und einer krankheitsbedingt unsicheren Zukunft,
- Reintegration in Arbeit, Familie und Gesellschaft u.a.m.

Die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung hängen weitgehend vom Gesundheitsverhalten bzw. der Selbstmanagementkompetenz des Patienten ab [18, 19]. Psychologisches Know-how hat hier also potentiell grosse Wirkung. Für ein erfolgreiches Selbstmanagement brauchen Patienten nicht nur angemessenes Wissen über die Krankheit und deren Behandlung. Sie müssen darüber hinaus Strategien entwickeln, um das Leben mit ihrer Erkrankung auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene zu bewältigen. Psychologische Interventionen umfassen hier Beratung (z.B. in Bezug auf berufliche Neuorientierung, familiäre Probleme etc.), Psychoedukation (z.B. über den Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung von chronischem Schmerz), Entspannungstraining, Verhaltenstraining (z.B. Stressbewältigung), emotionaler Support, Krisenintervention (z.B. bei Suizidgefahr) [20]. Die hohe Komorbidität chronischer körperlicher Erkrankungen mit psychischen Störungen macht zudem häufig psychotherapeutische Interventionen erforderlich [21].

Die Wirksamkeit psychologischer Interventionen gilt für viele chronische körperliche Krankheiten als nachgewiesen. So verbessert die Teilnahme an psychoedukativen Angeboten die glykämische Kontrolle bei Patienten mit Diabetes [22, 23], während Interventionen für Herzpatienten sowohl physiologische Parameter, das Herzinfarktrisiko und die Mortalität als auch die psychische Adaptation verbessern [24]. Ebenso ist die Wirksamkeit psychologischer Interventionen für die Verbesserung des körperlichen und psychischen Funktionsniveaus u.a. bei chronischen Schmerzpatienten [25] und Krebskranken [26] nachgewiesen. Befunde aus der Verhaltensmedizin weisen auf den günstigen psychoneuroimmunologischen Einfluss psychologischer Interventionen hin [27].

Auf dem dargestellten Hintergrund psychologischer Faktoren und Interventionen muss für eine kosten- sowie qualitätsoptimierte Behandlung körperlich chronisch Kranker sichergestellt sein, dass die psychische Behandlungsebene integriert ist.

Schlussfolgerungen

Chronisch körperliche Krankheiten sind häufig und machen einen Grossteil aller ärztlichen Konsultationen sowie unserer Gesundheitskosten aus. Sie weisen in Entstehung und Verlauf wesentliche psychologische Faktoren und hohe psychische Komorbiditäten auf. Demnach drängt sich psychologische Mitbehandlung hinsichtlich Qualitäts- und Kostenoptimierung auf. Psychotherapie und andere psychologische Interventionen stehen zur Verfügung. Ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ist nachgewiesen [28, 29].

Hinsichtlich der Integration der psychischen Ebene in die Behandlung chronisch körperlicher Kranker stellt die Integrierte Versorgung eine Chance dar. Im Rahmen einer integrierten Behandlungseinheit ist für Patienten die Schwelle zur sinnvollen psychologischen Mitbehandlung möglicherweise einfacher zu überschreiten [30]. Die nach wie vor bestehende Stigmatisierung psychischer Probleme kann so allenfalls entschärft werden. Auch das in einer schweizweiten Untersuchung gefundene Informationsdefizit über vorhandene psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten (in diesem Falle bei Krebs) kann einfacher behoben werden, wenn die Behandlungspfade klarer definiert sind [31]. Voraussetzung für beide möglichen Vorteile eines Integrierten Versorgungssystems ist, dass bei den Gatekeepern psychologisches diagnostisches und therapeutisches Basiswissen vorhanden ist.

Literatur

- 1 BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung. In: Statistik Bf, ed., 2007.
- 2 WHO: 2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. In: Organization WH, ed. Geneva: WHO Press, 2008.
- 3 WHO: Global Health Risks. In: Organization WH, ed. Geneva: WHO Press, 2009.
- 4 Prince M, Patel V, Saxena S, et al.: No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590): 859-77.
- 5 Osborn DP, Wright CA, Levy G, King MB, Deo R, Nazareth I: Relative risk of diabetes, dyslipidaemia, hypertension and the metabolic syndrome in people with severe mental illnesses: systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:84.
- 6 von Kanel R, Bellingrath S, Kudielka BM: Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. *J Psychosom Res* 2008; 65(1):51–9.
- 7 Carney RM, Freedland KE: Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):241–7.
- 8 Singer S, Das-Munshi J, Brahler E: Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Ann Oncol* 2009; 21(5):925–30.
- 9 Miovic M, Block S: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007;110(8):1665–76.
- 10 Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, et al.: Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134(4 Suppl): 43S–56S.
- 11 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, et al.: Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 2007; 129(3):332–42.
- 12 Seruga B, Zhang H, Bernstein LJ, Tannock IF: Cytokines and their relationship to the symptoms and outcome of cancer. *Nat Rev Cancer* 2008;8(11):887–99.
- 13 Chou R, Shekelle P: Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010;303(13):1295–302.
- 14 Wilhelm KA, Finch AW, Davenport TA, Hickie IB: What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised? *Med J Aust* 2008; 188(12 Suppl):S114–8.
- 15 WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln: DIMDI, 2004.
- 16 Bengel J, Koch J: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin: Springer, 2000.
- 17 Schaeffer D: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag, 2009.
- 18 Bandura A: Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004;31(2):143–64.
- 19 Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37(1):5–14.
- 20 Strittmatter R, Künzler A: Psychologische Arbeit mit körperlich chronisch Kranken. *Psychoscope* 2010;31:6–7.
- 21 WFMH: Mental Health and chronic physical illnesses. The need for continued and integrated care: World Federation of Mental Health, 2010.
- 22 Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 2004;363(9421):1589–97.

23 Winkley K, Ismail K, Landau S, Eisler I: Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2006; 333(7558):65.

24 Welton NJ, Caldwell DM, Adamopoulos E, Vedhara K: Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: psychological interventions in coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 2009;169(9):1158–65.

25 Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD: Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26(1):1–9.

26 Rehse B, Pukrop R: Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns* 2003;50(2):179–86.

27 Antoni MH, Lechner S, Diaz A, et al.: Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 2009;23(5):580–91.

28 Baltensperger C, Grawe K: Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2001;30:10–21.

29 Carlson LE, Bultz BD: Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology* 2004;13(12):837–49; discussion 850–6.

30 Künzler A: Psychotherapie und positive psychische Veränderungen: Voraussetzungen und Bedingungen. University of Bern; 2008.

31 Navarra S: Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. In: Schweiz K, ed. Bern, 2005.

Korrespondenz:

Dr. phil. Regine Strittmatter
Initiativgruppe chronischkrank.ch
c/o Rheumaliga Schweiz
Josefstr. 92, 8005 Zürich
r.strittmatter@rheumaliga.ch
www.chronischkrank.ch