



Psychotherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Jürgen Bengel

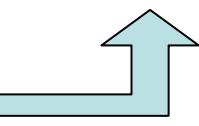
Universität Freiburg

Landespsychotherapeutentag, Stuttgart, 5.Juli 2008

Ziele und Inhalte

Ziele:

- Bedeutung der körperlichen Erkrankungen
- Besonderheiten bzgl. der Patienten und der Behandlung



1. Krankheitsspektrum
2. Somato-psychische Komorbidität
Beispiel Koronare Herzkrankung
3. Besonderheiten bei der Behandlung

Veränderungen im Krankheitsspektrum

Demographische Entwicklung: Anstieg der Inzidenz chronisch degenerativer Erkrankungen (Multimorbidität häufig) aufgrund zunehmenden Alters

Zunahme psychischer Belastungen aufgrund der allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen

Fortschritte in der akutmedizinischen Versorgung
(Lebensverlängerung ohne vollständige Heilung)

(Bengel & Koch, 2000; Weis & Koch, 1998)

- WHO Life in the 21th Century:
Diabetes, Depression, Demenz

Veränderungen bei den Patienten

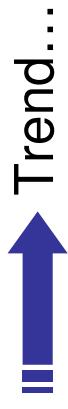
Anstieg Chronischer Erkrankungen

- Zunehmend Patienten in höherem Alter
- Mehr multimorbide Patienten

Steigender Anteil der

- Patienten mit psychischen Belastungen und Störungen
- Patienten mit Migrationshintergrund

Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung



- ... zur Steuerung der Patienten und der Leistungsanbieter
- ... zur Ökonomisierung
- ... zur Evidenzbasierung
- ... zur Standardisierung der Behandlung
- ... zur Individualisierung
- ... zu mehr Patientenorientierung & Patientensouveränität
- ... zur Prävention und Gesundheitsförderung
- ... zur **integrierten Versorgung**
- ... zur **Spezialisierung der Anbieter**

(modifiziert nach Pfaff & von Pritzbuer, 2006)

Behandlung

Somato-psychische Komorbidität

Krankheitsspektrum

Beispiel: Komorbidität: Frau H.

45 jährige Pat., verh., 2 Kinder, Verkäuferin, Rentenantrag vor 3 Jahren
Diagnosen: Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Athralgien

Somatische Anamnese

Seit 33.LJ Colitis ulcerosa

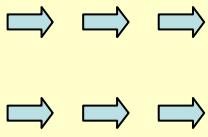
Seit 40.LJ chronische progre-
diente Schmerzen in
Kniegelenk, Rücken,
Nacken und Fingern

Psychische Anamnese

seit Jugendalter: Schmerzstörung
(Migräne)

Seit 32.LJ Dysthymie

Seit 37.LJ Agoraphobie



Behandlung

Somato-psychische Komorbidität

Krankheitsspektrum

Häufige Erkrankungen mit Assoziation zu psychischen Belastungen und Störungen

- **Muskulo-skelettale Erkrankungen**
(z.B. chronische Rückenschmerzen)
- **Tumorerkrankungen**
- **Atemwegserkrankungen**
(z.B. Asthma bronchiale)
- **Gastroenterologische Erkrankungen**
(z.B. entzündliche Darmerkrankungen)
- **Endokrinologische Erkrankungen**
(z.B. Diabetes)

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**
(z.B. Herzinfarkt)
- **HIV-Infektion / Aids**
- **Neurologische Erkrankungen**
(z.B. Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma)
- **Hauterkrankungen**
(z.B. Neurodermitis, Ekzeme)
- **Gynäkologische Erkrankungen**
(z.B. Infertilität, Unterbauchbeschwerden)

Somato-psychische Störungsmodelle I

- **Biologische Ursache**

- z.B. depressive Störungen und Angststörungen bei endokrinen Erkrankungen
- z.B. Dysregulation des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindensystems bei depressiven Krebspatienten
- z.B. medikamentös induzierte Angst- und depressive Syndrome

- **Genetische Vulnerabilität**

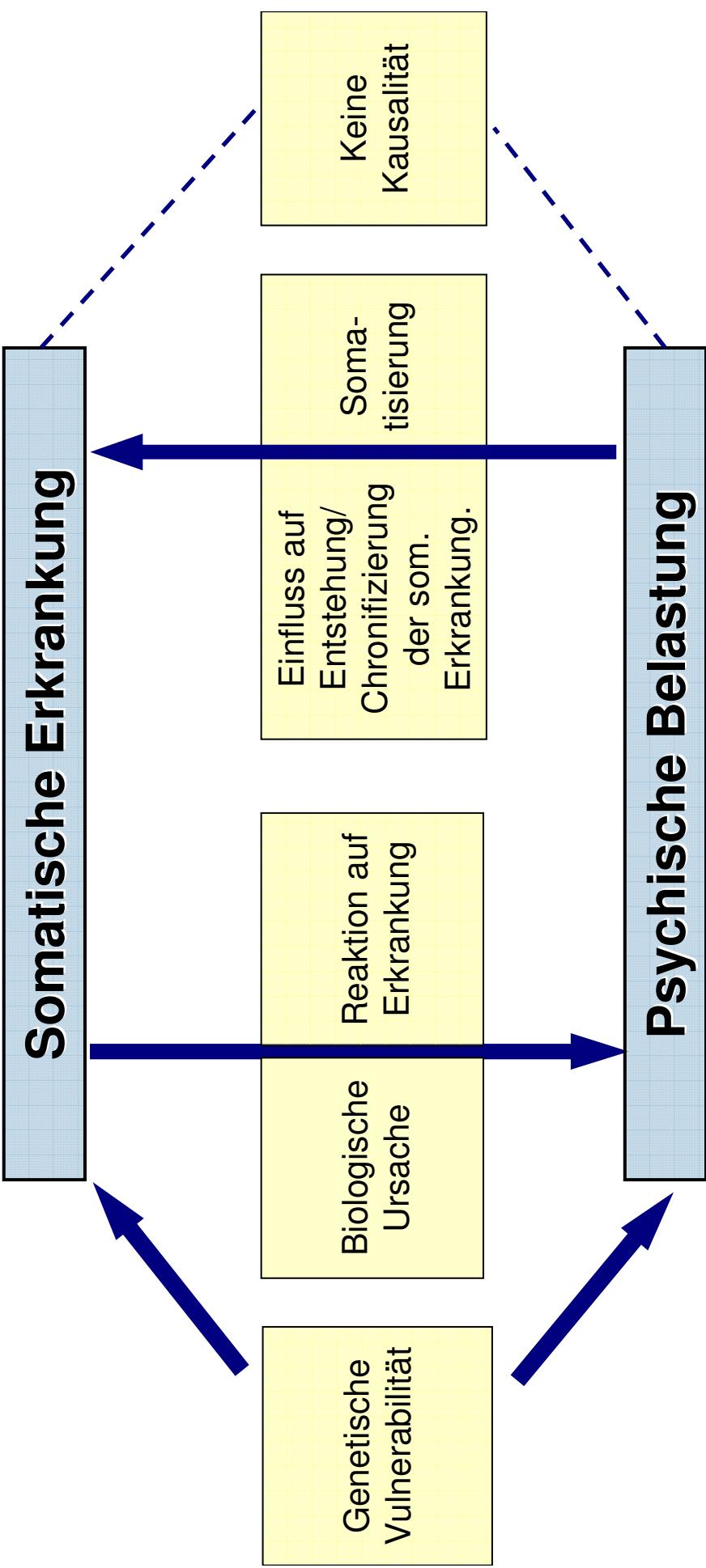
- z.B. LZ-Prävalenz für Depression bei Erstgradangehörigen depressiver Diabetiker (27%) im Vergleich zu nicht depressiven Diabetikern (3%) erhöht

Somato-psychische Störungsmodelle II

- **Einfluss auf Entstehung / Chronifizierung der somatischen Erkrankung**
 - bei Vorliegen einer depressiven Störung z.B. erhöhte Morbidität für kardiovaskuläre Erkrankungen und höhere Mortalität
 - Schmerzstörung – Rückenschmerzen: red flags: u.a. Depressivität, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, Katastrophisieren
- **Somatisierung**
- **Reaktion auf Erkrankung / Behandlung**
- **Keine Kausalität (zeitliche Koinzidenz)**

Creed 1997; Depression Guideline Panel 1993; Mayou 1997; Härtter, Baumeister & Bengel 2007

Somato-psychische Störungsmodelle



Krankheitsspektrum

Somato-psychische Komorbidität

Behandlung

Chronische Erkrankung als Stressor

- **Kritisches Lebensereignis**
Diagnosemitteilung / Krankheitsausbruch
- **Traumatisches Ereignis**
Lebensbedrohliche Diagnose / Erkrankung
- **Chronische Belastung**
Psychische, körperliche und soziale Folgen
- **Alltägliche Belastung**
Einschränkungen durch die Krankheit

Erkrankung als traumatisches Ereignis

Beispiel Tumorerkrankung

- **Traumatischer Stressor:** Diagnosemitteilung, Konfrontation mit lebensbedrohlicher Krankheit
 - potentiell traumatisches Erlebnis
 - erschwert durch Anhalten des Stressors
- **Prävalenz** akuter Belastungsreaktion und –störung bis zu 25%
- **Prädiktoren** für posttraumatische Symptome:
 - Geschlecht
 - Initiale Belastungsreaktion
 - Vorbestehende psychische Belastungen
 - Soziale Unterstützung

Merkmale chronischer Erkrankungen

- Verletzung der körperlichen Integrität
- Bedrohung des Selbstbildes
- Subjektive und / oder objektive Lebensbedrohung
- Progredienz und Irreversibilität
- Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
- Chronische Schmerzen
- Aversiv erlebte therapeutische Maßnahmen
- Abhängigkeit vom medizinischen System

Mögliche Folgen chronischer Erkrankungen

- Veränderte Einstellungen zur eigenen Person / Körper
- Belastungen für Partnerschaft und Familie
- Verminderung sexueller Aktivität bzw. sexuelle Störungen
- Compliance-Probleme bei Therapiemaßnahmen
- **Vorübergehende / anhaltende Befindlichkeitsstörungen**
- Aufgabe / Veränderung von Berufstätigkeit
- Einengung von Freizeitaktivitäten und Sozialkontakten

Diagnostische Frage:

Leidensdruck, Alltagsbewältigung, Intensität, Zeitdauer



Diagnostische Abgrenzung

- Störungswertige Symptomatik
- Anpassungsstörung
- Depressive Störung
- Akute Belastungsreaktion und PTBS
- Angststörung
- Somatoforme Störung
- Chronisches Erschöpfungssyndrom

Prävalenz psychischer Störungen

(12 Monate, Diagnosen nach DSM-IV)

Gewichtet (in %)	Orthopädie N=205 ¹	Kardiologie N=164 ¹	Onkologie N=200 ¹	BGS N=4181 ²
Affektive Störungen	19.4	14.6	17.5	11.5
Angststörungen	25.2	17.7	20.5	14.5
Suchterkrankungen	14.1	12.8	5.0	6.8
Somatoforme Störungen	10.2	4.3	7.5	11.0

¹ Härtter & Bengel 2001; ² Allgemeinbevölkerung, Wittchen et al. 1999

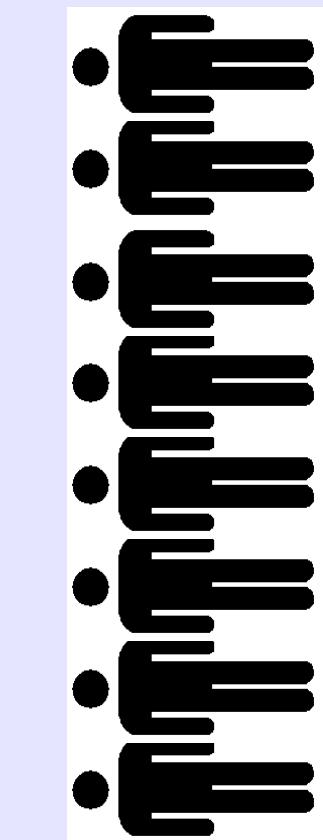
Häufigkeit von psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen

- Tumorerkrankungen 20-40%
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen 15-30%
- Muskulo-skelettale Erkrankungen 30-50%

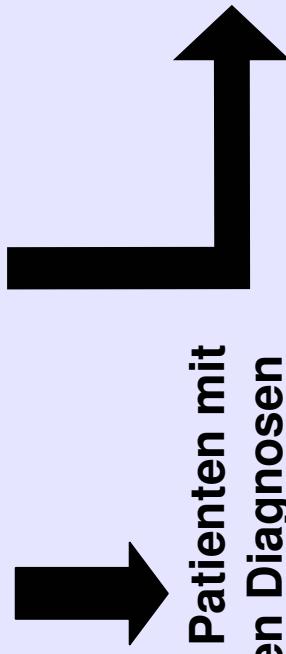
↳ Rund 1/3 der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen leiden an Anpassungsstörungen, Angststörungen, Depression, somatoformen Störungen

2.0 fach erhöhtes Risiko gegenüber Allgemeinbevölkerung

Patienten mit psychischen Störungen



48% (32%) erkannt



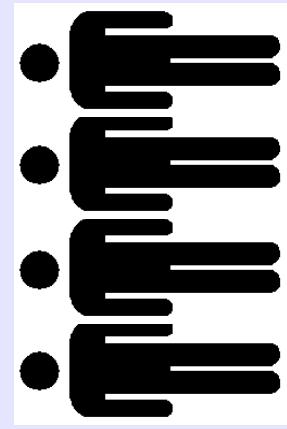
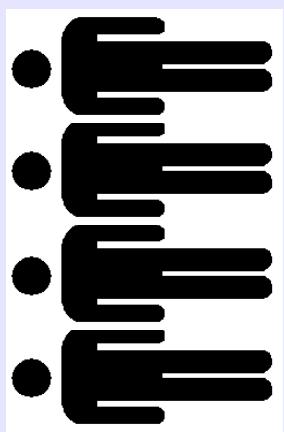
52% (68%) nicht erkannt



53% der Patienten mit
korrekten Diagnosen

(= 1/4 aller Patienten)

53% Empfehlung
poststationärer
spezifischer Maßnahmen



Diagnostik komorbider psychischer Störungen

Gründe für ungünstige Entdeckungsraten

- **Fehlinterpretation / Überlapfung** somatischer und psychischer Symptome (z.B. Fatigue, Appetitmangel)
- **Tendenz zur Unterschätzung** psychischer Störungen bei Vorliegen dominanter körperlicher Symptome
- **Unkenntnis über Symptome und Syndrome** psychischer Störungen, mangelnde diagnostische Fertigkeiten
- **Unzureichende Kenntnis** hinsichtlich der Besserung / **Behandelbarkeit** psychischer Störungen

Koronare Herzkrankung - Herzinfarkt



The collage consists of four panels:

- Top Left:** A woman in a red tank top running, overlaid with large white text "Fett weg!" (Fat out!).
- Top Right:** A person climbing a metal staircase.
- Bottom Left:** Two people at a table; one is eating a stack of pancakes, and the other is holding a box of chocolates.
- Bottom Center:** A woman in a polka-dot dress sitting at a table, eating a meal.

Text elements:

- Top Left Panel:** "Alles Schöne im Leben hat einen Haken:
Es ist unmoralisch, illegal
oder es macht dick!"
- Bottom Center Panel:** "8. Die Psycho-Diät - sie funktioniert tatsächlich"
- Top Right Panel:** "4 Sekunden verlängert sich unser Leben mit jeder Treppenstufe, die wir steigen"

Krankheitsspektrum

Somato-psychische Komorbidität

Behandlung

Risikofaktoren der Koronaren Herzkrankung

Risikofaktoren 1. Ordnung

- Hypercholesterinämie
- Rauchen
- Hypertonie
- Diabetes mellitus

Risikofaktoren 2. Ordnung

- Übergewicht / Adipositas
- Hyperurikämie (Gicht)
- Bewegungsmangel
- Ungünstige sozio-ökonomische Bedingungen
- Belastende Lebensbedingungen, kritische Lebensereignisse
- Berufl. Überbeanspruchung
- **Emotionale Probleme, Depression**

Fixe Risikofaktoren

- Geschlecht
- Alter
- Genetische Faktoren
- Besonderheiten im Lipidstoffwechsel

Schutzfaktoren: Schokolade, Wein, Tee

Krankheitsspektrum

Somato-psychische Komorbidität

Behandlung

Does Depression Kill?

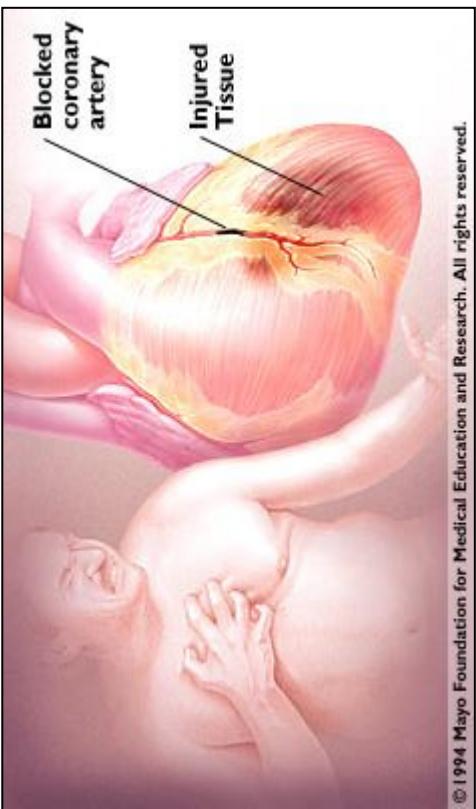
LITERATURE HAS taught us that grief, misery, and melancholy can force us into near-death states of mind. Think for example of Hamlet, Sylvia Plath's *The Bell Jar*, and William Styron's recent memoir of his experience with major depression, *Darkness Visible*. But ex-

In addition to good study mortality finding is at bats cause mo

Depression und Koronare Herzerkrankung

Prämorbid RF
RR = 1,6 bis 2,7¹

Prognostischer RF
HR = 2,0 bis 2,4²



¹Rugulies 2002, ²Schumacher 2003; siehe auch Ferketich et al. 2000; Pratt et al. 1996; Kubzansky & Kawachi 2000, Frasure-Smith et al. 1999, 2000; Thomas et al. 1997; Irvine et al. 1999

Krankheitsspektrum Somato-psychische Komorbidität

Behandlung

Prädisponierende Faktoren

Lebensstil – Genetische Prädisposition – Persönlichkeitscharakteristika



Risikofaktoren

Lipide ↑ Blutdruck ↑ Blutzucker ↑
Metabolisches Syndrom ↑

Neurobiologische Effekte

z.B.
Endothelregeneration ↓
Thrombozytenaktivität ↑
Herzfrequenz ↑
Herzfrequenzvariabilität ↓



Depression

neurobiologisch gekennzeichnet
u.a. durch:

Sympathikotone Überaktivierung
Hypercortisolismus
Thrombozytenaktivierung



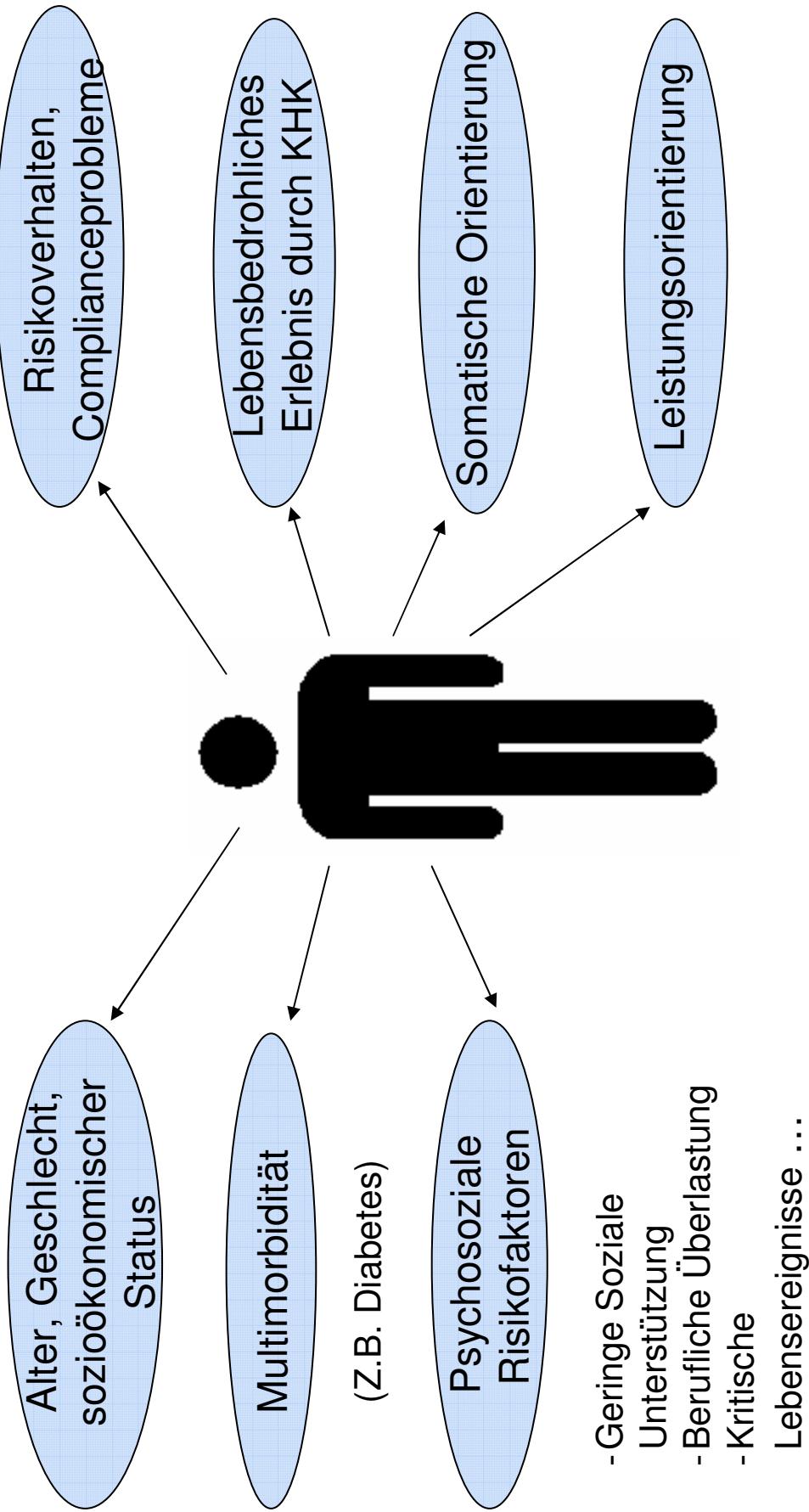
Psychologische und Verhaltenseffekte

Zigarettenkonsum ↑
Bewegung ↓
Gesundheitsverhalten ↓

Ätiologische Erklärungen

Somatische Veränderungen (Risikofaktoren) durch eine depressive Störung	<ul style="list-style-type: none">• Reduzierte Herzfrequenzvariabilität, erhöhte Herzfrequenz, Arrhythmien• Veränderte Trombozytenaggregation• Erhöhte CRP- und Interleukin 6 Werte
Verhaltensänderung bei depressiven Störungen mit einem erhöhten KHK-Risiko	<ul style="list-style-type: none">• Reduzierte Medikamentencompliance und Gesundheitsverhalten• Erhöhter Tabakkonsum• Reduzierter Antrieb
Psychosoziale Faktoren mit negativem Einfluss auf Depression bzw. KHK	<ul style="list-style-type: none">• Geringere soziale Unterstützung• Kritische Lebensereignisse• Stress und belastende Arbeitsbedingungen

Koronare Herzerkrankung – Patientenmerkmale



Krankheitsspektrum

Somato-psychische Komorbidität

Behandlung

Psychische Belastungen – psychische Störungen

- **Psychische Belastungen** beeinflussen zumindest **zeitweise** das Erleben körperlich Kranker
- **Prävalenz psychischer Störungen** erhöht (im Schnitt 15-30%)
- **subsyndromale Störungen:** Häufig nicht die Kriterien einer spezifischen psychischen Störung erfüllt
- **Behandlungsindikation** häufig gegeben

Anpassungsstörung:

- Beschwerden als psychische Reaktion auf das Krankheitsergebnis
- „Unschärfe und unterschwellig“ – Lösung
- Häufige Diagnosen in allgemeinärztlicher Versorgung (Casey, 2001) und psychosomatischer Rehabilitation (DRV Bund, 2007)

Relevanz

Komorbide psychische Störungen ...

- verlängern die Krankenhausliegedauer ¹
- erhöhen die somatische Morbidität und Mortalität ^{1,2,4-6}
- tragen zur Chronifizierung bei ⁵
- beeinflussen Compliance und Lebensqualität ungünstig ^{3,4,5}
- verursachen erhöhte Inanspruchnahme und Kosten ^{3,5}

¹ Ehliert 1998; ² Cavanaugh et al. 2001, ³ Härtter et al. 2002;
⁴ McDaniel et al. 1995; ⁵ Linton 2000; ⁶ Saupe & Diefenbacher 1999

Behandlung

Krankheitsspektrum
Somato-psychische Komorbidität

Therapeutische Prinzipien

bei Patienten mit somato-psychischer Komorbidität

- Motivationsklärung und Laientheorie
- Umschriebene Therapieziele / Zwischenstritte
- Emotionsausdruck und Emotionsregulation
- Klärung von Funktionalität und dysfunktionalem Verhalten
- Existentielle Fragen und Lebensbedrohung
- Soziale Kompetenz, Partnerschaft, Familie
- Patientenschulung, Entspannung, Stressreduktion



➤ Häufig „klassische“ Depressions- und Angsttherapie

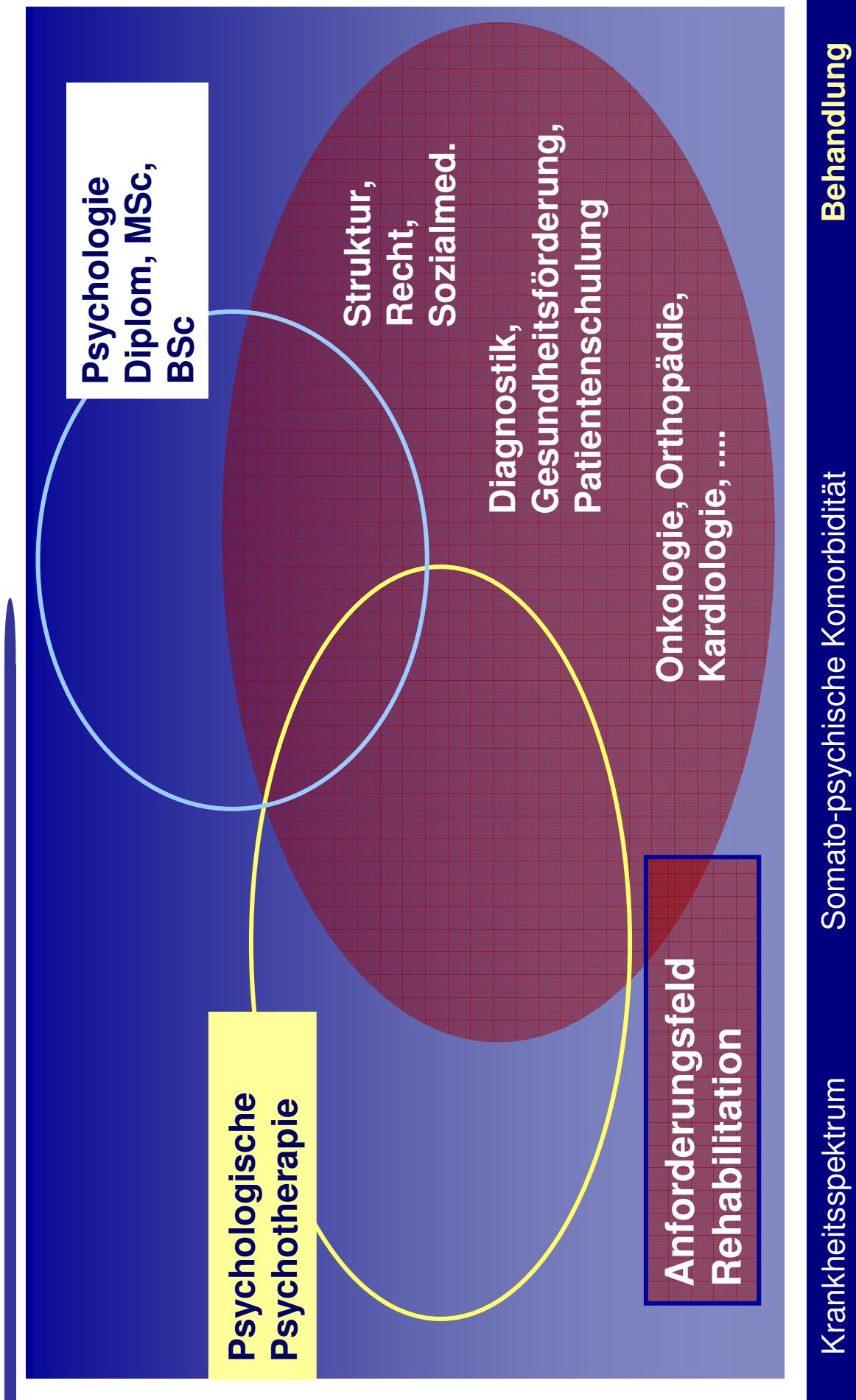
➤ Flexible Dauer, Frequenz und Setting

➤ Enge Kooperation mit haus- und fachärztlichen Kollegen

Psychotherapie mit körperlich Kranken - Besonderheiten

- Psychische Störung nicht obligat, häufig temporär
- Begrenzte Therapiemotivation
- Somatische Laientheorie
- Höheres Alter bzw. spezifischer Lebensabschnitt
- Einschränkungen durch Erkrankung / Behandlung
- Vorrang der somatischen Therapie
- Arzt-Patient-Beziehung
- Kein klassisches Versorgungssetting

Das Anforderungsfeld Rehabilitation



Fazit

- Die chronisch **körperlichen Erkrankungen** nehmen zu, sie stellen eine besondere Herausforderung dar.
- Ein Teil dieser Patienten ist temporär oder längerfristig **psychisch stark belastet**.
- Ein Teil erfüllt die Kriterien für eine psychische Störung.
- Auch **unterschwellige Störungen** (u.a. Anpassungsstörungen) verdienen therapeutische Aufmerksamkeit.
- Die **Versorgung** dieser Patienten geht über eine Psychotherapie im engeren Sinne hinaus.
- Die **Psychotherapie** muss sich auf diese Patienten verstärkt einstellen und ihre Behandlung entsprechend anpassen.

Literaturhinweise

- Bengel, J., Barth, J. & Härtter, J. (2007). Körperlich Krank. In B. Strauß et al. (Hg.), Lehrbuch Psychotherapie (Bd. 2, S. 837-59). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (Hg.) (2005). Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Stuttgart: Thieme.
- Härtter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hg.) (2007). Psychische Störungen bei körperlicher Krankheit. Berlin: Springer.
- Strauß, B. (Hg.) (2002). Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe.



Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie, Universität Freiburg
Engelbergerstraße 41, D-79085 Freiburg
Telefon: 0761 – 203-2122, Fax: - 3040
e-mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de