

Psychologische Versorgung chronisch körperlich Kranker

Alfred Künzler, Judith Alder, Roberto Brioschi, Regine Strittmatter
(basierend auf Alder et al., 2011, Positionspapier von chronischkrank.ch)



Der Verein chronischkrank.ch ortet Lücken und Handlungsbedarf in der psychologischen Versorgung chronisch körperlich Kranker. Die Unterversorgung ist umso stossender, als wissenschaftlich fundiertes psychologisches Know-how zur Verfügung steht, um einen günstigen Krankheitsverarbeitungsprozess zu unterstützen und die Lebenssituation chronisch körperlich Kranker entscheidend zu verbessern. Der Verein chronischkrank.ch will diesem Missstand entgegen wirken. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die Bedeutung und psychosoziale Dimension chronisch körperlicher Erkrankungen sowie das Potential der psychologischen Arbeit mit Betroffenen.

Volkswirtschaftliche Bedeutung chronisch körperlicher Krankheiten

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 zeigen, dass in der Schweiz ein Drittel der Bevölkerung an einem dauerhaften Gesundheitsproblem leidet (Bundesamt für Statistik, 2013). 21% der Bevölkerung weisen starke körperliche Beschwerden auf, Frauen doppelt so oft wie Männer. Am häufigsten sind Rücken- und andere Schmerzen sowie allgemeine Schwäche und Schlafprobleme. Gemeint sind mit chronisch körperlichen Leiden in der Regel lang andauernde und oft progredient verlaufende körperliche Krankheiten wie Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, chronische Schmerzen, Krebs, Lungenerkrankungen, Diabetes, neurologische Erkrankungen und Allergien. Chronische Krankheiten gehen in der Regel mit einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit einher.

Von chronischen Erkrankungen betroffen sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Im Alter treten chronische Krankheiten gehäuft und oft mit komplexen somatischen und psychischen Komorbiditäten auf. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden chronische Leiden im Jahre 2020 etwa 60% aller Erkrankungen ausmachen; 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an mindestens einer chronischen Krankheit leiden (Steurer-Stey & Rosemann, 2009). 2009 bezogen in der Schweiz insgesamt 94'000 Menschen eine IV-Rente aufgrund einer chronisch körperlichen Krankheit.

Chronisch körperliche Erkrankungen sind deshalb nicht nur für die Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht von grosser Bedeutung.

Psychosoziale Auswirkungen chronisch körperlicher Krankheiten

Die psychosozialen Belastungen, die mit einer chronisch körperlichen Erkrankung einhergehen, sind vielfältig. Je nach Erkrankung stellen sich in Abhängigkeit von Beginn und Verlauf, dem Behandlungsaufwand, der Kontrollierbarkeit sowie Art und Schwere der Symptomatik andere Anforderungen. Häufig sind die Ursachen der Symptome bei chronisch körperlichen Krankheiten komplex, können nicht abschliessend geklärt werden und sind nicht ursächlich zu behandeln. Neben der Belastung aufgrund von Krankheitssymptomen und Behandlungsnebenwirkungen können sich existentielle und spirituelle Fragen aufdrängen, Schwierigkeiten im Umgang mit dem medizinischen System ergeben, familiäre, soziale, finanzielle und berufliche Belastungen sowie emotionale und psychische Probleme entwickeln.

Somit gehen chronisch körperliche Erkrankungen mit Veränderungen in Bereichen wie Arbeit, Familie und sozialer Umgebung einher, die von den Betroffenen eine komplexe Anpassungsleistung erfordern. Krankheitsbewältigung kann als das Bemühen verstanden werden, bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Verhalten und Handeln zu reduzieren, auszugleichen und zu verarbeiten. Es handelt sich dabei um ein prozesshaftes Geschehen, das abhängig ist vom Krankheitsverlauf und den Betroffenen wie auch von deren Umfeld.

Ein günstiger Krankheitsverarbeitungsprozess liegt vor, wenn ein an den Zustand angepasstes Funktionsniveau erreicht wird, sich aufgrund der körperlichen Erkrankung keine psychische Komorbidität entwickelt und eine gute Zufrie-

denheit resp. Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen besteht (gesundheitsbezogene Lebensqualität) (Taylor & Stanton, 2007).

Chronische Krankheiten gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher, was als wichtiges Kriterium einer maladaptiven Krankheitsverarbeitung gilt (Carney & Freedland, 2003). So liegt die Prävalenz von psychischen Störungen bei Krebserkrankten im Initialstadium bei 32% und bei ca. 50% im palliativen Stadium (Miovic & Block, 2007; Singer et al., 2009). Ca. 20-40% entwickeln nach einem Herzinfarkt eine depressive Störung (Carney & Freedland, 2003). Eine klinisch relevante Depression liegt bei ca. 30%, eine Angststörung bei ca. 15% der Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung vor (Maurer et al., 2008). Das Risiko, eine Depression oder Angststörung zu entwickeln, ist bei Personen mit chronischen Schmerzen zweimal so hoch wie bei Personen ohne chronische Schmerzen (Demyttenaere et al., 2007).

Psychische Störungen wirken sich negativ auf die Prognose von chronisch körperlichen Krankheiten aus. Der Einfluss auf die Mortalität trifft insbesondere auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes zu (Katon et al., 2005; Osborn et al., 2008; Prince et al., 2007). Eine negative Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und eine Chronifizierung der Krankheit zeigt sich aber für die Mehrzahl chronisch körperlicher Erkrankungen (Chou & Shekelle, 2010). 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. Das Zusammenwirken ist aber häufig bidirektional. So gilt eine bereits in der Kindheit vorliegende Adipositas als Prädiktor für eine depressive Störung und umgekehrt das Vorliegen einer depressiven Störung als Prädiktor für eine Gewichtszunahme (Messerli-Bürgi & Munsch, 2016). Mit Recht sind also die Herausgeber eines PiD-Sonderhefts zu *Psychotherapie mit körperlich Kranken* «... angetreten, die künstliche Trennung zwischen Körper und Seele zu hinterfragen und einen Beitrag dazu zu leisten, sie in der Gesundheitsversorgung zu überwinden» (Stein & Broda, 2016, S. 104). Zu beachten dabei: «Psychotherapie mit körperlich Kranken kann nur im Dialog mit der Bio-Medizin geschehen» (ebd., S.105).

Neben der Symptombehandlung geht es in der psychologischen Arbeit mit chronisch körperlich Kranken damit immer auch um den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit.

Psychologische Versorgungsprobleme chronisch körperlich Kranker

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Detektionsrate einer psychischen Komorbidität bei chronisch körperlichen Krankheiten durch den behandelnden Arzt niedrig ist (Fallowfield et al., 2001). Angesichts der beschriebenen negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf ist dies problematisch. Sensibilisierung der Grundversorger, Förderung entsprechender diagnostischer Fertigkeiten und allenfalls Massnahmen zur Früherkennung psychischer Belastungen stehen daher im Fokus der interdisziplinären Betreuung.

Es besteht ein weitgehender Mangel an institutionell verankerter psychologischer Versorgung von Patienten mit chronisch körperlichen Krankheiten. Auch etwa die Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017 möchte die «strukturierte Zusammenarbeit der ärztlichen, pharmazeutischen, pflegerischen, psychologischen, rehabilitativen und palliativen Disziplinen» fördern (Dialog Nationale Gesundheitspolitik, o. J., S. 31). Eine oft diskutierte Problematik bei der Einführung sogenannter Belastungsscreenings ist, dass sich die Überweisung in eine psychologische Behandlung als schwierig erweist. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass eine interdisziplinäre Betreuung von chronisch körperlich Kranken in der Mehrzahl der Fälle Psychologie oder Konsiliarpsychiatrie nicht mit einschliesst. Andererseits erweist sich die Überweisung in eine ambulante Psychotherapie aufgrund der Unterversorgung psychisch Kranker als schwierig. Zudem fehlen im ganzen Prozess der Krankheits- und Belastungsverarbeitung weitgehend spezialisierte PsychologInnen. Hier besteht auch in der Aus- und Weiterbildung ein Defizit, indem sowohl im Studium der Psychologie als auch in der psychotherapeutischen Weiterbildung die Mitbehandlung (chronisch) körperlich kranker Menschen einen kleinen Stellenwert einnimmt. Auch sind unsere Behandlungskosten nicht immer durch die Grundversicherung gedeckt. Schliesslich kann sich die Befürchtung einer zusätzlichen Stigmatisierung auf die Bereitschaft auswirken, eine psychologische Begleitbehandlung zu indizieren oder in Anspruch zu nehmen. Die Stigmatisierung, an einer chronischen körperlichen Krankheit zu leiden, ist für verschiedene Patientengruppen leider eine Realität. Durch eine begleitende psychologische Unterstützung oder Behandlung kann es zu einer zusätzlichen Stigmatisierung kommen.

Angebote an psychologischer Unterstützung für chronisch körperlich Kranke und deren Ange-

hörige sind daher auf der gesamten Länge der Patientenpfade, von der Abklärung über Diagnosestellung, dem Leben mit der Krankheit und der Begleitung bis zum Lebensende noch eher die Ausnahme als die Regel.

Potenzial der Psychologie

Die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen als Begleitbehandlung zur somatischen Therapie ist vielfach nachgewiesen. Psychologie kann demnach zur Prävention und Behandlung von chronisch körperlichen Erkrankungen wesentliche Beiträge leisten. Beispiele dazu sind das Motivieren der Bevölkerung zur Änderung von Risikoverhalten wie Rauchen oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr, andererseits zu gesundheitsförderlichem Verhalten wie ausreichende Bewegung, angemessene Ernährung oder regelmässige Vorsorgeuntersuchungen.

Psychologische Arbeit ist auch im Bereich der Krankheitsbehandlung und im Umgang mit Krankheitsfolgen bedeutsam und deren Wirksamkeit nachgewiesen. So verbessert die Teilnahme an psychoedukativen Angeboten die glykämische Kontrolle bei Patienten mit Diabetes (Winkley, Ismail, Landau, & Eisler, 2006). Interventionen für Herzpatienten, in der Regel Psychoedukation, kognitiv-behaviorale und supportive Elemente sowie Entspannungstraining, verbessern physiologische Parameter, das Herzinfarktrisiko und die Mortalität wie auch die psychische Adaptation (Welton et al., 2009). Ebenso ist die Wirksamkeit psychologischer Interventionen für die Verbesserung des körperlichen und psychischen Funktionsniveaus bei chronischen Schmerzpatienten (Hoffman et al., 2007) und Krebskranken (Rehse & Pukrop, 2003) nachgewiesen.

Diese Behandlungen erfolgen relativ standardisiert und häufig in Gruppen. Individuelle psychologische Massnahmen hingegen fokussieren häufig darauf, den Betroffenen Halt zu geben und sie im Umgang mit der Erkrankung und deren Auswirkungen zu unterstützen. Psychologische Interventionen aktivieren individuelle und soziale Ressourcen und fördern Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die sich auf das Gesundheitsverhalten des Patienten im Sinne einer Sekundärprävention auswirken. Patientenkompetenz und Selbstmanagement-Fertigkeiten werden aufgebaut oder gestärkt mit dem Ziel, für Patienten und Angehörige die Krankheitsbewältigung im Alltag auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene zu verbessern.

Sowohl gruppen- als auch einzeltherapeutische Angebote unterstützen den Patienten im Umgang mit körperlichen Veränderungen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und in der Klärung von Lebensperspektiven. Insbesondere Befunde aus der Verhaltensmedizin weisen auf den psychoneuroimmunologischen Einfluss psychologischer Interventionen hin, der für die günstigen körperlichen und psychischen Veränderungen verantwortlich ist (z. B. Antoni et al., 2009).

Zu den psychologischen Massnahmen gehören nebst Psychotherapie auch psychologische Beratung, Information bzw. Weiterbildung sowie Patientenschulung. Psychogene Ursachen sind bei den meisten chronisch körperlichen Krankheiten nicht nachweisbar, so dass als Grundlage für psychologische Interventionen das Krankheitsfolgenmodell der WHO (2004) angewendet werden kann. Auswirkungen chronischer Erkrankungen sind demnach in den drei Dimensionen «Funktionen des Körpers», «Aktivitäten der Person» und «Partizipation an der Umwelt» zu betrachten, immer je unter einem Problem- und einem Ressourcenaspekt.

Abschliessend eine Übersicht der Interventionen in der Rehabilitationspsychologie, für die ein Effektivitätsnachweis vorliegt:

Funktion (Körper):

Ersatzstrategien bei neuropsychologischen Defiziten
Bewältigungsstrategien bei Fatigue oder Schmerz
Beratung bei Adherence-/Motivationsproblemen
Informationen/Unterstützung zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

Aktivität (Person):

Prävention bzw. Psychotherapie psychischer Folgestörungen
Psychologische Begleitung zu Themen der Krankheitsbewältigung, Sinnfindung, Lebensperspektiven
Förderung eigener Ressourcen (z.B. Entspannung, Kreativität)
Beratung in Entscheidungssituationen
Stressbewältigungs-, Problemlösetraining

Partizipation (Umwelt):

Prävention bzw. Paar-/Familientherapie familiärer Konflikte
Selbstsicherheits-, soziales Kompetenztraining
Impulse zur Erweiterung von Interessen und deren Umsetzung
Coaching im Arbeitsbereich

Bibliografie

- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*, 23(5), 580-591.
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry*, 54(3), 241-247.
- Chou, R., & Shekelle, P. (2010). Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*, 303(13), 1295-1302.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (o.J.). *Nationale Strategie gegen Krebs 2014 –2017*. Bern: Krebsliga Schweiz. Verfügbar unter: www.oncosuisse.ch
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84(8), 1011-1015.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*, 26(1), 1-9.
- Katon, W. J., Rutter, C., Simon, G., et al. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(11), 2668-2672.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., et al. (2008). Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*, 134(4 Suppl), 43S-56S.
- Messerli-Bürgy, N. & Munsch, S. (im Druck). Die Interaktion zwischen physischer und psychischer Gesundheit. In Blaser, M., Amstad, F. T. (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (S. 42-47). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665-1676.
- Osborn, D. P., Wright, C. A., Levy, G., King, M. B., Deo, R., & Nazareth, I. (2008). Relative risk of diabetes, dyslipidaemia, hypertension and the metabolic syndrome in people with severe mental illnesses: systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 8, 84.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*, 50(2), 179-186.
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brahler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol*, 21(5), 925-930.
- Stein, B. & Broda, M. (2016). Mit Leib UND Seele. *Psychotherapie im Dialog*, 17(1), 104-105.
- Steurer-Stey, C., & Rosemann, T. (2009). Das Chronic-Care-Modell nutzen. *Care Management*, 4, 19-21.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 377-401.
- Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E., & Vedhara, K. (2009). Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: psychological interventions in coronary heart disease. *Am J Epidemiol*, 169(9), 1158-1165.
- WHO. (2004). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Köln: DIMDI.
- Winkley, K., Ismail, K., Landau, S., & Eisler, I. (2006). Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 333(7558), 65.

Alfred Künzler, Dr. phil. hum.
Leiter Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz
Co-Präsident chronischkrank.ch

Judith Alder, PD Dr. phil.
Privatpraxis, Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie

Roberto Brioschi, lic. phil.
Leiter Schmerzzentrum/Psychosomatik, RehaClinic Bad Zurzach

Regine Strittmatter, Dr.
Geschäftsleiterin Careum Weiterbildung
Co-Präsidentin chronischkrank.ch