

Vorwort

Warum ein Buch zur Anwendung der Klinischen Psychologie im Bereich körperlicher Erkrankungen?

Ausgangssituation

Immer häufiger haben es Psychologen und Psychotherapeuten mit Patienten zu tun, die sich mit den Folgen von chronischen körperlichen Erkrankungen wie Krebs, HIV, Diabetes oder Rheuma auseinandersetzen müssen. Chronische körperliche Krankheiten haben eine psychologische Gemeinsamkeit: Das Leben der Betroffenen ändert sich grundlegend. Nie wieder können die Betroffenen die Unbeschwertheit erfahren, mit der sie vor ihrer Erkrankung Gesundheit als selbstverständlich wahrgenommen haben. Die Diagnose ist für die meisten Patienten ein einschneidendes und belastendes Ereignis. Oft erleben Erkrankte sich selbst vorübergehend oder dauerhaft als Personen, die die Kontrolle über ihr Leben verloren haben. Dies ist besonders dann der Fall, wenn mit der Erkrankung eine Todesbedrohung verbunden ist oder wenn sie weitreichende Veränderungen in der Lebensführung nötig macht.

Auch die medizinische Behandlung kann belastende körperliche und psychische Folgen haben. Lebensperspektiven verändern sich, der Beruf kann unter Umständen nicht mehr ausgeübt werden, und es kommt zu einer Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben. Eine Folge davon kann sein, dass das emotionale Gleichgewicht ins Wanken gerät und eine psychische Störung entsteht. Depressionen und Ängste sind häufige, aber oft unerkannt und somit unbehandelt bleibende Begleiterkrankungen von chronischen körperlichen Krankheiten. Dabei wären sie aus zwei wichtigen Gründen behandlungsbedürftig:

- ▶ Zum einen schränken psychische Beschwerden und Störungen die Lebensqualität der Patienten noch stärker ein, als dies durch die chronische körperliche Erkrankung schon der Fall ist.
- ▶ Zum anderen verschlechtern sie in den meisten Fällen die Krankheitsprognose und tragen so zu einem rascheren Fortschreiten der Erkrankung und einer geringeren Lebenserwartung bei.

Psychologische Diagnostik und Behandlung

Aus den genannten Gründen muss die erfolgreiche Behandlung von chronisch Kranken psychische Faktoren berücksichtigen. Die klinisch-psychologische Diagnostik liefert wichtige Informationen über den Krankheitswert von psychischen Beschwerden und hat damit Konsequenzen für die Behandlung. Die psychologische Behandlung bei chronischen Krankheiten umfasst die Behandlung psychischer Störungen, die Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die klinisch-psychologische Intervention ist dabei keine Konkurrenz zur medizinischen Therapie, sondern ein unverzichtbarer Beitrag zu einer erfolgreichen Behandlung. Die ausreichende psychologische Versorgung von chronisch Kranken ist allerdings schon jetzt nicht mehr gewährleistet. Aufgrund der steigenden Zahl von chronisch körperlich kranken Menschen in den nächsten Jahren wird der Bedarf an psychologisch ausgebildeten Fachkräften an Krankenhäusern der Allgemeinversorgung, in Fach- und Rehabilitationskliniken, in Beratungsstellen und in der ambulanten Versorgung sogar noch wachsen.

Nach den gegenwärtigen Hochrechnungen müssten in Zukunft pro Jahr über 1.000 Psychotherapeuten approbiert werden, um nur den Status quo zu sichern. Schon jetzt schließen aber pro Jahr sehr viel weniger Personen die Psychotherapie-Ausbildung ab. Damit ist eine Bedarfsdeckung langfristig gefährdet, und die psychologische Versorgung einer wachsenden Zahl von Menschen ist nicht gewährleistet. Hinzu kommt, dass es in Deutschland noch keine staatlich anerkannte Qualifikation zum Gesundheitspsychologen gibt.

Warum in dieser Form? Aufbau und Gestaltung des Buchs

Im deutsch- und englischsprachigen Raum gibt es bereits einige sehr gute Lehrbücher der Verhaltensmedizin, der Gesundheitspsychologie, der „Clinical Health Psychology“ und der Medizinischen Psychologie. In der Regel sind diese Bücher als Lehrbücher konzipiert, die versuchen, einen möglichst vollständigen Überblick über die Bandbreite der Themen und den aktuellen Forschungsstand zu geben. Diesem Anspruch werden sie gerecht, jedoch bedeutet der Umfang dieser Bücher auch ihre (notwendige) Beschränkung auf eine eher wissenschaftliche Darstellung des Forschungsstands. Zumindest im deutschsprachigen Raum erfolgte eine Übertragung dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis nur in wenigen Fällen.

Das Besondere am Workbook „Klinische Psychologie: Körperliche Erkrankungen“ liegt in der Verbindung der Therapieansätze aus der Klinischen Psychologie mit Krankheitsbildern aus der Medizin. Hier klaffte bislang eine Lücke in der deutschen Literatur, weil die Klinische Psychologie traditionellerweise die psychischen Störungen als ihren Tätigkeitsbereich ansieht, während die Gesundheitspsychologie in Deutschland die Theorieentwicklung zum Gesundheitsverhalten (d. h. ausdrücklich bei Nicht-Erkrankten) zum Gegenstand hat. Lehrbücher der Gesundheitspsychologie sind in der Regel grundlagenorientiert, mit einer mehr oder weniger starken Betonung der gesundheitspsychologischen Theorien, die zum größten Teil veränderte Verhaltensmodelle aus der kognitiven Sozialpsychologie darstellen. Behandlungsaspekte werden häufig – gemäß der fachlichen Orientierung der meisten Autoren – nur verkürzt dargestellt.

Das Workbook bietet eine komprimierte Darstellung des Kenntnisstands zum Beitrag der Klinischen Psychologie zu chronischen körperlichen Erkrankungen, in deren Ätiologie, Verlauf oder Behandlung psychische Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Dazu werden Meta-Analysen herangezogen, die Einzeluntersuchungen zusammenfassen und die Beurteilung von Effektstärken ermöglichen. Einzelstudien werden nur vorgestellt, wenn sie von großer Bedeutung für den Forschungsstand sind. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Einbettung der Behandlungsmaßnahmen in den Kontext der Gesundheitsversorgung. Jedes Störungskapitel (Kapitel 2 bis 9) bietet einen Überblick sowohl zur Ätiologie als auch zum Krankheitsverlauf und beschreibt den derzeitigen Forschungsstand zur Bedeutung psychischer Faktoren. Im Zentrum jedes Kapitels steht jedoch eine konkrete Darstellung der klinisch-psychologischen Diagnostik und der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden. Insgesamt liegt der Fokus auf einer beispielhaften Illustration klinisch-psychologischen Handelns, um so den Lesern eine praktische Hilfe zu bieten. Ein Internet-Support zu jedem Kapitel bietet detaillierte Informationen und Empfehlungen zu den Verfahren, die sich in der Diagnostik und Behandlung der jeweiligen Störungen bewährt haben. Anhand von ausführlichen Fallbeispielen kann das diagnostische und therapeutische Vorgehen geübt werden. Übungsfragen und Vorschläge zum therapeutischen Vorgehen helfen dabei, Behandlungspläne zu entwerfen.

An wen wendet sich das Workbook?

Das Buch will einen Beitrag dazu leisten, wesentliche Inhalte des Wissens über die klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung bei chronischen körperlichen Krankheiten zu vermitteln. Die erfolgreiche Anwendung wissenschaftlich fundierter psychologischer Verfahren in der klinisch-psychologischen Diagnostik, Behandlung und Gesundheitsförderung setzt eine solide Kenntnis der entsprechenden Literatur sowie klinisch-psychologische Fertigkeiten voraus, die in der Regel durch ein Studium der Psychologie und eine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten erworben werden.

Deshalb richtet sich das Buch vor allem an Lehrende und Studierende der Psychologie im Master-Studium (MSc) und in der postgradualen Ausbildung in Psychotherapie. Andere Zielgruppen sind Studierende der Humanmedizin, in der Praxis tätige Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen, Ärzte, Pflegepersonal und interessierte Laien. Darüber hinaus hoffe ich, dass auch Interessenten aus Gesundheits- und Erziehungswesen, Kostenträger (Krankenkassen) und Politiker angesprochen werden. Das Buch ist allgemeinverständlich geschrieben und bietet somit auch wertvolle Informationen für betroffene Patienten und deren Angehörige. Ein Ersatz für psychologische Hilfe und Behandlung ist es jedoch nicht.

Danksagungen

Die Idee zu diesem Buch entstand vor einigen Jahren aufgrund einer persönlichen Erfahrung: Immer wieder fand ich mich mit der von klinisch-psychologischen Kollegen als Frage vorgebrachten Meinung konfrontiert, dass ich doch kein „richtiger“ Klinischer Psychologe sei, weil ich doch über körperliche Erkrankungen forsche. Ebenso gab es dieses Unbehagen bei der anderen Fachgruppe, den Gesundheitspsychologen, die mein Engagement in der Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsverfahren argwöhnisch betrachteten und das Fehlen gesundheitspsychologisch fundierter theoretischer Modelle beklagten. In vielen Gesprächen mit Freunden und Kollegen wurde ich ermutigt, dieses Unbehagen der mangelnden Passung meines beruflichen Profils mit dem als „klassisch“ empfundenen Fächerkanon in eine Stärke – nämlich ein Buch – zu verwandeln. Stellvertretend für diese Freunde und Kollegen möchte ich Silvia Schneider danken, die mich zu diesem Buchprojekt ermutigt hat. Ebenfalls gedankt sei Susan Michie, Marie Johnston, Winfried Rief und Andrea Kübler, die mich zu verschiedenen Entwicklungsstadien dieses Projekts beraten haben. Von Verlagsseite haben Heike Berger und Volker Drüke das Buchprojekt kompetent, geduldig und aufmunternd begleitet. Ihre zahlreichen Vorschläge haben das vorliegende Buch in Konzeption und Präsentation entscheidend verbessert. Dafür danke ich ihnen herzlich.

Das vorliegende Buch wäre nicht ohne die Unterstützung einiger mir nahe stehender Menschen möglich gewesen. An wichtigster Stelle möchte ich meinem langjährigen Lebenspartner Christian Osmer danken, dessen moralische und emotionale Unterstützung meinen Blick in Zeiten der akuten Arbeitsüberlastung und des Selbstzweifels auf das Wesentliche gelenkt hat.

Ich widme dieses Buch meinen akademischen Lehrern und Freunden Andrew Steptoe und Irmela Florin, von denen ich vieles und sehr Verschiedenes gelernt habe. Andrew Steptoe hat meine wissenschaftliche Laufbahn entscheidend geprägt, indem er vor vielen Jahren mein Interesse an Fragen und Methoden der kardiovaskulären Psychophysiologie, der Verhaltensmedizin

und der Gesundheitspsychologie geweckt hat. Irmela Florin hat mich – wie viele andere – für die Klinische Psychologie begeistert, die sie als eine der prominentesten Vertreterinnen dieses Fachs in Deutschland und über seine Grenzen hinaus geprägt und bekannt gemacht hat. Angesichts der ungeheuren Aufgaben und Herausforderungen, die durch die große Anzahl chronisch kranker Menschen auf uns zukommen, sei ein Satz der Nobelpreisträgerin Rita Levi-Montalcini zitiert, an den Irmela uns oft erinnerte:

„Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Neigung, Schwierigkeiten zu unterschätzen.“

London, im März 2008

Claus Vögele

Weiterführende Literatur

Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J. & West, R. (Eds.) (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2nd rev. ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Aktuelle, breit angelegte Übersicht zum Beitrag der Psychologie zur Medizin, die sich vorwiegend an Mediziner wendet. Die zahlreichen Kapitel sind kurzgefasst und eignen sich gut für einen Einstieg in das jeweilige Thema.

Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.

Ausgezeichnetes Lehrbuch mit breit angelegtem Überblick über Grundlagen und spezifische Anwendungsfelder der Verhaltensmedizin.

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer-Urban.

Systematische Einführung in die Gesundheitspsychologie. Neben einer aktuellen Übersicht über zentrale gesundheitspsychologische Theorien und wichtige Ergebnisse der Forschung werden vor allem Prävention und Gesundheitsförderung praxisnah beschrieben.

Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Berlin: Springer.

Informative Zusammenfassung der Grundlagen und Behandlung von psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen, die sich zum großen Teil auf die eigene Forschung der Autoren bezieht. Sehr interessant sind zwei Kapitel zum Wissenstransfer und zu Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung.

Kerr, J., Weitkunat, R. & Moretti, M. (Hrsg.) (2006). *ABC der Verhaltensänderung*. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Wie können Patienten motiviert werden, ein gesünderes Leben zu führen und ihr Verhalten gezielt zu verändern? Das Buch gibt einen Überblick über alle maßgeblichen Faktoren der Verhaltensänderung: persönliche, psychische Faktoren, soziale und umweltbedingte Faktoren sowie Kommunikationsprobleme und Hindernisse, die bei Maßnahmen zur Verhaltensänderung entstehen.

Köllner, V. & Broda, M. (Hrsg.) (2005). *Praktische Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Thieme.

Praxisorientierte, kurzgefasste Darstellung spezifischer Bereiche der Verhaltensmedizin, die sich gut zum Einstieg für wenig psychologisch vorgebildete Leser eignet.

Llewellyn, S. & Kennedy, P. (Eds.) (2003). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Chichester: Wiley.

Ausführliche Darstellung des Forschungsstands zu Anwendungsfeldern der Klinischen Gesundheitspsychologie. Besonders interessant ist ein Abschnitt zu psychologischen Modellen der Behandler- und Patientenperspektive, Kommunikationsprozessen und der Rolle von Familienangehörigen.

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.

Didaktisch gut konzipiertes Lehrbuch, das die Tätigkeitsfelder des Fachgebiets praxisnah beschreibt (Verminderung des Konsums von Nikotin und Alkohol, Ernährung und Dentalhygiene, Bewegungsverhalten

und Stress-Management, sexuelles Kontaktverhalten). Eignet sich gut für den Einstieg in die Gesundheitspsychologie.

Schwarzer, R. (Hrsg.) (2005). Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie: Gesundheitspsychologie, Band 1. Göttingen: Hogrefe.

Lehrbuch, das einen detaillierten Überblick über die Themen der Gesundheitspsychologie bietet. Dazu gehören die Grundlagen von gesundheitsfördernden bzw. -mindernden Verhaltensweisen, also einerseits ausgewogener Ernährung und sportlicher Aktivität, andererseits von Rauchen sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Auch Themen wie Stressbewältigung, soziale Unterstützung und Prävention werden behandelt. Referenzwerk für Fachwissenschaftler, fortgeschrittene Studierende und Doktoranden aus Psychologie und Medizin. Die Kapitel bieten einen hervorragenden Einstieg für alle, die sich intensiver zu einzelnen Fragestellungen der Gesundheitspsychologie informieren wollen.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2002). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe.

Umfassender Überblick über Konzepte, Theorien, Forschungsthemen und Befunde der Gesundheitspsychologie und benachbarter Gebiete wie Public Health und Verhaltensmedizin. Mit einer Auswahl von 173 alphabetisch geordneten Stichworten informieren die jeweiligen Kapitel kurz und prägnant über den aktuellen Forschungsstand.

Strauß, B., Berger, U., von Troschke, J. & Brähler, E. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Göttingen: Hogrefe.

Lehrbuch zu Grundlagen der psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit, einschließlich eines Teils zu „Ärztlichem Handeln“ und zur „Förderung und Erhaltung von Gesundheit“. Richtet sich vor allem an Studierende der Medizin.

inzwischen zahlreiche Hinweise für die Bedeutung psychischer Faktoren bei der kurzfristigen Blutdruckregulation gibt, fehlen allerdings bislang noch die Belege für deren Beteiligung bei der für die Etablierung eines Bluthochdrucks notwendigen Veränderung der Nierenfunktion.

Behandlung. Zur Therapie der primären Hypertonie werden Medikamente verordnet, die an verschiedenen Stellen der Blutdruckregulation eingreifen (z. B. Flüssigkeitshaushalt, Herzfrequenz, Blutgefäßtonus). Die Auswahl richtet sich nach dem Lebensalter und den Begleiterkrankungen des Betroffenen. Es gibt verschiedene Empfehlungen – angestrebt werden aber möglichst einfache Schemata, in der Regel sollten nur ein oder zwei Präparate verordnet werden. Zusätzlich zur medikamentösen Blutdrucksenkung werden Verhaltensänderungen in verschiedenen Bereichen empfohlen:

- ▶ Gewichtsreduktion (bei Übergewicht)
- ▶ fettreduzierte Diät mit hohem Gemüse- und Obstanteil
- ▶ weniger Kochsalz in der Nahrung
- ▶ Reduktion des Alkoholkonsums auf weniger als 20 g pro Tag

2.2 Häufige psychische Begleiterkrankungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

2.2.1 Depression

Herzkrankte Patienten – insbesondere jene mit einer Koronaren Herzerkrankung, einem akuten Herzinfarkt oder chronischer Herzenschwäche (ischämische Herzkrankheit) – haben eine wesentlich höhere Prävalenz psychischer Störungen als die gesunde Bevölkerung. Besonders hoch ist die Häufigkeit depressiver Störungen. Beispielsweise wird geschätzt, dass bei Herz-Patienten die Depressionsprävalenz bei 17 bis 27 Prozent liegt. Demgegenüber liegt die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 10 Prozent. Besonders besorgniserregend ist der Umstand, dass eine gleichzeitig mit der Herzerkrankung auftretende depressive Störung die medizinische Prognose entscheidend verschlechtert: Depressive Herz-Patienten haben ein fast doppelt so hohes Risiko, an den Folgen ihrer Koronaren Herzkrankheit zu sterben (z. B. durch einen Herzinfarkt), als nichtdepressive Herz-Patienten.

Meta-Analyse

Barth et al. (2004): Depression bei Koronarer Herz-erkrankung

Forschungsfrage

Hat Depression einen Einfluss auf die Prognose von Koronar-Patienten?

Auswahlkriterien der in der Analyse berücksichtigten Studien

- ▶ prospektive Kohortenstudie (Koronar-Patienten)
- ▶ standardisierte Depressionsdiagnostik

- ▶ Längsschnittbeobachtung (Beobachtungszeitraum: mindestens 3 Monate)

Mit diesen Auswahlkriterien konnten 20 Studien identifiziert und in die Meta-Analyse aufgenommen werden.

Ergebnisse

- ▶ Depressive Symptomatik erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit bei Koronar-Patienten.
- ▶ Das Risiko depressiver Koronar-Patienten, während der ersten zwei Jahre nach der Erstdiagnostik zu

sterben, ist im Vergleich mit nichtdepressiven Koronar-Patienten doppelt so hoch.

- Die ungünstige Prognose bleibt bestehen, auch wenn andere Risikofaktoren berücksichtigt werden (z. B. Übergewicht, Rauchen, Blutfettwerte, Diabetes mellitus, Bluthochdruck).

Fazit

Depressionen verschlechtern die Prognose für den Verlauf der Herzerkrankung bei Koronar-Patienten deutlich. Dieser Effekt ist unabhängig von anderen Risikofaktoren. Depressionen müssen deshalb bei der Diagnostik und Therapie von Herzkranken berücksichtigt werden.

Eine Folge der ungünstigen Prognose der Herzerkrankung bei gleichzeitig bestehender Depression sind auch höhere Kosten für Krankenversicherer und Arbeitgeber: Depressive Koronar-Patienten müssen häufiger in ein Krankenhaus aufgenommen werden, nehmen auch andere Versorgungsleistungen häufiger in Anspruch und fehlen öfter bei der Arbeit. Zudem nimmt die Lebensqualität dieser Patienten entscheidend ab.

2.2.2 Angststörungen

Zusätzlich zu Depressionen leiden Herz-Patienten auch häufig an Angst oder sogar Angststörungen. Mit ungefähr 26 Prozent sind die Prävalenzraten für Angststörungen bei Herz-Patienten sogar noch höher als für Depressionen. Allerdings sind die Hinweise für eine schlechtere Prognose bei ängstlichen oder angstgestörten Herz-Patienten weniger eindeutig. Trotzdem sollten Ängste oder Angststörungen in der Diagnostik und Therapie von Herz-Patienten stärker berücksichtigt werden, da Folgendes eindeutig belegt ist:

- Depressionen und Angst sind häufige psychische Begleiterkrankungen bei Herzkrankheiten.
- Insbesondere Depressionen erhöhen das Risiko für eine schlechte Prognose.

2.2.3 Risikofaktoren für Angst und Depression bei Herzerkrankungen

Das Bewusstsein, an einer chronischen, unter Umständen tödlich verlaufenden Krankheit zu leiden, oder die Erfahrung, gerade einen Herzinfarkt erlitten zu haben, kann sicher zu Verzweiflung, Trauer und Angst führen. Allerdings ist damit nicht geklärt, warum bei einigen Patienten diese Gefühle so stark und andauernd sind, dass eine psychische Störung diagnostiziert werden muss. Es stellen sich somit folgende zentrale Fragen:

- Warum sind Depressionen und Angststörungen bei Herzerkrankungen besonders häufig?
- Gibt es Faktoren, die das Risiko eines Herzkranken erhöhen, an einer Depression oder Angststörung zu erkranken?

Es gibt Hinweise darauf, dass depressive Herzkranken mit größerer Wahrscheinlichkeit auch schon vor Beginn ihrer Herzerkrankung unter depressiven Verstimmungen oder Angstbeschwerden gelitten haben. Dies wirft die bislang ungeklärte Frage auf, ob Angststörungen und/oder Depressionen ursächlich mit der Entwicklung der Herzerkrankung zusammenhängen könnten. Dabei könnte es sich um einen direkten, verursachenden Zusammenhang (durch bislang unbekannte Prozesse) oder um für beide Erkrankungen gemeinsame, aber unabhängige Risikofaktoren handeln („shared underlying aetiology model“). Damit hängt auch die Frage zusammen, auf welche Weise Depressionen zu einer Verschlechterung der Prognose bei bestehender Herzerkrankung beitragen. Diskutiert werden derzeit verschiedene Modelle:

- ▶ Arteriosklerotische Prozesse begünstigen sowohl die Entwicklung der Koronaren Herzkrankheit als auch die der Depression, besonders wenn der Depressionsbeginn im fortgeschrittenen Alter liegt.
- ▶ Beiden Störungsbildern liegt eine Entgleisung in der zentralnervösen Steuerung des autonomen Nervensystems zugrunde.
- ▶ Depressionen führen zu ungünstigem Gesundheitsverhalten.

Diese Erkenntnisse sind von praktischer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Therapie von Herzerkrankten:

- ▶ Wenn Depressionen unbehandelt bleiben, ist von einer weiteren Verschlechterung der Herzerkrankung auszugehen.
- ▶ Depressive Herz-Patienten folgen den ärztlichen Ratschlägen weniger gut (z. B. bei der Medikamenteneinnahme).
- ▶ Die notwendigen Veränderungen in Ernährung, Bewegung und Arbeitsbelastung sind für depressive Herz-Patienten ungleich schwerer durchzuführen als für nichtdepressive.

2.3 Klinisch-psychologische Diagnostik bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

2.3.1 Gesprächsführung und Etablierung einer therapeutischen Beziehung

Viele Herz-Patienten stehen dem Gedanken, dass auch psychische Faktoren an der Entstehung oder dem weiteren Verlauf der Herzerkrankung beteiligt sein könnten, äußerst misstrauisch gegenüber. Am Anfang des Gesprächs sollte deshalb zunächst auf allgemeine Bereiche des Gesundheitsverhaltens eingegangen werden, beispielsweise auf Fragen zur Anpassung an die neue Situation nach der Diagnose der Herzerkrankung:

- ▶ „Wie kommen Sie mit Ihrem Leben zurecht, jetzt nach der Diagnose?“
- ▶ „Haben Sie Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme?“
- ▶ „Wie schwer fällt Ihnen die Umstellung in der Ernährung?“

Darüber hinaus sind Prinzipien der „motivationalen Gesprächsführung“ äußerst hilfreich bei der Etablierung einer therapeutischen Beziehung:

- ▶ Nutzen von Widerstand: Patienten haben oft eine ambivalente Einstellung gegenüber den Therapieansätzen. Erst wenn die Gründe, die für den Patienten für oder gegen eine Befolgung dieser Therapieansätze sprechen, herausgearbeitet sind, kann er sich auch entscheiden.
- ▶ Empathie: Im Sinne einer positiven Einstellung des Therapeuten gegenüber dem Patienten ist Empathie die Voraussetzung für eine tragfähige therapeutische Beziehung. Äußern Sie Verständnis für die Probleme des Patienten, verbal und nonverbal.
- ▶ Nicht argumentieren: Lassen Sie den Patienten seine eigenen Schlüsse bei der Entscheidungsfindung ziehen. Stellen Sie Fragen, aber überreden Sie ihn nicht.
- ▶ Diskrepanz: Fördern Sie die Bestimmung des Ist- und zu erreichenden Soll-Zustands („Wo befinde ich mich heute und wo möchte ich hin?“). Die erlebte Diskrepanz zwischen diesen beiden Zuständen kann stark motivierend wirken.
- ▶ Selbstwirksamkeit: Der Soll-Zustand muss in erreichbarer Nähe sein. Nur wenn der Patient glaubt, das gesteckte Ziel erreichen zu können, wird er den Ist-Zustand verändern.

Es ist äußerst wichtig, mit dem Patienten am Anfang dieses Gesprächs eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Erst wenn dies gelungen ist, können auch andere psychologisch-diagnostisch wichtige Bereiche wie Angst und Depression angesprochen werden. Ein Dialogbeispiel für das Erstgespräch findet sich auf der Internet-Seite zu diesem Kapitel.

2.3.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

Die Ergebnisse zur Bedeutung der etablierten verhaltensbezogenen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedeuten für den Einzelnen oft große Einschnitte in bisherige Lebensgewohnheiten:

- ▶ Ernährung umstellen
- ▶ mehr Bewegung
- ▶ Rauchen aufgeben
- ▶ weniger Alkohol trinken
- ▶ Gewicht verlieren
- ▶ Stress abbauen

Wie stark die Motivation zur Verhaltensänderung ist, kann vom Erkrankungsstadium abhängen. Ein Patient, der nur aufgrund erhöhter Blutfettwerte die Ernährung umstellen und Gewicht verlieren soll, wird eine geringere Motivation haben als ein Patient, der ernsthafte Beschwerden oder bereits einen Herzinfarkt erlitten hat. Auch das subjektive Krankheitsmodell des Patienten spielt eine entscheidende Rolle. Nur wenn der Patient der Überzeugung ist, dass bestimmte Verhaltensweisen mit seiner Erkrankung zusammenhängen, wird er sie auch verändern wollen.

Bei der Beurteilung der Motivation zur Verhaltensänderung ist die Anwendung von Gesundheitsverhaltensmodellen hilfreich (z. B. „Health Action Process Approach“, Transtheoretisches Modell), weil diese die psychischen Prozesse auf dem Weg zum Verhalten in eine zeitliche Abfolge bringen:

- ▶ Präkontemplation
- ▶ Kontemplation
- ▶ Präparation
- ▶ Aufnahme des Verhaltens
- ▶ Aufrechterhaltung

Fünf kognitive Faktoren beeinflussen dabei den Fortschritt von der Präkontemplation bis zur Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens, jedenfalls solange sie unter willentlicher Kontrolle stehen:

- ▶ Ergebniserwartungen („Wenn ich weniger fettreich esse, sinkt mein Cholesterinspiegel – und ich nehme ab“)
- ▶ wahrgenommene Selbstwirksamkeit („Es wird mir gelingen, meine Ernährung umzustellen“)
- ▶ wahrgenommene persönliche Bedrohung („Ich habe bereits Beschwerden“)
- ▶ wahrgenommene Schwere des Problems („Ich könnte an einem Herzinfarkt sterben“)
- ▶ wahrgenommene soziale Erwünschtheit (soziale Normen) („Meine Familie wünscht sich, dass ich gesünder lebe“)

In der Diagnostik der Motivationslage von Herz-Kreislauf-Kranken ist es sinnvoll, im Gespräch diese Bereiche abzuklären und das Ergebnis bei der Planung der nächsten Therapieschritte zu berücksichtigen. Zusätzlich kann es angezeigt sein, andere in die Behandlung des Patienten

involvierte Kollegen auf den Prozesscharakter der Veränderung von Gesundheitsverhalten aufmerksam zu machen, um realistische Ziele zu setzen.

Adhärenz – Beachtung der therapeutischen Handlungsempfehlungen

Ein besonderer Bereich des gesundheitsrelevanten Risikoverhaltens betrifft die Beachtung medizinischer Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Für den Erfolg der meisten medizinischen Maßnahmen in der Behandlung chronisch Erkrankter ist die Beachtung der therapeutischen Handlungsempfehlungen (z. B. die regelmäßige Einnahme von Medikamenten) von ausschlaggebender Bedeutung. Um die Behandlung zu optimieren, empfiehlt es sich daher, die Behandlungsmotivation auch in diesem Bereich zu klären. Zur diagnostischen Beurteilung gibt es eine Reihe von Fragebögen. Allerdings sollte im Gespräch auch immer nach wahrgenommenen Barrieren bei der Befolgung der therapeutischen Handlungsempfehlungen gefragt werden.

2.3.3 Psychische Störungen

Patienteninterview

Nach der Besprechung von Gesundheitsrisiken sollten im Interview Informationen zur vergangenen und aktuellen psychologischen Krankengeschichte erfragt werden. Weil Herz-Patienten oft an einer Angststörung oder Depression erkranken, ist es wichtig, in der klinisch-psychologischen Diagnostik vor allem diesen Bereichen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Bei der Beurteilung von körperlichen Symptomen als Indikatoren einer Angststörung oder Depression ist zu berücksichtigen, dass einige der Beschwerden (z. B. Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Herzrasen, Konzentrationsschwierigkeiten) auch durch die körperliche Erkrankung verursacht oder durch die verordneten Medikamente hervorgerufen werden können. Um die Bedeutung dieser Symptome für eine psychische Störung besser einschätzen zu können, ist die Befragung des Patienten in einem Gespräch besonders wichtig. Beispielsweise kann im Gespräch genauer nach den Umständen gefragt werden, in denen Angst, Traurigkeit und bestimmte Gedanken auftauchen. Dies ist bei der differentialdiagnostischen Einordnung hilfreich, d. h. bei der Entscheidung, ob ein Symptom der Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einer psychischen Störung zuzuschreiben ist. Beschwerden, die symptomatisch für eine Angststörung sein können, werden oft als extreme Gesundheitsorgen geäußert. Ein schnell durchführbares Screening ist auf der Internet-Seite aufgeführt.

Entweder als Teil der depressiven Symptomatik oder unabhängig davon äußern Herz-Patienten häufig Gefühle der Irritierbarkeit, des Ärgers und der Wut. Diese Beobachtung hat schon vor vielen Jahren dazu geführt, dem Umgang mit Ärger und Feindseligkeitsgefühlen eine besondere ätiologische Bedeutung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu geben. Das bekannteste dieser psychologischen Konstrukte ist das Typ-A-Verhaltensmuster, das u. a. durch die folgenden Eigenschaften definiert wird:

- ▶ schnelle, laute und akzentuierte Sprechweise
- ▶ Ungeduld und kurze Antwortlatenzen
- ▶ Feindseligkeit
- ▶ Wettbewerbsorientierung
- ▶ hohe Zielorientierung

Mittlerweile verdichten sich die Hinweise darauf, dass nicht das Typ-A-Verhaltensmuster in seiner Ganzheit für die Ätiologie wichtig ist, sondern hauptsächlich die Bereiche „Feindseligkeit“



und „inadäquater Ärger“. Daher sollten diese in der Diagnostik ebenfalls berücksichtigt werden. Das „Video Taped Clinical Examination for Type A Behavior“ von Friedman und Powell (1984) ist ein Interviewleitfaden, der zur Quantifizierung des Typ-A-Verhaltens entwickelt wurde. Dieses Interview kann als Ganzes oder auch nur in Teilen zur Diagnostik von Feindseligkeit und inadäquatem Ärger eingesetzt werden.

Strukturierte Interviews. Als Interviewleitfaden für die Diagnostik psychischer Beeinträchtigungen und Störungen haben sich das DIPS (= Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen) und das SKID (= Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) bewährt. Diese beiden strukturierten Interviews gewährleisten eine kategoriale Zuordnung von Symptomen zu den psychischen Störungen, die in den international anerkannten Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 definiert werden. Dies ist sehr wichtig, da die Diagnose einer psychischen Störung Behandlungskonsequenzen nach sich zieht. Allerdings werden in der kategorialen Diagnostik „Alles-oder-nichts“-Entscheidungen getroffen; d. h., eine psychische Störung wird nur dann diagnostiziert, wenn alle erforderlichen Zeit-, Verlaufs- und Beeinträchtigungskriterien erfüllt sind. Manche Patienten erfüllen nicht das Vollbild einer Störung, leiden aber trotzdem unter einer behandlungswürdigen Beeinträchtigung.



DIAGNOSTIK

Fragebögen

Zusätzlich zur kategorialen Diagnostik empfiehlt sich eine dimensionale Beurteilung durch Fragebögen, da mit dieser Methode auch subklinische Beschwerden erfasst werden. Diese Fragebögen geben auch Aufschluss über andere, in der Therapieplanung wichtige Bereiche wie Krankheitsbewältigung und Gesundheitsverhalten. Die Fragebögen, die sich in der Diagnostik des Gesundheitsverhaltens, der psychischen Beeinträchtigungen und der Ärger-Neigung bei Herz-Kreislauf-Patienten bewährt haben, sind im Internet-Auftritt zu diesem Kapitel aufgeführt.

2.4 Psychologische Behandlungsverfahren

2.4.1 Gesundheitsförderung (Abbau von Risikoverhalten)

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Herz-Kreislauf-Patienten finden vor allem im Rahmen von Rehabilitationsprogrammen für Herzkrankte statt. Die Ziele der multidisziplinären, ganzheitlichen „kardiologischen Rehabilitation“ sind die weitgehende Wiederherstellung oder Erhaltung körperlicher, psychischer und sozialer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Langfristige sekundärpräventive Strategien sollen dazu beitragen, die Progression des Krankheitsprozesses zu verlangsamen und die Wahrscheinlichkeit für weitere koronare Ereignisse zu reduzieren.

Um diese Ziele zu erreichen, werden in Rehabilitationsprogrammen Behandlungselemente wie Bewegungsprogramme (z. B. in Koronarsportgruppen), Ernährungsberatung, Patientenschulung (Wissensvermittlung über Herz-Kreislauf-Krankheiten) und manchmal auch psychotherapeutische Interventionen kombiniert. Dazu ist die Zusammenarbeit von Fachkräften aus unterschiedlichen Fachdisziplinen nötig. Abhängig vom eigentlichen Behandlungsort können rehabilitative Maßnahmen in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder in der privaten Praxis durchgeführt werden.

Obwohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden erfolgreich bei Strategien der langfristigen Änderung von Risikoverhalten eingesetzt werden können, findet dies in der Praxis leider noch

viel zu selten statt. Vor allem Strategien wie Selbstkontrolltechniken, Zielsetzungsstrategien, Aktivitätsaufbau, Stimuluskontrolle und Verstärkung beim Erreichen des definierten Verhaltensziels können erfolgreich in der Gesundheitsförderung eingesetzt werden.

2.4.2 Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie ist nachweislich die erfolgreichste psychologische Therapie bei Angststörungen und Depression. Bislang gibt es allerdings nur wenige Studien, die die Wirksamkeit dieser Therapieform bei Herz-Kreislauf-Patienten untersuchen. In einer multizentrisch angelegten, randomisierten, kontrollierten Studie („ENRICHED“, Carney et al., 2004) wurden Herzinfarkt-Patienten, die hohe Depressionswerte und/oder geringe soziale Unterstützung aufwiesen, mit Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt. Bei schwerer depressiver Symptomatik wurden zusätzlich Antidepressiva gegeben. Bei den Interventionsteilnehmern ging die Depressionssymptomatik stärker zurück als bei der nicht psychotherapeutisch behandelten Kontrollgruppe. Auf den Genesungsverlauf nach dem Herzinfarkt hatte die Psychotherapie jedoch keinen Einfluss. Allerdings zeigte sich in einer nachträglich durchgeführten Analyse, dass diejenigen Patienten, die trotz psychotherapeutischer und medikamentöser Therapie keine Verbesserung in ihrer Depression erreichten, nach mehr als einem halben Jahr nach dem Infarkt eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit hatten als die Patienten, deren Depression sich gebessert hatte.

Zur psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen bei Herz-Patienten gibt es bislang noch keine Ergebnisse. Grundsätzlich sind alle Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Angststörungen bei Herz-Patienten geeignet. Allerdings ist zu beachten, dass sich in der Literatur immer wieder der Hinweis findet, dass die massierte Reizkonfrontation bei Patienten mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung kontraindiziert ist – vermutlich, weil befürchtet wird, dass die Herzfrequenzanstiege, die bei dieser Form der Konfrontationsbehandlung auftreten können, bei einer Koronaren Herzkrankheit möglicherweise zur Angina pectoris, zu Arrhythmien oder gar zu einem Herzinfarkt beitragen könnten. Obwohl es für diese Annahme keine empirischen Belege gibt, ist dieses Risiko nicht ganz auszuschließen. Es wird aus Vorsichtsgründen deshalb davon abgeraten, Verfahren der massierten Reizkonfrontation bei Herz-Patienten einzusetzen.

In einer Meta-Analyse (Rees et al., 2004) untersuchten die Autoren die Wirkung von Psychotherapie und Stressreduktionstrainings auf die Prognose von Koronar-Patienten. Zwar ließen sich keine nachweisbaren Effekte dieser psychologischen Interventionen auf die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Infarkts oder die Sterblichkeit nachweisen – doch die Patienten in den Psychotherapiegruppen zeigten eine signifikante Besserung ihrer psychischen Beeinträchtigung. Beide Ergebnisse stehen den Autoren zufolge noch auf unsicheren Beinen, da die Anzahl der methodisch gut durchgeführten Studien in diesem Bereich noch klein ist. Allerdings ist es wichtig, festzuhalten, dass eine Verbesserung von Depressivität und Angst zu einer besseren Wirkung der gesundheitsfördernden Maßnahmen führt.

Der bisherige Stand der Forschung zeigt keine nachweisbaren Effekte von Psychotherapie auf die Langzeitprognose von Herz-Patienten. Allerdings ist eine Depression oder Angststörung in jedem Fall behandlungsbedürftig.

