

KRANK SEIN

UND

GESUND WERDEN

KRANK SEIN UND GESUND WERDEN

EIN MEHRDIMENSIONALER PROZESS

WOLFGANG HERZOG

Wenn ein Mensch erkrankt, ist das nicht allein auf biologische Ursachen zurückzuführen. Auch psychologische und soziale Faktoren sind beteiligt. Von dieser Mehrdimensionalität von Krankheit – und Gesundheit – geht das „biopsychosoziale Modell“ der Psychosomatik aus, das erstmals Mitte der 1970er-Jahre beschrieben wurde. Heute stimmen alle medizinischen Disziplinen weitgehend darüber überein, dass sich jede Krankheit derart entwickelt. Eine offene Frage aber ist, inwieweit diese Erkenntnis im Einzelfall bei der Diagnose und der Therapie zu berücksichtigen ist.

P

Psychosomatische Krankheiten und psychische Störungen gehen mit großen Leiden einher und schränken die Lebensqualität der Betroffenen erheblich ein. Als zweithäufigster Grund für Krankschreibungen und als häufigster Grund für Frühberentungen verursachen sie darüber hinaus erhebliche gesellschaftliche Folgekosten. Es ist deshalb von großer diagnostischer, therapeutischer und gesellschaftlicher Bedeutung, psychosomatische Störungen besser zu verstehen und im individuellen Krankheitsfall häufiger zu berücksichtigen. Das erfordert einen mehrdimensionalen Krankheitsbegriff.

Der amerikanische Psychiater George Engel entwickelte Mitte der 1970er-Jahre in der Psychosomatik ein „biopsychosoziales Modell“, wonach Kranksein und Gesundwerden immer beschrieben werden müssen als ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Heute stimmen die Wissenschaftler aller medizinischen Fachdisziplinen weitgehend darin überein, dass sich jede Krankheit im Sinne dieses biopsychosozialen Modells entwickelt. In Bezug auf einzelne Krankheitsbilder oder individuelle Patientenschicksale stellt sich jedoch die Frage, in welchem Ausmaß biologische, psychologische und soziale Dimensionen zu Krankheit

und Gesundung beitragen und wie dies in der Diagnose und Therapie berücksichtigt werden kann und soll.

Wie häufig sind psychosomatische Störungen?

Um einen Anhalt dafür zu finden, wie häufig klinisch relevante psychosomatische Störungen sind, haben Wissenschaftler der Heidelberger Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik eine repräsentative Stichprobe erhoben und mehr als 3.000 Menschen im Alter von 57 bis 84 Jahren untersucht. Dazu verwendeten wir das sogenannte Intermed-Interview. Es erlaubt, das Ausmaß biologischer, psychologischer und sozialer Probleme systematisch auf drei Achsen zu erfassen. Unser besonderes Interesse galt komplexen Gesundheitsstörungen – also solchen, die auf Probleme auf mehreren Achsen gleichzeitig zurückzuführen sind. Derart vielschichtige biopsychosoziale Probleme fanden wir bei acht Prozent der von uns untersuchten Personen. Bei ihnen war die physische und psychische Lebensqualität deutlich vermindert, und sie litten häufiger unter Depressivität und Angst. Darüber hinaus verursachte ihre medizinische Versorgung mehr als doppelt so hohe Kosten wie die Versorgung der Referenzgruppe.

Die weiteren Auswertungen zeigten einen aufschlussreichen Zusammenhang: Nicht die bloße Anzahl von Erkrankungen war für die genannten Effekte verantwortlich – schließlich litt weit über die Hälfte der 3.000 untersuchten Personen an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Zu dem schlechten Gesamtzustand der Patienten führte vielmehr die zeitgleiche Beeinträchtigung auf mehreren Achsen und deren Wechselwirkung. Unsere Untersuchung kann damit auch als Argument für eine integrierte Gesundheitsversorgung herangezogen werden – eine Gesundheitsversorgung, die sich an der gesamten Funktionsfähigkeit des Patienten orientiert und nicht nur an einzelnen Krankheitsbildern und Diagnosen.

Auch eine Untersuchung von über 500 Patienten, die stationär in die Heidelberger Medizinische Universitätsklinik aufgenommen worden waren, erbrachte interessante Ergebnisse. Mehr als ein Drittel dieser Patienten erfüllte die Kriterien einer psychischen oder psychosomatischen Störung im Sinne der „ICD-Diagnose“, des internationalen Klassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation. Bei 23 Prozent der Erkrankten handelte es sich bei der psychosomatischen Diagnose um eine Nebendiagnose, die nicht unmittelbar behandlungsbedürftig war. Bei vier Prozent war die psychosomatische Diagnose die Hauptdiagnose, bei acht Prozent lag neben einer primär körperlichen Erkrankung gleichzeitig eine psychosomatische Störung vor, beispielsweise eine entgleiste Zuckerkrankheit in Kombination mit einer Depression oder eine Herzkrankheit in Kombination mit Angstsymptomen. Diese beiden Patientengruppen konnten nur dann erfolgreich therapiert werden, wenn auch die psychosomatischen Symptome behandelt wurden. Die Betroffenen mit der psychosomatischen Störung als Hauptdiagnose wurden dabei durchschnittlich acht Tage länger stationär versorgt; die Patienten, bei denen eine psychosomatische Störung und eine körperliche Erkrankung vorlagen, blieben durchschnittlich drei Tage länger in der Klinik.

Vom Allgemeinen zum Besonderen – drei Schicksale

Die nachfolgenden Patientengeschichten sollen exemplarisch verdeutlichen, in welchen Varianten psychosomatische Probleme auftreten können.

Krebserkrankung in der Schwangerschaft

Frau L. ist 35 Jahre alt und hat zwei gesunde Kinder, eine fünfjährige Tochter und einen dreijährigen Sohn. Jetzt ist sie wieder schwanger. Bei einer Routineuntersuchung werden ausgedehnte Lebermetastasen eines nicht bekannten Primärtumors diagnostiziert. Dies führt zum Kaiserschnitt und zur Entbindung einer gesunden Tochter in der 32. Schwangerschaftswoche. Die Erkrankung der Mutter ist nicht heilbar. Sie erhält eine palliative Chemotherapie auf einer onkologischen Station. Ihr Allgemeinbefinden verschlechtert sich rasch.

Neben der psychoonkologischen Einzeltherapie findet eine familienzentrierte Beratung statt. Verzweifelt fragt die Patientin: „Was soll ich tun, mein drei Jahre alter Sohn will mich nicht mehr anfassen?“ Es zeigt sich, dass der Junge Angst hat, der schwerstkranken Mutter wehzutun, wenn er sie berührt. Die Mutter wird daraufhin von der Beraterin ermutigt, dem Jungen zu sagen, wo und wie er sie anfassen kann, ohne fürchten zu müssen, ihr wehzutun. Auf den Schoß nehmen kann Frau L. ihr Kind nicht, weil ihr das zu große Schmerzen bereitet. Aber der Junge kann ihr die Hände, den Kopf und den Arm streicheln.

Während der ganzen Zeit bleibt die Beraterin mit der Familie in Kontakt, klärt den aktuellen Betreuungsbedarf des Jungen und überlegt zusammen mit der Patientin und ihrem Ehemann, wie unterstützende Personen helfen können. Das Beratungsangebot bestand auch nach dem Tod der Mutter weiter fort und wurde von der Familie genutzt.

Herzrhythmusstörungen und Angstanfälle

Herr K., 69 Jahre alt, verwitwet, ehemaliger Tanzlehrer, leidet an Herzrhythmusstörungen auf der Grundlage einer Herzmuskelschwäche, die durch einen implantierten Defibrillator erfolgreich behandelt werden. Das Gerät kann

**„Kranksein
und Gesundwerden
müssen immer
beschrieben werden als
ein Zusammenspiel
biologischer,
psychologischer und
sozialer Faktoren.“**

gefährliche Rhythmusstörungen erkennen und durch Stromstöße beenden. Herr K. hatte mehrere solche Entladungen als sehr schmerzhaft erlebt und in der Folge Angstanfälle bekommen. Zuletzt haben sich die Anfälle für den Patienten unerträglich gesteigert. Schon bei leichter körperlicher Belastung kam es zu einer schnellen Atmung und Hyperventilationsanfällen. Herr K. entwickelte eine „Angst vor der Angst“. Die Auskunft der Kardiologen, dass das Herz während dieser Anfälle keine Rhythmusstörungen aufweist, beruhigte den Patienten nicht. Er zog sich zunehmend zurück, nahm mehrere Kilogramm ab und wirkte sehr niedergeschlagen.

Herr K. lebt mit seinen erwachsenen Töchtern und dem Partner einer Tochter in einem Haus. Seine Frau verstarb vor fünf Jahren an einer Tumorerkrankung; zuvor hatte er sie zwei Jahre lang gepflegt. Eine eigene frühere Tumorerkrankung hat Herr K. selbst gut überstanden. Seine Angst steigerte sich vor allem dann, wenn die Töchter das Haus verließen; eine der Töchter hatte immer „Anwesenheitspflicht“. In die psychosomatische Klinik wurde Herr K. aus einer Klinik der näheren Umgebung verlegt, weil er „nicht entlassen werden könne“: Am Tag nach der Entlassung musste er vom Notarzt mehrfach erneut eingeliefert werden.

Die mehrwöchige stationäre psychosomatische Behandlung sicherte die Diagnose einer generalisierten Angststörung. Sie erlaubte zudem eine Optimierung der Antiarrhythmika-Medikation und die Umstellung der suchtauslösenden Tranquilizer-Medikation auf langfristig verträgliche Antidepressiva. Die Ressourcen und das Selbstbewusstsein des Patienten konnten gestärkt werden, beispielsweise durch sein Angebot, auf der Station Tanzunterricht zu geben. Ein begleitetes Training erweiterte den Radius des Patienten, in dem er sich angstfrei bewegen konnte. Es erfolgten mehrere Familiengespräche mit den Töchtern, wobei es für diese wichtig war, ihre Ambivalenzen zur früheren „Anwesenheitspflicht“ äußern zu können. Sie wurden in das Autonomie-Training von Herrn K. einbezogen.

Magersüchtige in familiären Loyalitätskonflikten

An einem Freitagnachmittag im Herbst kommt Frau R., eine 18-jährige bleich aussehende junge Frau, in die psychosomatische Ambulanz. Ihr Hausarzt hat sie am Morgen mit Verdacht auf Magersucht dringlich zur stationären Aufnahme angemeldet: Schon während der Sommerferien, berichtet der Hausarzt, habe er die Entwicklung von Frau R. mit größter Sorge beobachtet und die Aufnahme in eine Klinik bereits vor Wochen empfohlen. Die Patientin aber habe eine Überweisung vehement abgelehnt. Jetzt könne er das nicht weiter verantworten – die 1,75 Meter große Frau habe noch mehr abgenommen, wiege nur noch 39 Kilogramm und sei nicht stabil. In der psychosomatischen Ambulanz wirkt Frau R. passiv, verstimmt und abweisend; sie schaut auf den Boden und meidet Augenkontakt. Ihre

„Die Gesundheitsversorgung sollte sich an der gesamten Funktionsfähigkeit des Patienten orientieren und nicht nur an einzelnen Krankheitsbildern und Diagnosen.“

Mutter, die sie begleitet, führt das Gespräch und bedauert das späte Kommen. Frau R. selbst wird erst aktiv, als sie vor die Wahl gestellt wird, das Gespräch alleine oder gemeinsam mit der Mutter führen zu wollen. „Nein“, antwortet sie. Die Mutter solle nicht dabei sein.

Frau R. macht „Schulstress“ für ihre Gewichtsabnahme verantwortlich, sie sei seit zwei Jahren in einem Internat. Sie sagt, dass sie Angst habe, durchzudrehen: „Ich möchte mich hinlegen und trotzdem aufstehen – ich fühle mich ganz zerrissen.“ Im weiteren Gespräch zeigt sich eine starke Ambivalenz auf der Beziehungsebene: Unmittelbar vor der Gewichtsabnahme war es zu einer ersten Beziehung mit einem drei Jahre älteren Mann gekommen – gleichzeitig identifiziert sich Frau R. aber mit der Mutter und unterstützt sie in aktuellen familiären Konflikten.

Frau R. ist in der Geschwisterreihe die Dritte, sie hat zwei ältere und einen jüngeren Bruder. In der Auseinandersetzung der Mutter mit den „Schwiegereltern“ – Frau R. benutzt diesen Ausdruck identifikatorisch mit der Mutter, gemeint sind die Eltern väterlicherseits, also ihre Großeltern – stellt sie sich auf die Seite der Mutter. Der Vater ist früh gestorben, und die Mutter hat ihre vier Kinder unter schwierigen Bedingungen weitgehend alleine großgezogen. Als auslösenden Konflikt sehen wir den Wunsch von Frau R., eine eigene Beziehung zu haben und sich von der Mutter und der Ursprungsfamilie lösen zu wollen. Gleichzeitig aber besteht eine große Loyalität zur Mutter, die sie als Einzige unterstütze. Diese Beziehung will sie unbedingt aufrechterhalten.

Wie die Fallbeispiele zu interpretieren sind

Im Sinne der eingangs geschilderten Untersuchungen weisen die Patientinnen und Patienten der drei beschriebenen Fallbeispiele eine psychosomatische Diagnose auf und zeigen komplexe biopsychosoziale Probleme, bei denen alle drei Dimensionen – biologische, psychologische und soziale Faktoren – einen Beitrag zum spezifischen Leiden leisten. Die Entstehung und Entstehungsgeschichte dieser Komplexitäten ist jedoch unterschiedlich, und entsprechend unterscheiden sich die Zugänge zur Behandlung.

Die erste Patientengeschichte (Krebserkrankung in der Schwangerschaft) wird in ihrem Verlauf stark dominiert von einer rasch voranschreitenden körperlichen Krankheit, deren Erkennung und Behandlung hervorragende Kenntnisse der biologischen Faktoren als Grundlage ärztlichen Handelns erfordern. Die Wucht der rasch zum Tode führenden körperlichen Krankheit bestimmt das Geschehen. Psychosomatische Kenntnisse und Haltungen sind für die Prognose zunächst sekundär, wir würden sie in solchen Fällen als allgemeine ärztliche Fähigkeiten des „guten Arztes“ erhoffen und erwarten. Alle Therapiemethoden der Medizin erfordern – gleich welcher Art die Behandlung

ist – immer eine aufmerksame und individuelle ärztliche Begleitung: Wie kommt diese einzelne Patientin, dieser einzelne Patient mit dieser Diagnose, diesen Behandlungsmaßnahmen und dieser veränderten Situation zurecht?

„Personalisierte Medizin“ muss auch und gerade angesichts der schlechten Prognose von Frau L. die Person ernst nehmen. Die konkreten Fragen lauten: Wie kann eine Frau, die eben noch ein vitales Wachsen ihrer Familie erhoffte, damit umgehen, dass sie bald sterben wird, dass sogar ihr Junge sich von ihr zurückzieht? Wie kann Frau L. in ihrer Not begleitet und im Umgang mit der schicksalhaften Erkrankung unterstützt werden? Welche Hilfen brauchen die anderen Familienmitglieder in der akuten Situation und über den Tod von Frau L. hinaus? Es sei hier auch auf die weniger dramatischen, aber heute häufigeren chronischen somatischen Krankheiten verwiesen, die zwangsläufig einen dauerhaften Umgang mit Krankheit, die Entwicklung von Bewältigungsmechanismen und letztlich einer neuen Identität erfordern. Meist gelingen diese psychosozialen Anpassungsprozesse in kreativer Weise. Psychosomatische Konsultationen werden angefordert, wenn eine Diskrepanz zwischen den körperlichen Befunden, dem Krankheitserleben und dem Umgang mit der Krankheit besteht. Ein gleich ausgeprägter körperlicher Befund kann bei verschiedenen Personen zu völlig unterschiedlichem Krankheitserleben führen. Diesen psychosomatischen Aspekt kennt und berücksichtigt jeder „gute Arzt“.

Die zweite Fallgeschichte (Herzpatient mit Angstanfällen) ist anfänglich weniger eindeutig. Auch Herr K. hat eine prognostisch ernste körperliche Erkrankung: Er leidet an

„Ein gleich ausgeprägter körperlicher Befund kann bei verschiedenen Personen zu völlig unterschiedlichem Krankheits-erleben führen.“

einer lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung bei vorgeschädigtem Herzen. Die Erkrankung war mit der Implantation des Defibrillators hinreichend behandelt. Die Not des Patienten hatte andere Ursprünge: Die körperlich schmerzhaften Nebenwirkungen der Entladungen des Defibrillators trafen einen Menschen, der psychisch den Tod seiner Ehefrau zwar bewältigen, nicht aber betrauern konnte. Darüber hinaus hatte Herr K. akut die bevorstehenden Hochzeiten seiner Töchter und den damit zu erwartenden Auszug seiner Kinder zu antizipieren und zu gestalten. Das Erkennen der Probleme, die ein Patient hat,

erfordert Zeit und Geduld sowie Kompetenzen auf der somatischen, der psychischen und der sozialen Ebene. Auch die Behandlungsmethoden erfordern Kompetenzen auf allen drei Dimensionen. Neben dem internistischen Wissen sind Psychotherapie und Familientherapie die Methoden der Wahl. Nicht selten kommen ambulante Behandlungen nicht zustande oder sie sind nicht hinreichend, sodass eine vielschichtige Behandlung durch multiprofessionelle Teams sinnvoll wird. Bei jedem einzelnen Patienten geht es darum, zu rekonstruieren, wie somatische sowie biographisch entwickelte psychische und soziale Faktoren beim Entstehen der Symptome zusammenwirken.

Die dritte Fallgeschichte (Patientin mit Magersucht) ist ein Beispiel für eine psychosomatische Krankheit im engeren Sinne, bei der psychosoziale Faktoren am Beginn der Erkrankung stehen und ernste körperliche Befunde – hier ein lebensbedrohlich niedriges Gewicht – als Folge auftreten können. Eine Vulnerabilität, eine Verletzbarkeit, wird in der biographisch bedingten erschwerten Autonomie-Entwicklung der Patientin gesehen. Sie führt in der Pubertät zur Krise. In dieser Lebensphase gelingt es den Patienten nicht oder nur erschwert, aus der Familie herauszutreten, eigene Wege zu gehen, Beziehungen zu Gleichaltrigen zu entwickeln und alte Loyalitäten zurückzustellen. Damit einhergehende Konflikte werden abgemildert, wenn durch den Hungerzustand physiologisch die emotionale Schwingungsfähigkeit abgemildert wird. Der „Sinn“ der Gewichtsabnahme liegt dann darin, Konflikte, die als unlösbar erlebt werden, abzumildern. Zudem kann Schlanksein in einer Welt eher adipöser Menschen als besondere Fähigkeit und als bestärkend erlebt werden. Zur Voraussetzung einer dauerhaften Besserung wird damit neben der symptomatischen Verbesserung – also der Gewichtszunahme – psychotherapeutisch ein besserer Umgang mit den Konflikten während der Autonomieentwicklung, die am Beginn der Erkrankung standen. ●



PROF. DR. WOLFGANG HERZOG wurde nach dem Studium der Physik und Medizin von der Universität Göttingen in Medizinischer Soziologie promoviert. Im Jahr 1998 folgte er einem Ruf der Universität Heidelberg, seit 2004 ist er Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik. Er war Geschäftsführender Ärztlicher Direktor sowohl der Medizinischen Klinik als auch des Zentrums für Psychosoziale Medizin der Universität. 2014 wurde Wolfgang Herzog zum Dekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg ernannt. Darüber hinaus ist er Sprecher der ständigen Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seine Forschungsschwerpunkte sind Ess-Störungen, funktionelle Störungen und psychosomatische Erkrankungen bei körperlichen Erkrankungen.

Kontakt: wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

BEING ILL AND GETTING WELL

A MULTIDIMENSIONAL PROCESS

WOLFGANG HERZOG

When we fall ill, the reason for the deterioration of our health is not just to be found in our biology – psychological and social factors are involved as well. This multidimensionality of sickness, and health, is at the root of the ‘biopsychosocial model’ of psychosomatic medicine that was first described in the mid-1970s. Today, all medical disciplines basically agree that every illness or disease undergoes a development in this sense. What we do not know is to what extent this insight should be considered in the diagnosis and therapy of individual cases.

To get an idea of the frequency of clinically relevant psychosomatic disorders, scientists of Heidelberg University Hospital began by examining a representative cohort of more than 3,000 elderly people. Eight percent had complex health problems with a somatic, psychological and social dimension. Consequences included poor quality of life and high scores of depression and anxiety. Health care costs were more than twice as high compared to a reference group. An examination of more than 500 inpatients at Heidelberg University Hospital also furnished interesting results. More than one-third of these patients fulfilled the criteria of a psychological or psychosomatic disorder.

Next, we discuss three exemplary case histories of a pregnant patient with cancer, a patient with heart failure, implantable cardioverter defibrillator and anxiety disorder and a patient with anorexia nervosa. All patients have complex biopsychosocial health care needs. But these patients represent different types of aetiologies with primarily somatic, mixed, and primarily psychosomatic starting points. As falling ill and getting well are complex biopsychosocial processes, patients could benefit from reliable judgements of physicians and health care workers in that field. ●

PROF. DR WOLFGANG HERZOG studied physics and medicine and earned his PhD in medical sociology at the University of Göttingen. In 1998 he accepted a chair at Heidelberg University and in 2004 became medical director of the Department of General Internal and Psychosomatic Medicine. He served as executive medical director of both the Department of Internal Medicine and the Center for Psychosocial Medicine of the university. In 2014 Wolfgang Herzog was appointed Dean of the Medical Faculty Heidelberg. He is also the speaker of a permanent conference of leading representatives of psychosomatic medicine and psychotherapy. His particular research interests include eating disorders, functional disorders and psychosomatic disorders accompanying physical illness.

Contact: wolfgang.herzog@
med.uni-heidelberg.de

“Being ill and getting well must always be described in terms of a combination of biological, psychological and social factors.”