

9. PSYCHISCHE REAKTIONEN BEI ORGANISCHEN ERKRANKUNGEN:

Klinische Psychologie beschäftigt sich mit:

- > psychischen Störungen
- > psychischen Aspekten körperlicher Störungen oder Krankheiten
- > psychischen Krisen, die durch besondere Lebensumstände ausgelöst werden

2 wichtige Akzentuierungen:

- * Klinische Psychologie = Psychologie der somatischen Störungen
- * Klinische Psychologie = Teilgebiet der Psychologie, beschäftigt sich mit
 - > Entstehung,
 - > Diagnostik
 - > Therapie
 von psychischen Störungen (= typisch für angloamerikanischen Sprachraum!)

*** Deutscher Sprachraum:**

- > **Anfang 50er Jahre:** Klinische Psychologie befaßt sich **primär mit körperlichen Erkrankungen**
- > **Anfang 60er Jahre:** Klinische Psychologie interessiert sich weniger für somatische Störungen, sondern mehr für **normale und abnormale Persönlichkeiten, die Verhaltensstörungen zeigen oder psychische Probleme haben**; daneben **stärkere Betonung des sozialen Umfeldes**

*** engerer Kernbereich der Klinischen Psychologie = psychische Störungen und Krisen.**

Folge -> Entwicklung von Zweigen der Psychologie, die sich mit dem Zusammenhang körperlicher Erkrankungen und psychischer Ursachen oder Reaktionen befassen, wie z.B.

- Psychosomatik
- Verhaltensmedizin
- Rehabilitationspsychologie
- klinische Neuropsychologie
- Gesundheitspsychologie

-> Klinische Psychologie UND Gesundheitspsychologie = Teilgebiet der Psychologie, das für gesamtes Gesundheitswesen von Nutzen ist

* Warum haben psychische Aspekte somatischer Störungen bzw. Erkrankungen so großen Stellenwert?

1) „Panoramawechsel des Krankheitsspektrums“:

Verschiebung der vorherrschenden Krankheits- und Todesursachen weg von Infektionskrankheiten hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen. Lassen sich zurückführen auf:

-> Lebensstil (Risikofaktorenkonzept)

-> steigendes Lebensalter mit Gefahr der Multimorbidität

70% der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf chronisch kranke Patienten, daher: hier hat Klinische Psychologie weites Betätigungsfeld

=> Erhöhung oder Erhaltung der Selbständigkeit der Betroffenen

=> größtmögliche Lebensqualität

2) Vielfältige Ursache-Wirkung-Verkettungen des Erlebens und Verhaltens über das ZNS und das Hormon- und Immunsystem:

* **emotionale Prozesse können Immuntätigkeit beeinflussen** (-> immunologische Reaktionen können durch Lernprozesse modifiziert, d.h. unterdrückt / verbessert werden)

* gezielte psychologische Interventionen (z.B. Schmerzbewältigungstraining bei Rheuma-Patienten) -> zumindest **vorübergehende Änderungen der Krankheitsaktivität** (zeigt sich sogar in den Laborwerten!)

* **Angehörige**, die durch Langzeitpflege z.B. geriatrischer Patienten belastet sind -> **Einbußen in der Immunabwehr**

* **Hormonsystem** hat Einfluß darauf, daß **Männer und Frauen unterschiedliche Erkrankungen** bekommen, unterschiedlich auf Behandlung ansprechen, unterschiedliche Krankheitsverläufe haben

3) differenziertere Betrachtung von Krankheitsprozessen:

biologisch-medizinische und psychologische Determinanten bilden zwar eine

unauflösliche Einheit,

ABER: **für Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Krankheitsprozessen** können trotzdem **unterschiedliche Prozesse ausschlaggebend** sein:

-> **traumatisierende Erlebnisse und kritische life-events** können Entwicklung von Störungen in Gang setzen oder begünstigen (-> Gesundheit und Krankheit weisen biographische Aspekte auf!!!)

-> **Umgebungs- und soziale Bedingungen** sind verantwortlich für Persistenz von Krankheitsprozessen

-> **Situations- und Persönlichkeitsfaktoren** haben große Bedeutung für den Umgang mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen

-> **Individuelle Modelle und Zeitströmungen** beeinflussen Ausformung

bestimmter Krankheitsbilder (z.B. „chronic fatigue syndrome“)

BEISPIEL: Einfluß von Persönlichkeitsfaktoren auf koronare Herzerkrankungen:

1) 2 Arten koronarer Herzkrankheit:

a) Angina pectoris:

- > anfallsartige Schmerzen hinter dem Brustbein
- > Hauptursache = unzureichende Sauerstoffversorgung des Herzens durch Arteriosklerose der Herzkranzgefäße (Verengung oder Verhärtung durch Ablagerung von Fettsubstanzen)
- > selten ernsthafte Schädigung des Herzmuskels, da Blutzufuhr zwar reduziert, nicht aber unterbrochen

b) Myokardinfarkt

- > eine der Haupttodesursachen
- > Ursache = Sauerstoffmangel durch allgemeine Unterversorgung des Herzens als Folge einer Koronarsklerose oder eines Koronarverschlusses (= plötzliche Verstopfung der großen Herzarterie durch Ablagerungen oder Blutpfropf)
- > Folge: Absterben von Herzmuskelgewebe

2) Risikofaktoren für koronare Herzerkrankung:

- > Alter
- > Geschlecht (Männer sind gefährdeter)
- > Rauchen
- > Hypertonie
- > erhöhter Cholesterinspiegel
- > Vergrößerung des linken Herzventrikels (siehe EKG)
- > Diabetes

aber auch psychologische Ursachen:

- > Streß
- > Persönlichkeit
- > **Typ-A Verhaltensmuster:** stark wettbewerbsorientiert, leistungsmotiviert, ausgeprägter Sinn für Zeiteinteilung, Aggressivität und Feindseligkeit den Mitmenschen gegenüber; erledigen meist mehrere Dinge gleichzeitig, arbeiten zu viel.

Dagegen: **Typ-B Verhaltensmuster:** entspannt und frei von solchem Druck, haben daher andere Erkrankungen

Typ-C Verhaltensmuster entwickelt eher Krebserkrankung (unterdrücken Ärger, Feindseligkeit und Aggression, sind abhängig von anderen Personen)

- 4) Im Rahmen psychologischer Interventionen zur Behandlung von Störungen oder Krankheiten werden immer häufiger bewältigungsorientierte Ansätze verwendet. (früher dagegen mehr erklärungsorientierte)

5) Begriff „Krankheitsverhalten“:

- > bezieht sich auf ALLE Krankheitszustände
- > im **englischsprachigen Raum Unterscheidung** von:
 - * **disease** (= somatischer Aspekt)
 - * **illness** (= subjektive Komponente): = Art und Weise, wie Individuen Symptome wahrnehmen, bewerten und darauf reagieren
 - > „**abnormes Krankheitsverhalten**“: meint den psychopathologischen Bereich
 - > „**unangemessenes Krankheitsverhalten**“: wenn eine Diskrepanz zwischen somatischem Befund und subjektivem Befinden / Verhalten nachweisbar ist; **Folge**:
 - wegen körperlicher Beschwerden ohne nennenswerten organischen Befund wird das Gesundheitssystem in Anspruch genommen (**Krankheitsbegründung**)
 - trotz des Vorliegens behandlungsbedürftiger organischer Befunde wird das Gesundheitssystem nicht in Anspruch genommen (**Krankheitsverleugnung**)

=> Mit **zunehmender Chronizität** einer Erkrankung wird das **Krankheitsverhalten immer wichtiger**, weil der Zusammenhang zwischen Befund und Befinden schwindet.

=> **Chronische Beschwerden** werden **immer stärker** von psychosozialen Belastungen, Depressivität, Krankheitsüberzeugungen und Krankheitsverhalten **beeinflusst**

=> beim **Übergang von einer akuten zu einer chronischen Erkrankung** finden **Lernprozesse** statt -> Krankenrolle wird mit der Zeit immer mehr internalisiert

und

fixiert; Ursachen dafür sind:

- > **individuelle Faktoren** (z.B. Interozeption, Symptombewertung, Einstellungen, emotionale Labilität,...) UND
- > **gesellschaftliche Faktoren** (z.B. zunehmende Medizinalisierung von trivialen Symptomen, überzogene Erwartungen hinsichtlich der Behandelbarkeit von Krankheiten,...)

A) LIFE-EVENT-FORSCHUNG:

- a) kritische Lebensereignisse im Vorfeld von somatischen Erkrankungen können sein:
- > **negative Ereignisse**, wie z.B. Verlust eines nahen Angehörigen, Tod, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, ...
 - > **positive Ereignisse**, wie z.B. Heirat, Geburt eines Kindes,...

b) Lebensbedingungen können:

- > für eine raschere Rückbildung von Krankheitszuständen ausschlaggebend sein,
- > das Fortschreiten einer Erkrankung (= Progredienz) verlangsamen
- > die Häufigkeit von Rückfällen vermindern, bzw. Rückfälle verhindern

Dabei unterscheidet man

1) **retrospektive Untersuchungsansatz:**

Person stuft rückwirkend die Bedeutung möglicher Lebensereignisse ein;

Nachteil: es können falsche Ursachenzuschreibungen vorgenommen werden

2) **prospektive Untersuchungsansatz:**

Lebensereignisse werden identifiziert und festgehalten; dann wird untersucht, wie die Entwicklung der Person aussieht (d.h. ob vermehrt Erkrankungen auftreten und welche);

Nachteil: man braucht sehr große Anzahl von Personen, um relevante Aussagen treffen zu können, hohe Ausfallsrate, lange Beobachtungszeiträume

Daher: oft Wahl eines **kombinierten Beobachtungsansatzes**, d.h. Erkrankte werden rückblickend nach den ihnen wichtigen Lebensereignissen befragt, die mit ihrer Krankheit im Zusammenhang stehen könnten; diese Ergebnisse werden prospektiv in Hinblick auf Krankheitsverlauf Restitution, Rückfallrate, usw. untersucht

Merke:

* **subjektive Bedeutung der Lebensereignisse spielt eine große Rolle**

* anstatt „krankmachende“ Bedingungen zu identifizieren, untersucht man, welche **Voraussetzungen** gegeben sein müssen, **damit Personen bei gleicher Belastung Krankheit NICHT entwickeln** (vgl. Salutogenese)

c) daily hassles:

- > = kleine Alltagsärgernisse
- > werden seit ca. 20 Jahren erforscht, weil auch sie vulnerabel machen können
- > dazu gehören z.B. täglicher Verkehrsstau, offene Zahnpastatube, herumliegende Katzenhaare, etc.

B) COPING:

* = **Prozeß der Bewältigung**, d.h.

- > Art und Weise, wie eine Person mit einem Lebensereignis (z.B. Diagnose einer schweren Krankheit) umgeht
- > welche Bewältigungsstrategien kann Person entwickeln
- > kann sie diese nur denken oder auch ausführen

Fazit: **Coping = Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern**

* Forschung über belastende Ereignisse und ihre Bewältigung geht zurück auf **LAZARUS'**

Transaktionales Streßmodell:

- > Beurteilung einer Situation
- > Einschätzung der Möglichkeiten, mit dieser Situation umzugehen = kognitive Bewertung (Primärbewertung / Sekundärbewertung / Neubewertung)

* **5 Hauptaufgaben des Coping:**

- 1) Einfluß schädigender Umweltbedingungen soll reduziert, Aussicht auf Erholung verbessert werden
- 2) Negative Ereignisse oder Umstände sollen toleriert bzw. der Organismus an sie angepaßt werden
- 3) Positives Selbstbild soll aufrechterhalten werden
- 4) emotionales Gleichgewicht muß gesichert werden
- 5) Befriedigende Beziehungen mit anderen Personen sollen fortgesetzt werden

* **Streßbewältigung - 4 Bewältigungsarten:**

- 1) Informationssuche
- 2) direktes Handeln
- 3) Unterlassen von Handlungen
- 4) intrapsychisches Bewältigen

* **Bewältigungsstrategien können sich äußern z.B. durch:**

- aggressive Konfrontation
- Problemlösen
- Distanzieren
- Selbstkontrolle
- Vermeidung
- Neuinterpretation

C) SOZIALES NETZWERK:

- * = **Gesamtheit an sozialen Beziehungen** zwischen einer definierten Menge an Personen, Rollen oder Organisationen (Familien, Freundschaften, etc.)
- * **Jede Person befindet sich in irgendeiner Form eines sozialen Netzwerkes:**
 - Familie oder Freunde, die man in schwieriger Situation um Rat bittet
 - Mitglied in irgendeinem Organisationssystem (z.B. Partei, Freizeitclub)
- * **Soziale Netzwerke definieren sich durch**
 - > **soziale Integration** (= Einbettung in ein soziales Netzwerk)
 - > **soziale Unterstützung** (setzt sich zusammen aus erhaltener und wahrgenommener Unterstützung)
- * **Wirkungsweisen:**
 - > **Main-Effekt:** = allgemeine Einbettung in einem sozialen Netzwerk
 - > **Puffer-Effekt:** Effekt des Netzwerkes in einer Krisensituation
- * Soziale Netzwerke **spielen große Rolle bei Entstehung von Krankheiten** und deren Verlauf (z.B. bei Verwitweten, Geschiedenen, Menschen ohne sozialen Rückhalt)

D) COMPLIANCE:

- * = **Einhaltung von professionellen Anweisungen zu**
 - > Einnahme von Medikamenten,
 - > Einhaltung von Therapieempfehlungen (z.B. Arztterminen, Änderungen der Ernährung z.B. bei Diabetes, Teilnahme an Bewegungs- oder Sportprogrammen,...)
 - > ist als Änderung des Lebensstils zu verstehen
 - * Heutzutage **Umdenken vom direktiven zum eher non-direktiven Modell:**
 - > **direkte Compliance:** Einhalten von Vorschlägen und Regeln entsprechend vorgegebener Vorschriften und Maßnahmen
 - > heute eher **interaktives Modell:**
 - gemeinsames Erarbeiten von Strategien zur Bewältigung
 - mündiger Patient (ist informiert, fühlt sich verstanden, kennt sich mit seiner Behandlung aus, interessiert sich für seine Gesundheit, kümmert sich um seine Gesundheit -> gute Compliance!)
- => Nur ein Patient, der vom Behandlungsvorschlag und der dahinterstehenden Theorie oder Auffassung des Experten überzeugt ist, wird eine gute Compliance an den Tag legen;
 ABER: nur ca. 1/3 der Patienten sind wirklich compliant!!!

E) SUBJEKTIVE THEORIEN FÜR GESUNDHEIT UND KRANKHEIT:

* **Einbeziehen der subjektiven Theorien eines Patienten** für Gesundheit und Krankheit ist sehr wichtig für Entstehung, vor allem aber für Behandlung der Krankheit!

* **health beliefs** = Grundannahmen eines Menschen, was er tun muß, um seine Gesundheit aufrecht zu erhalten, Krankheiten zu beseitigen oder ihren Verlauf zu beeinflussen

* **Subjektive Theorien für Gesundheit und Krankheit** (SCHWARZER 1997):

- > Health Belief Modell von BECKER
- > Salutogenese nach ANTONOVSKY
- > Kontrollüberzeugungen nach ROTTER
- > Selbstwirksamkeitserwartungen (= self efficacy) nach BANDURA
- > Konzept der Hardiness nach KOMBASA

* **Facetten der mentalen Repräsentationen von Krankheiten:**

- > assoziative Verknüpfungen von Symptomen mit einem Etikett
- > Annahmen über die Krankheitsursache
- > Erwartungen bezüglich der Folgen einer Krankheit
- > Annahmen über die zeitliche Erstreckung einer Krankheit
- > Annahmen über die Kurabilität einer Krankheit

* **„Salutogenese“:** = alle Überlegungen, die sich damit beschäftigen, warum eine Person, die denselben Stressoren und denselben Bedingungen mikrobiologischer oder ökologischer Art ausgesetzt ist wie einer erkrankte Person, eine bestimmte Krankheit nicht entwickelt

F) PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIONEN BEI SOMATISCH ERKRANKTEN PERSONEN:

* **Nicht jede Person** mit einer körperlichen Erkrankung **will oder braucht psychologische Behandlung**

* **Man muß unterscheiden zwischen**

- > Patienten, die aktiv psychologische Behandlung suchen
- > Patienten, denen es mit Hilfe psychologischer Beratung gelingen könnte, ihre Krankheit zu bewältigen und ihre Lebensqualität zu verbessern

* **Elemente psychologischer Behandlung zur Erhaltung der Lebensqualität:**

- > Information und konkrete Hilfsmaßnahmen
- > Erfassen von Ressourcen und Barrieren
- > Förderung von Bewältigungs- und Belastungsfähigkeiten
- > Hilfe zur Selbsthilfe
- > Aufbau eines sozialen Netzwerkes
- > emotionale Unterstützung und Antizipationstraining
- > Erhöhung der Compliance
- > Förderung der Motivation
- > Einbeziehen subjektiver Krankheitstheorien und Gesundheitsvorstellungen

G) PRÄVENTION:

=> psychische und somatische Störungen sollen **verhütet oder zumindest auf ein Minimum reduziert** werden