

Psychosomatische Aspekte des Asthma bronchiale

Psychological Aspects of Bronchial Asthma

Autor

W. Wöller

Institut

Klinik für Psychosomatische Medizin, Rhein-Klinik, Bad Honnef

Schlüsselwörter

- Asthma bronchiale
- Krankheitsverhalten
- Psychosomatik
- Compliance

Key words

- Bronchial asthma
- illness behavior
- psychological factors
- compliance

Peer reviewed article

eingereicht: 02.06.2008

akzeptiert: 10.06.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1081203

Z Allg Med 2008; 84: 289–295

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse**W. Wöller**

Rhein-Klinik

Klinik für Psychosomatische
Medizin

Luisenstr. 3

53604 Bad Honnef

wolfgang.woeller@johannes-
werk.de**Zusammenfassung**

Das Asthma bronchiale ist eine chronische körperliche Erkrankung, bei der psychische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen können. Obwohl es keine Hinweise auf eine für Asthma-Patienten spezifische Persönlichkeitsstruktur gibt, konnte vor allem für die folgenden psychosomatischen Faktoren ein Einfluss auf den Krankheitsverlauf nachgewiesen werden: Schwere Anfälle können durch starke Emotionen ausgelöst werden, typischerweise im Zusammenwirken mit allergischen und anderen Faktoren. Eine depressive Komorbidität ist von großer Bedeutung, da sie die Lebensqualität und auch die Therapie-Compliance negativ beeinflusst. Non-Compliance gegenüber der antiasthmatischen Therapie und die Vermeidung oder Verzögerung ärztlicher Hilfe in Notfallsituationen sind typische Muster maladaptiven Krankheitsverhaltens, die vor dem Hintergrund der anhaltenden Mortalität im Gefolge schwerer Anfälle besondere Aufmerksamkeit verdienen. Unter den Patienten mit maladaptivem Krankheitsverhalten finden sich solche, die das medizinische Versorgungssystem überbeanspruchen, und solche, die es zu wenig nutzen. Negative Einstellungen gegenüber der antiasthmatischen Medikation, besonders einer Kortison-Medikation, und die Neigung zur Vermeidung oder Verzögerung der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe können Ausdruck einer psychischen Konfliktproblematik sein. Es wird empfohlen, bei allen Asthma-Patienten routinemäßig ein Interview zu führen, das es gestattet, emotionale Belastungsfaktoren, eine depressive Komorbidität und maladaptive Muster des Krankheitsverhaltens zu identifizieren. Wenn erforderlich, sollten psychotherapeutische Interventionen entsprechend der spezifischen Problemlage der Patienten eingeleitet werden.

Abstract

Bronchial asthma is a chronic medical condition where psychological factors can play an important role. While there is no evidence of a specific asthma personality, the following psychological factors have been found to influence the course of the illness: First, severe attacks can be triggered by heavy emotions, typically in conjunction with allergic or other factors. Second, depressive comorbidity is a common phenomenon which negatively affects life quality and treatment compliance. Third, non-compliance with antiasthmatic medication and the tendency to avoid or delay medical help in emergency situations are typical patterns of maladaptive illness behavior which deserve attention in light of persistent mortality from severe attacks. With regard to the utilization of medical services, patients with maladaptive illness behavior can be divided into overusers and underusers. Negative attitudes toward antiasthmatic medication, esp. cortisone medication, and the tendency to avoid medical help often reflect major psychological problems. It is strongly recommended to administer a routine interview to all asthma patients which allows for identifying emotional stressors, depressive comorbidity and maladaptive patterns of illness behavior. If necessary, psychotherapeutic interventions should be planned according to the specific needs of the patients.

Einleitung

Obwohl das Asthma bronchiale zu den medizinisch prinzipiell gut behandelbaren Erkrankungen zählt und insofern dem Diabetes mellitus und der Hypertonie vergleichbar ist, ist es trotz umfangreicher pharmakotherapeutischer Fortschritte in den letzten Jahrzehnten nicht zu einem Rückgang, sondern eher noch zu einem Anstieg der Morbidität gekommen [1,2]. Hinzu kommt eine noch immer beträchtliche Mortalität im Gefolge schwerer Anfälle [3,4]. Auch wenn die Gründe für den Morbiditätsanstieg komplexer Natur sind [5] und ein weiterer Anstieg in den letzten Jahren nicht beobachtet werden konnte [6], müssen alle Faktoren, die zur Symptommanifestation und Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen, ein hohes Interesse beanspruchen. Insgesamt erscheint die Lebensqualität bei Asthma bronchiale deutlich vermindert zu sein [7,8]. Auch bei leichterem Asthma kann die Minderung der Lebensqualität beträchtlich sein [9].

Von psychosomatischer Seite wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Manifestation und der Verlauf der Erkrankung durch psychogene Faktoren beeinflusst werden können [10]. Die Bedeutung und Gewichtung der psychosozialen Einflüsse auf die Krankheitsentstehung war in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts häufig Gegenstand kontroverser und zum Teil polemisch geführter Diskussionen zwischen Psychosomatikern und internistisch-pulmologischen Spezialisten [11]. Nachdem sich die – aus heutiger Sicht zu weit gespannten – Hoffnungen auf eine umfassende Symptombeeinflussung durch psychotherapeutische Interventionen nicht erfüllt hatten, wurden psychosomatische Zusammenhänge bei der Entwicklung von Behandlungsrichtlinien zunehmend weniger beachtet. In der praktischen Versorgungsrealität ist jedoch vor allem der primärärztliche Behandler mit den Auswirkungen der psychosomatischen Einflüsse konfrontiert, ohne dass ihm hierfür in ausreichendem Maße transparente Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen.

Im Folgenden sollen daher die wichtigsten Befunde zusammengetragen werden, die die Bedeutung psychosomatischer Einflussfaktoren auf den Krankheitsverlauf bei Patienten mit Asthma bronchiale belegen.

Psychogene Anfalls(mit)auslösung

Über lange Zeit wurde diskutiert, ob Asthma-Patienten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. So wurden Asthmatikern immer wieder bestimmte, vor allem abhängige Persönlichkeitszüge zugeschrieben [12]. Die Diskussion kann insofern als abgeschlossen gelten, als heute Einigkeit darüber besteht, dass von einem spezifischen Persönlichkeitsprofil bei Asthma-Patienten nicht gesprochen werden kann. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die frühen Befunde zu persönlichkeitsbedingten Auffälligkeiten nicht auf repräsentativen Stichproben, sondern auf selektierten Populationen beruhten. Zudem können viele der beschriebenen Auffälligkeiten auch krankheitsdependent sein [13].

Andererseits finden sich genügend Hinweise, dass es unter emotionaler Belastung zum verstärkten Auftreten von Asthma-Anfällen kommen kann. Berichte von Patienten über die Verschlechterung ihrer Asthma-Symptomatik lassen den Schluss zu, dass Veränderungen ihrer emotionalen Befindlichkeit zu einer Exazerbation der Erkrankung geführt haben [14]. Experi-

mentell konnte gezeigt werden, dass heftige emotionale Stimuli Bronchokonstriktion hervorrufen können [15–17]. Bei Familien mit einem asthmakranken Kind wurde gefunden, dass die Exposition gegenüber dem gleichen Allergen, gegen das eine Sensibilisierung bestand, nur in der Nähe der Eltern, nicht aber in anderer Umgebung und ohne Begleitung der Eltern zu einem Anfall führte [18]. Staub aus dem Elternhaus eines gegen Hausstaub allergischen asthmakranken Kindes konnte in ein Krankenzimmer gesprüht werden, ohne dass dies einen neuen Anfall auslöste [19].

Die relative Bedeutung psychischer im Vergleich zu somatischen Faktoren bei der Auslösung von Asthma-Anfällen kann nur geschätzt werden. Übereinstimmend wird davon ausgegangen, dass bei 50–70% aller Asthma-Anfälle – neben exogenen Auslösern wie Allergenen und Infekten usw. – eine Mitbeteiligung emotionaler Faktoren vorliegt. Die verschiedenen Einflüsse sind dabei nicht alternativ, sondern sich wechselseitig ergänzend wirksam. Eine ausschließliche Auslösung durch psychologische Faktoren ist dagegen selten [20,21].

Es ist nicht möglich, Asthma-Patienten zufrieden stellend nach der Dominanz bestimmter Auslösefaktoren zu klassifizieren. So lassen sich keine Subpopulationen mit klarer Trennung hinsichtlich der relativen Wertigkeit allergischer und emotionaler Faktoren identifizieren. Nicht nur werden Anfälle multifaktoriell ausgelöst, auch kann bei demselben Patienten ein Anfall zu einem Zeitpunkt primär durch Allergene, zu einem anderen Zeitpunkt vorrangig durch emotionale Belastung ausgelöst werden [22].

Versuche, die Qualität der emotionalen Belastung bei einer psychogenen Mitauslösung asthmatischer Symptome näher zu bestimmen, ergaben, dass asthmatische Symptome und Anfälle durch emotional gefärbte Situationen mit Aktivierung von Gefühlen der Angst oder Wut, aber auch durch freudige Empfindungen ausgelöst werden können. Zur asthmatischen Symptomauslösung kommt es vor allem, wenn Emotionen aufgestaut werden, die aus inneren oder äußeren Gründen nicht adäquat zum Ausdruck gebracht werden können [23]. Bei Kindern mit Asthma bronchiale wurden Asthma-Anfälle besonders in Trennungssituationen beobachtet, aber auch in solchen Situationen, die durch eine besonders starke Nähe zur Mutter oder Mutterersatzfigur charakterisiert waren [24]. Umgekehrt führte die Trennung schwer asthmakranker Kinder von ihrer Familie bei der Hälfte der untersuchten Kinder zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik [25]. Bei erwachsenen Asthmatikern ließ sich experimentell zeigen, dass die geschätzten Atemwegswiderstände während tiefenpsychologisch orientierter Interviews genau dann signifikant anstiegen, wenn Situationen angesprochen wurden, die einer unbewussten emotionalen Konfiguration „der Enttäuschung, des Verstoßen- und Im-Stich-Gelassen-Werdens, der Wehrlosigkeit und des Ausgeliefertseins“ entsprachen [26]. Asthma-Patienten erlebten vor schweren Anfällen typischerweise eine Unfähigkeit, sich zu wehren oder sich abzugrenzen, akute Trennungsängste oder das Gefühl, verlassen zu werden [20].

Depressive Komorbidität

Depressive Syndrome werden im Zusammenhang mit Asthma bronchiale häufig beobachtet [27]. Untersuchungen zur Prävalenz von Depressionen bei Asthma nennen Prävalenzraten zwischen 1–45% [28–32]. Ob Asthma-Patienten im Durchschnitt

tatsächlich depressiver sind als Personen ohne Asthma bronchiale, ist angesichts der widersprüchlichen Schlussfolgerungen der vorliegenden Studien bisher nicht geklärt. Allerdings tragen Asthma und Depression additiv zu einer deutlichen Minderung der Lebensqualität bei [33]. Depression und chronische Erkrankungen haben beträchtliche additive negative Effekte auf das Wohlbefinden der betroffenen Patienten [34, 35].

Einige Studien geben Hinweise, dass sich eine depressive Symptomatik direkt auf die Lungenfunktion auswirkt. So fand sich bei Asthma-Patienten ein Anstieg der respiratorischen Resistenz nach der Exposition mit depressiven Stimuli [36]. Personen mit Asthma und depressiven Symptomen hatten eine signifikant geringere FEV1 % im Vergleich zu Personen mit Asthma bronchiale, die keine depressiven Symptome aufwiesen [37].

Unzureichende Therapie-Compliance

Unzureichende Compliance ist bei Patienten mit Asthma bronchiale häufig die Ursache einer persistenten Beschwerdesymptomatik [38]. Bei mehr als der Hälfte der Asthma-Patienten muss mit Non-Compliance gerechnet werden. Dabei kommt die medikamentöse Unterdosierung offensichtlich häufiger vor als die Überdosierung [39]. Zu berücksichtigen ist, dass subjektive und objektive Schweremaße nur gering miteinander korrelieren. Manche Patienten berichten über Symptomfreiheit bei deutlich pathologischen Lungenfunktionsparametern, während andere über schwere Symptome bei nur geringfügig veränderten objektiven Werten klagen [40].

Die Folgen der Non-Compliance reichen von Symptomverschlechterungen, Hospitalisierungen, Notarzteinsätzen bis zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Die Gründe für die Non-Compliance sind vielfältig. Inadäquate Instruktionen, ein ungenügendes Verständnis der Notwendigkeit einer langfristigen Medikation, ein zu komplexes und zeitaufwändiges Behandlungsregime und mangelnde Übung bei der Applikation inhalativer Medikamente wurden als Gründe nicht absichtsvoller Non-Compliance angegeben [41]. Absichtsvoller Non-Compliance lagen besonders Impulse zur Selbstschädigung, Autoritätskonflikte, subkultureller Druck und ein chaotisches Beziehungsumfeld zugrunde [42]. Interviews mit jugendlichen Asthma-Patienten identifizierten als Gründe für Non-Compliance Vergesslichkeit, Angst vor Nebenwirkungen, Bequemlichkeit und die Verleugnung der Tatsache der Erkrankung [43].

Es lässt sich zeigen, dass eine depressive Stimmungslage die Therapiecompliance negativ beeinflusst [34, 44]. Eine Metaanalyse [45] wies nach, dass bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und gleichzeitig bestehender Depression die Wahrscheinlichkeit von Non-Compliance im Vergleich zu solchen ohne Depression um das Dreifache erhöht ist. Asthma-Patienten, die weniger als 70 % der verschriebenen Dosis inhalativer Medikamente einnahmen, hatten signifikant erhöhte Depressionswerte [46]. Depressionen können die Therapie-Compliance und das Selbstmanagement auf verschiedene Weise beeinflussen: Zum einen kann eine depressionsbedingte Hoffnungslosigkeit dazu führen, dass Patienten wenig Sinn darin sehen, die Medikation entsprechend der Vorschrift einzunehmen. Zum anderen können depressive Konzentrationsstörungen und Störungen anderer kognitiver Funktionen die für eine adäquate Compliance notwendigen Aktivitäten behindern [47, 48].

Darüber hinaus haben auch Persönlichkeitsfaktoren einen Einfluss auf das Krankheitsverhalten. Hierbei scheint vor allem die

Dimension der allgemeinen Ängstlichkeit eine wichtige Rolle zu spielen. Niedrigängstliche Patienten neigen dazu, eher zu wenig von den ihnen verschriebenen Medikamenten einzunehmen, während Hochängstliche dazu neigen, eher zu viel einzunehmen [49]. Betamimetika-Dosieraerosole, die laut Verordnung in Anpassung an die subjektiven Atembeschwerden („nach Bedarf“) zu applizieren waren, wurden von hochängstlichen Asthma-Patienten eher zu häufig als zu selten eingesetzt; von niedrig-ängstlichen Patienten wurden sie dagegen, unabhängig vom tatsächlichen Obstruktionsgrad, grundsätzlich sehr selten genommen [50]. Lediglich Patienten mit mittlerer Ängstlichkeit nutzen ihre Aerosole entsprechend den gemessenen Lungenfunktionsbefunden, d. h. bei stärkerer Obstruktion häufiger und bei geringerer Obstruktion seltener. Hochängstlichen Asthmatikern werden unabhängig vom Lungenfunktionsbefund mehr Kortikosteroide verschrieben als weniger ängstlichen Patienten, was in Zusammenhang mit der Art ihrer Beschwerdepräsentation gebracht wurde. Hochängstliche Patienten laufen daher Gefahr, auch unnötigerweise mit Kortikosteroiden behandelt zu werden. Umgekehrt werden niedrigängstlichen Patienten bei gleichem Lungenfunktionsbefund seltener Kortikosteroide verordnet, was impliziert, dass dieser Patientengruppe möglicherweise Substanzen vorenthalten werden, obwohl sie indiziert sind. Niedrigängstliche Patienten vermeiden medizinische Hilfe, auch wenn sie nötig ist, hochängstliche neigen dagegen zu übermäßigen Arztkontakten [51]. Während also ein Teil der Patienten einen hilflos-anklammernden Krankheitsbewältigungsstil und eine Tendenz zur medikamentösen Überversorgung sowie zur Überinanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigt, neigen andere Patienten zur Verleugnung ihrer Beschwerden, zur Bagatellisierung ihrer Funktionseinbußen und zur Vermeidung von Arztkontakten [52].

Arztvermeidendes Verhalten und die Mortalität durch schwere Anfälle

Ein schwer wiegendes Problem des Krankheitsverhaltens besteht in der Neigung zahlreicher Asthma-Patienten, die Schwere von Asthma-Anfällen zu unterschätzen und die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im schweren Anfall zu vermeiden oder lange hinauszuzögern. Eine Untersuchung der British Thoracic Association [53] über tödlich verlaufende Asthma-Anfälle fand, dass in über drei Viertel der Fälle der Schweregrad des Zustandsbildes von den Patienten oder deren Angehörigen nicht richtig eingeschätzt worden war und dass bei der Mehrzahl der untersuchten Patienten die medikamentöse Basistherapie mit Bronchodilatoren und Kortikosteroiden unzureichend dosiert oder, obwohl indiziert, nicht durchgeführt worden war. Weit über die Hälfte der Asthma-Patienten warteten trotz fehlender Besserung ihrer Beschwerden mehr als 48 Stunden, bevor sie ärztliche Hilfe aufsuchten [54]. Oft waren es gerade die schwerstkranken Patienten, die die dringend notwendige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe am längsten hinauszögerten [55].

Compliance-Defizite spielen bei Todesfällen offenbar eine wesentliche Rolle [56]. Eine britische gemeindebasierte Fallkontroll-Studie über 533 Fälle hob ebenfalls die Bedeutung psychosozialer Faktoren für ein erhöhtes Todesrisiko hervor [57]. Angstsymptome, depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen prädisponieren Patienten mit Asthma bronchiale offensichtlich zur Entwicklung einer lebensbedrohlichen Atemwegssituation [58]. Obwohl noch nicht schlüssig bewiesen ist,

dass psychische Faktoren für die tödlich oder nahezu tödlich verlaufenden Anfallsentwicklungen kausal verantwortlich sind, ist ein Zusammenhang zwischen psychischen Einflussfaktoren und den dramatischen Krankheitsverläufen empirisch hoch wahrscheinlich [59–61].

Irrationale Ängste vor einer Kortison-Medikation

Nicht wenige Patienten mit schwerem Asthma bronchiale berichten über Ängste vor einer Kortison-Medikation, die weit über die begründete Ängste vor den bekannten Nebenwirkungen dieser Substanzen hinausgehen. Die Ängste sind irrationaler Natur und erreichen vielfach das Niveau einer Kortisonphobie [62]. Häufig wird die Angst genannt, von Kortison abhängig werden zu können. Die Notwendigkeit, Kortison einzunehmen, wird von vielen Patienten als persönliche Niederlage erlebt. Die psychodynamische Exploration deckt in diesen Fällen typischer Weise Abhängigkeits- und Selbstwertkonflikte bei ambivalent erlebter emotionaler Unterstützung durch die nächste Bezugspersonen auf [63].

Es ließ sich zeigen, dass Patienten mit Asthma bronchiale, die die Beziehung zu ihrer nächsten Bezugsperson eher als nicht hilfreich beschrieben, nicht nur ihre Erkrankung schwerer akzeptieren konnten, sondern auch in stärkerem Maße zu irrationalen Kortison-Ängsten, zur Non-Compliance und zu artzvermeidendem Verhalten neigten. Ebenso finden sich Zusammenhänge zwischen den beschriebenen Mustern des Risikokrankheitsverhaltens, der Arzt-Patient-Beziehung und der Qualität der emotionalen Unterstützung durch die nächste Bezugsperson. Je problematischer die Arzt-Patient-Beziehung und je konflikthafter die Beziehung zu nächsten Bezugsperson erlebt wurde, desto stärker war die Tendenz zur Non-Compliance und die Neigung zu artzvermeidendem Verhalten [64].

Therapeutische Schlussfolgerungen

Es ist inzwischen unstrittig, dass eine konsequente und langfristig angelegte antiasthmatische Pharmakotherapie die Grundlage eines erfolgreichen Behandlungskonzepts sein muss [65–67]. Weiterhin sollte die Möglichkeit von Patientenschulungen genutzt werden. Mit ihrer Hilfe können die Patienten die notwendigen Kenntnisse über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie eine umfassende Kompetenz im Umgang mit ihr erwerben. Sie können lernen, Auslösebedingungen zu identifizieren, ihre Symptomwahrnehmung zu verbessern, Therapieanpassungen selbständig vorzunehmen und sich in Notfallsituationen richtig zu verhalten. Tatsächlich lässt sich durch die Teilnahme an Patientenschulungsprogrammen eine signifikante Reduktion von Anfallshäufigkeit, Krankenhausaufenthalten und Fehlzeiten am Arbeitsplatz und oft auch eine Verbesserung der Lebensqualität erreichen [68–71]. Eigene Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass durch Wissensvermittlung allein eine Beeinflussung maladaptiver Muster des Krankheitsverhaltens, vor allem der Compliance-Orientierung und des artzvermeidenden Verhaltens, nicht möglich ist [52].

Wahrscheinlich benötigt zumindest ein großer Teil der Patienten mit Asthma bronchiale keine darüber hinaus gehenden psychologischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen [72]. Es ist jedoch von großer Bedeutung, diejenigen Patienten zu identifizieren, deren Krankheitsverlauf in stärkerem Maße von psy-

chischen Einflüssen bestimmt wird. Die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale [73] weist darauf hin, dass die Einbeziehung (Diagnostik, Ansprache und Besprechung) der psychosozialen Situation von asthmaerkrankten Patienten „ein essenzielles Element der Asthmabehandlung“ ist. Weiter heißt es dort: „Psychosoziale Belastungen, krankheitsbezogene Ängstlichkeit und psychische Probleme wirken sich bei Erwachsenen ungünstig auf das Selbstmanagement aus. Psychosoziale Belastungen (Scheidung, Trennung, Alkoholismus, Gewalterfahrungen) sind bei Kindern und Jugendlichen prognostisch ungünstige Faktoren. Jedoch gilt auch umgekehrt, dass die Erkrankung zu einer Belastung der Familie werden kann. Darüber hinaus gibt es einen Anteil von Asthma-Patienten, die nicht nur Allgemeinärztliche, sondern fachliche psychotherapeutische Hilfe benötigen – aufgrund psychischer Komorbiditäten, die sich wiederum negativ auf das Selbstmanagement bei Asthma auswirken.“ Es ist daher erforderlich, einen Rahmen zu schaffen, der die Exploration möglicher psychosomatischer Einflussfaktoren auf den Krankheitsverlauf gestattet: Eine wiederkehrende psychogene Symptomauslösung, die Diagnose einer depressiven Komorbidität und die Erfassung maladaptiver Muster des Krankheitsverhaltens mit der Tendenz zu Compliance-Defiziten und artzvermeidendem Verhalten.

Für diese Untergruppe von Asthma-Patienten sollten gezielte Überlegungen angestellt werden, welche zusätzlichen psychotherapeutischen Maßnahmen hilfreich sein können. Die Vielfalt der möglichen Problemstellungen gestattet es nicht, ein einheitliches Konzept für die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale zu entwerfen. Stattdessen bedarf es einer individualisierten Therapieplanung. Mehrere Wege sind möglich:

- ▶ Bei depressiver Komorbidität sind antidepressive pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen indiziert [74]. Die erfolgreiche Behandlung einer komorbiden depressiven Störung kann der entscheidende Schritt zur Besserung der Therapiecompliance sein.
- ▶ Verhaltensmedizinische Patientenschulungen im Gruppensetting sind geeignet, neben der Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen eine Verbesserung des Gefühls der Selbstwirksamkeit und ein besseres Selbstmanagement der Erkrankung zu erreichen [75, 76]. Ziele derartiger Asthma-Verhaltenstrainings sind: Die Akzeptanz des Asthmas als chronische körperliche Krankheit, die aktive Mitarbeit bei der medizinischen Behandlung und die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle beim Asthma-Management. Entsprechende Trainingsprogramme werden in spezialisierten Einrichtungen zunehmend häufiger angeboten [77].
- ▶ Es gibt Hinweise dafür, dass Muskelentspannungstherapien geeignet sind, die Lungenfunktion zu verbessern [78].
- ▶ Je stärker die individuelle Konflikt- und Beziehungsproblematik in den Vordergrund tritt, desto eher sind psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne zu erwägen. Die Erkenntnis, dass Aspekte des Krankheitsverhaltens – wie die Non-Compliance gegenüber dringend benötigten Medikamenten auf der Basis irrationaler Überzeugungen oder die Verzögerung oder Vermeidung der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei schweren Anfällen – nicht nur mit dem Erleben der Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch mit Aspekten der Beziehung zur nächsten Bezugsperson verknüpft sind [52], machen deutlich, dass die genannten Formen des inadäquaten Krankheitsverhaltens nicht isoliert vom aktuellen Le-

bens- und Beziehungskontext der Patienten betrachtet werden können.

Die Auswahl eines psychotherapeutischen Verfahrens kann nur individuell erfolgen. Grundsätzlich kommen psychodynamische [79] oder kognitiv-behaviorale Therapieformen [80–82] in Betracht. Die Wirksamkeit eines kognitiv-behavioralen Behandlungsansatzes für Patienten mit Asthma bronchiale wurde kürzlich in einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüft [83]. Auch eine störungsspezifische psychodynamisch orientierte Gruppenmaßnahme, die die Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens mit einem psychodynamischen Verständnis der Zusammenhänge zwischen maladaptivem Krankheitsverhalten und aktueller Konfliktproblematik verbindet, hat sich als effektiv erwiesen [84].

Bei allen konfliktaufdeckenden Verfahren ist zu bedenken, dass unter der Therapie verstärkt Anfälle auftreten können. Ob eine konfliktaufdeckende Psychotherapie bei Asthma-Patienten ambulant durchgeführt werden kann, hängt vom objektiven Lungenfunktionsbefund ab. Bei schwereren Asthma-Formen mit stärker eingeschränkter Lungenfunktion sollte die psychotherapeutische Behandlung stationär in einer psychosomatischen Klinik erfolgen, in der auch eine internistische Notfallversorgung sichergestellt werden kann.

Bedauerlicherweise finden Asthma-Patienten den Zugang zur Fachpsychotherapie oft nur schwer. Die Gründe hierfür sind vielfältig; sie können auf Seiten der Patienten, der somatischen Behandler oder auch der Psychosomatiker und Psychotherapeuten liegen: Zum einen hindern die beschriebenen arztvermeidenden Tendenzen viele Asthma-Patienten daran, Hilfe bei einem Psychosomatiker oder Psychotherapeuten aufzusuchen, obwohl sie selbst psychische Momente als Einflussfaktoren erkennen können. Zum anderen fürchten nicht wenige Patienten, dass die Anerkennung psychischer Einflüsse dazu führen könne, dass ihre körperlichen Beschwerden nicht mehr genügend ernst genommen werden. Für viele Patienten gilt es als „Schwäche“, Probleme nicht selbst lösen zu können und auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein. Anderen Asthma-Patienten fehlt ein hinreichendes Verständnis für eine mögliche psychosomatische Mitauslösung ihrer Krankheitsmanifestationen, so dass sie psychologische oder psychosomatische Therapieansätze nicht als sinnvoll empfinden können. In der Verleugnung möglicher psychosomatischer Einflüsse werden sie nicht selten von ärztlicher Seite bestätigt, wenn behandelnde Ärzte der Möglichkeit einer psychosomatischen Mitauslösung der Krankheitssymptome skeptisch gegenüber stehen und deshalb nicht zur fachpsychotherapeutischen Mitbehandlung raten. Auf der Seite der psychotherapeutischen Versorgung stellen die oft langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz ein bedeutsames Hindernis für eine angemessene Versorgung dar. Schließlich scheuen sich nicht wenige Psychotherapeuten vor der Übernahme von Asthma-Patienten, weil sie fürchten, ihnen wegen unzureichender krankheitsspezifischer Kenntnisse nicht gerecht werden zu können. Die beschriebenen Schwierigkeiten sollten als Herausforderung betrachtet werden, neue Wege einer integrativen Versorgung der Patienten mit Asthma bronchiale zu gehen. Bislang muss die psychosomatische Mitbehandlung überwiegend von den Hausärzten geleistet werden. Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind dabei großem Wert, weil sie konzeptuell auf eine ganzheitliche Behandlung ausgerichtet sind, die die körperliche und psychische Problematik gleichermaßen berücksichtigt. Sie kann eine wichtige Brückenfunktion zur Fachpsychotherapie übernehmen.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Steering Committee). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351: 1225–1232
- 2 Dierkes-Globisch A, Merget A, Baur X. Die Prognose des Asthma bronchiale. *Versicherungsmedizin* 1998; 50: 50–54
- 3 Sears MR, Rea HH, Rothwell RP, O'Donnell TV, Holst PE, Gillies AJ, Beaglehole R. Asthma mortality: comparison between New Zealand and England. *Br Med J* 1986; 293: 1342–1345
- 4 Campbell DA. Psychosocial factors in asthma mortality. *Clin Asthma Rev* 1998; 2: 31–35
- 5 Mutius E von. Epidemiologie des Asthma bronchiale im Kindesalter. *Pneumologie* 1997; 51: 949–961
- 6 Anderson HR, Ruggles R, Strachan DP, Austin JB, Burr M, Jeffs D, et al. Trends in prevalence of symptoms of asthma, hay fever, and eczema in 12–14 year olds in the British Isles, 1995–2002: Questionnaire survey. *BMJ* 2004; 328: 1052–1053
- 7 Ford ES, Mannino DM, Homa DM, Gwynn C, Redd SC, Moriarty DG, Mokdad AH. Self-reported asthma and health-related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Chest* 2003; 123: 119–127
- 8 Bonala SB, Pina D, Silverman BA, Amara S, Bassett CW, Schneider AT. Asthma severity, psychiatric morbidity, and quality of life: correlation with inhaled corticosteroid dose. *J Asthma* 2003; 40: 691–699
- 9 Juniper EF. Effect of asthma on quality of life. *Can Respir J* 1998; 5 (Suppl A): 77A–84A
- 10 Alexander F. Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. 3. Aufl. Walter de Gruyter: Berlin-New York 1977
- 11 Cohen AL. Psychological factors. In: Clark TJH, Godfrey S, eds. *Asthma*. Saunders, Philadelphia 1977
- 12 Alexander F, French TM, Pollock GH. Psychosomatic specificity. Chicago, University of Chicago Press 1968
- 13 Meyer A-E, Weitmeyer W. Zur Frage krankheitsdependenter Neurotisierung. Psychosomatisch-varianzanalytische Untersuchungen an Männern mit Asthma bronchiale, Lungentuberkulose oder Herzvitien. *Arch Psychiat Z ges Neurol* 1967; 209: 21–37
- 14 Lehrer PM, Isenberg S, Hochron SM. Asthma and emotion: a review. *J Asthma* 1993; 30: 5–21
- 15 Dekker E, Groen J. Reproducible psychogenic attacks of asthma. *J Psychosom Res* 1956; 1: 58–63
- 16 Ritz T, Steptoe A. Emotion and pulmonary function in asthma: reactivity in the field and relationship with laboratory induction of emotion. *Psychosom Med* 2000; 62: 808–815
- 17 Lehrer PM, Feldman J, Giardino N, Song HS, Schmaling K. Psychological aspects of asthma. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 691–711
- 18 Lamont JH. Which children outgrow asthma and which do not? In: Schner HI, ed. *The asthmatic child*. Hoeber, New York 1963
- 19 Long RT, Lamont JH, Whipple B, Bandler L, Blom G, Burgin L, Jessner L. A psychosomatic study of allergic and emotional factors in children with asthma. *Am J Psychiatry* 1958; 114: 890
- 20 Oppermann M. Identifikation von Bedingungen, Situationen und Ereignissen, die für einen unmittelbar zurückliegenden schweren Asthmaanfall auslösend waren. Dissertation Fachbereich Medizin Universität Hamburg 1987
- 21 Rees L. Physical and emotional factors in bronchial asthma. *J Psychosom Res* 1956; 1: 98–114
- 22 Block J. Further considerations of psychosomatic predisposing factors in allergy. *Psychosom Med* 1968; 30: 202–208
- 23 Groen JJ. The psychosomatic theory of bronchial asthma. *Psychother Psychosom* 1979; 31: 38–48
- 24 Rogerson CH, Hardcastle DH, Duguid K. A psychological approach to the problem of asthma and the asthma, eczema prurigo syndrome. *Guy's Hosp Rep* 1935; 85: 289
- 25 Bastiaans J, Groen J. Psychogenesis and psychotherapy of bronchial asthma. In: O'Neill D ed. *Modern trends in psychosomatic medicine*. Butterworth, London 1954
- 26 Kuhn H, Engel RR, King U, Hörning G. Psychophysiologische Untersuchungen beim Asthma bronchiale. In: Zander W, ed. *Experimentelle Forschungsergebnisse in der psychosomatischen Medizin*. Beiheft zur *Z Psychosom Med Psychoanal* 10, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich 1981; 129–140
- 27 Thompson WL, Thompson TL. Treating depression in asthmatic patients. *Psychosomatics* 1984; 25: 809–812

- 28 Mancuso CA, Rincon M, MacCulloch CE, Charlson ME. Self-efficacy, depressive symptoms, and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Med Care* 2001; 39: 1326–1338
- 29 Sherwood Brown E, Khan DA, Nejtek VA, Rajan Thomas N, Mahadi SF. Depressive symptoms and functioning in asthmatic patients. *Primary Care Psychiatry* 2000; 6: 155–161
- 30 Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthmatic patients. *Thorax* 2001; 56: 266–271
- 31 Janson C, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 930–934
- 32 Vamos M, Kolbe J. Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 538–544
- 33 Opolski M, Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 18
- 34 Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, MacGlynn EA, Ware JE. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 62: 907–913
- 35 Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914–919
- 36 Ritz T, Claussen C, Dahme B. Experimentally induced emotions, facial muscle activity, and respiratory resistance in asthmatic and non-asthmatic individuals. *Br J Med Psychol* 2001; 74: 167–182
- 37 Krommydas GC, Gourgoulis KI, Angelopoulos NV, Kotrotsiou E, Raf-topoulos V, Molyvdas PA. Depression and pulmonary function in outpatients with asthma. *Respir Med* 2004; 98: 220–224
- 38 Cegla UH. Compliance: Die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Petermann F, Hrsg. *Asthma und Allergie*. Göttingen: Hogrefe 1997
- 39 James PN, Anderson JB, Prior JG, White JP, Henry JA, Cochrane GM. Patterns of drug taking in patients with chronic airflow obstruction. *Postgrad Med J* 1985; 61: 7–10
- 40 Rubinfeld AR, Pain MCF. Perception of asthma. *Lancet* 1976; 1: 882–884
- 41 Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health Beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Resp Med* 1999; 93: 88–94
- 42 Bryon M. Adherence to treatment in children. In: Midence K, et al, ed. *Adherence to treatment in medical conditions*. London: Harwood Academic 1996; 161–189
- 43 Buston KM, Wood SF. Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management. *Family Practice* 2000; 17: 134–138
- 44 Cluley S, Cochrane GM. Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respir Med* 2001; 95: 37–39
- 45 DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101–2107
- 46 Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 899–904
- 47 DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA* 1994; 271: 79–83
- 48 Tarback AF, Paykel ES. Effects of major depression on the cognitive function of younger and older subjects. *Psychol Med* 1995; 25: 285–295
- 49 Kleiger JH, Dirks JF. Medication compliance in chronic asthmatic patients. *J Asthma Res* 1979; 16: 93–96
- 50 Kinsman RA, Dirks JF, Dahlem NW. Noncompliance to prescribed-as-needed (PRN) medication use in asthma: Usage patterns and patient characteristics. *J Psychosom Res* 1980; 24: 97–107
- 51 Dirks JF, Jones NF, Kinsman RA. Panic-Fear: A personality dimension related to intractability in asthma. *Psychosom Med* 1977; 39: 120–126
- 52 Wöller W. Maladaptives Krankheitsverhalten bei Asthma bronchiale. Zentrales Beziehungsmuster als Determinante von Risikokrankheitsverhalten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1998
- 53 British Thoracic Association. Death from asthma in two regions of England. *Br Med J* 1982; 285: 1251–1255
- 54 Ellis E, Friend JA. How well do asthma clinic patients understand their asthma? *Br J Dis Chest* 1985; 79: 43–48
- 55 Sibbald B. Patient self care in acute asthma. *Thorax* 1989; 44: 97–101
- 56 Jorgensen IM, Bülow S, Jensen VB, Dahm TL, Prahl P, Juel K. Asthma mortality in Danish children and young adults, 1973–1994. *Epidemiology and validity of death certificates*. *Eur Respir J* 2000; 15: 844–848
- 57 Sturdy PM, Victor CR, Anderson HR, Bland JM, Butland BK, Harrison BDW, Peckitt C, Taylor JC. Psychological, social and health behaviour risk factors for deaths certified as asthma: a national case-control study. *Thorax* 2002; 57: 1034–1039
- 58 Alvarez GA, Fitzgerald JM. A Systematic Review of the Psychological Risk Factors Associated with Near Fatal Asthma or Fatal Asthma. *Respiration* 2007; 74: 228–236
- 59 Campbell DA. Psychosocial factors in asthma mortality. *Clin Asthma Rev* 1998; 2: 31–35
- 60 Mohan G, Harrison BD, Badminton RM, Mildenhall S, Wareham NJ. A confidential enquiry into deaths caused by asthma in an English health region: implications for general practice. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 529–532
- 61 Kolbe J, Fergusson W, Vamos M, Garrel J. Case-control study of severe life-threatening asthma in adults: psychological factors. *Thorax* 2002; 57: 317–322
- 62 Tuft L. „Steroid-phobia“ in asthma management. *Annals Allergy* 1979; 42: 152–159
- 63 Wöller W, Kruse J, Reister G, Winter P, Richter B, Arnolds S, Kraut D. Kortisonbild und emotionale Unterstützung durch Schlüsselfiguren bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Psychosom. Psychother med Psychol* 1993; 43: 171–177
- 64 Wöller W, Kruse J, Schmitz N, Richter B. Determinanten von Risikokrankheitsverhalten bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Psychother Psychosom med Psychol* 1998; 48: 101–107
- 65 Wettengel R, Berdel D, Krause J, Kroegel C, Kroidl RF, Leupold W, Lindemann H, Magnusson H, Meister R, Morr H, Nolte D, Rabe K, Reinhardt D, Sauer R, Schultze-Werninghaus G, Ukena D, Worth H. Empfehlungen zur Asthma-Therapie bei Kindern und Erwachsenen. *Med Klinik* 1998; 93: 639–650
- 66 Ukena D, Fishman L, Niebling WB. Asthma bronchiale – Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: 385–392
- 67 Buhl R, Berdel D, Criege CP, Gillissen A, Kardos K, Kroegel C, et al. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma bronchiale. *Pneumologie* 2006; 1: 139–183
- 68 Mühlhauser I, Richter B, Kraut D, Weske G, Worth H, Berger M. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on asthma. *J Internal Med* 1991; 23: 157–164
- 69 Rothe T. *Modernes Asthma-Management*. Bern: Huber 1998
- 70 Reinert M, Reinert U. Die Asthma-Schule. Alles was Patienten wissen und lernen müssen. Heidelberg: Hüthig/Barth 1997
- 71 Dhein Y, Barczok M, Breyer GO, Hellmann A, Oblinger P, Weber M, Gaus W, Bulenda D. Evaluation eines modularen, ambulanten Schulungsprogrammes für erwachsene Asthmatiker bei niedergelassenen Fachärzten – Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten, multizentrischen Studie. *Z ärztl Fortb Qualität Gesundheitswesen* 2006; 100: 431–439
- 72 Yorke J, Fleming S, Shuldham C. Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Resp Med* 2007; 101: 1–14
- 73 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin Hrsg. Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma bronchiale. (www.asthma.versorgungsleitlinien.de) *Dtsch Arztebl* 2005; 102: 2734
- 74 Zielinski TA, Sherwood Brown E, Nejtek VA, Khan DA, Moore JJ, Rush AJ. Depression in Asthma: Prevalence and Clinical Implications. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2 (5): 153–158
- 75 Petermann F, Niebank K, Petro W. Neuere Ergebnisse zur Patientenschulung bei Asthmatikern. In: Petermann G, Hrsg. *Asthma und Allergie*. Göttingen: Hogrefe 1997
- 76 Kosarz P. Ein verhaltensmedizinisches Modell des Asthma bronchiale. In: Zielke M, Sturm J Hrsg. *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz 1994; 640–648
- 77 Noecker M, Petermann F. Behandlungsmotivation bei Asthma: Determinanten und Optimierung im Kontext der Corticoidtherapie. In: Petermann F, Hrsg. *Asthma und Allergie*. Göttingen: Hogrefe 1997
- 78 Huntley A, White AR, Ernst E. Relaxation therapies for asthma: a systematic review. *Thorax* 2002; 57: 127–131
- 79 Rohrmeier F. *Langzeiterfolge psychosomatischer Therapien*. Springer, Berlin Heidelberg New York 1982
- 80 Maes S, Scholes M. Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: a pilot intervention study. *Soc Sci Med* 1988; 26: 359–364

- 81 Sommaruga CD, Spanevello A, Migliori GB, Neri M, Callegari S, Majani G. The effects of cognitive behavioural intervention in asthmatic patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 1995; 50: 398–402
- 82 Grover N, Kumaraiah V, Prasadrao PSDV, D'Souza G. Cognitive behavioural intervention in bronchial asthma. *J Asso Physi India* 2002; 50: 896–900
- 83 Grover N, Souza GD, Thenmarasu K, Kumaraiah V. Randomized controlled study of CBT in bronchial asthma. *Lung India* 2007; 24: 45–50
- 84 Deter HC. Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale. Indikation, Therapie und Ergebnisse der krankheitsorientierten Gruppentherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1986

Zur Person



Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker. Dozent an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit 2004 Leitender Abteilungsarzt an der Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bad Honnef.