

# PSYCHOHYGIENE

## Zur Psychologie des Alltags

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### Ungesunder Lebensstil als Risiko für seelische Störungen

Patienten, die einer seelischen Störung ausgeliefert sind, haben ein schweres Los. Je nach Erkrankung spielen dabei verschiedene Faktoren eine Rolle. Ein Aspekt allerdings, der nur selten angesprochen, geschweige denn konkret berücksichtigt wird, ist ein ungesunder Lebensstil. Welche ungünstigen Verhaltensweisen spielen hier eine Rolle, wer ist in welchem Ausmaß je nach Alter, Geschlecht usw. besonders betroffen und vor allem: was kann man, was sollte man tun? Dazu eine kurz gefasste Übersicht auf der Grundlage eines ambulanten und stationär behandlungsbedürftigen Patienten-Kollektivs einer psychosomatischen Poliklinik und Konsilambulanz.

„Gesundheit ist das höchste Gut“ und jeder vernünftige Mensch versucht, sich das durch gesunde Lebensweise auch zu erhalten. Meint man. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Entsprechende Untersuchungen in der westlichen Welt belegen: Die ungesunde Lebensweise hat Konjunktur, um es einmal ironisch auszudrücken. Der Einfluss entsprechender Aufklärung, einschließlich konkreter Mahnungen der Ärzte, ist begrenzt. Scheint sich sogar eher zurückzubilden.

Die Folgen sind jedem bekannt, theoretisch, ständig aus den Medien zu entnehmen und im persönlichen Umfeld registrierbar: Risikofaktoren → Gesundheits-Gefährdung → Krankheit, und dies auch noch selbst gebahnt, zumindest nicht aktiv verhindert. So werden die Fortschritte unserer Zeit und Gesellschaft, vor allem auf medizinischem Gebiet, wieder neutralisiert. „Unvernunft greift um sich“, so ein häufig zu hörender Kommentar aus allen möglichen Gesundheitsberufen.

Dies, so möchte man glauben, betrifft vor allem körperliche Erkrankungen. Dazu gibt es eine große Zahl entsprechender Untersuchungen, die eine deutliche Sprache sprechen. Im wachsenden Maße findet man dies aber auch bei seeli-

schen Störungen. Das verwundert auf den ersten Blick. Psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen scheinen sich doch auf einer ganz anderen Ebene zu entwickeln. Körperliche Belastungen führen zu körperlichen Beeinträchtigungen oder gar Krankheiten, und seelische Störungen sind ausschließlich seelischer Natur. Doch das stimmt nicht mehr bzw. stimmte noch nie. Nur fehlten bis jetzt die Beweise.

Das beginnt sich zu ändern. Man schaut jetzt genauer auf die körperlichen (Mit-)Ursachen seelischer Beeinträchtigungen oder gar Krankheiten. Einer dieser Beispiele wissenschaftlicher Erkenntnis auf diesem Gebiet ist die Untersuchung über den „*Ungesunden Lebensstil bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Konsilambulanz*“ der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz. Dort haben die Experten Dipl.-Psych. Till F. Beutel und seine Kolleginnen und Kollegen (Einzelheiten siehe der Literaturhinweis am Ende dieses Reports) die klinische Basisdokumentation der Jahre 2009 bis 2011 von fast 2.000 ambulant betreuten psychosomatisch erkrankten Patienten ausgewertet. Das ist – wie erwähnt – wohl erstmalig und bietet interessante, ja wegweisende Erkenntnisse aus dem Alltag und für den Alltag. Im Einzelnen, auf der Grundlage dieses Artikels in der Fachzeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (PPMR) 64 (2014) 378:

### **Seelische Störungen und ihre körperlichen Folgen**

Schon der erste Satz sollte aufhorchen lassen, auch wenn er der Fachwelt durchaus geläufig ist (bzw. sein sollte): „Bevölkerungstudien haben gezeigt, dass Patienten mit seelischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung körperlicher Erkrankungen (u. a. Diabetes, koronare Herzerkrankung, Schlaganfall) und eine reduzierte Lebenserwartung aufweisen“. Oder kurz: Seelische Störungen sind auch ein Risikofaktor für körperliche Krankheiten.

Nun gibt es dazu schon frühere Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass z. B. Depressionen und koronare Herzerkrankungen (also der Herzkranzgefäße) eng verbunden sind. Und deshalb haben auch depressive Patienten ein um das 1,9-fache erhöhtes Risiko einer koronaren Herzerkrankung. Noch deutlicher wird eine Studie aus den USA, die zeigen konnte bzw. musste, dass Personen mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte eine stark erhöhte Mortalität (also Sterblichkeitsziffer) für kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf-)Erkrankungen aufweisen. Das weibliche Geschlecht z. B. ein 14-fach erhöhtes Risiko für einen Tod an kardialer Ischämie (Durchblutungsstörung des Herzens).

Deshalb die Schlussfolgerung der Mainzer Experten: „Patienten mit seelischen Erkrankungen verlieren also auf 2-fache Art und Weise ihre Lebensjahre: sowohl durch die Belastung der seelischen Erkrankung als auch durch das deutlich erhöhte Risiko für (chronische) körperliche Erkrankungen“. Und weiter: „Noch heute haben Patienten mit neurotischen Erkrankungen eine um etwa

10 Jahre geringere Lebenserwartung als die unbelastete Bevölkerung (Männer -12,3 Jahre, Frauen -9,7 Jahre)“. Deshalb ist davon auszugehen, dass etwa 80% der reduzierten Lebenserwartung von Patienten mit neurotischen oder depressiven Störungen auf die koronare Herzerkrankung sowie Krebserkrankungen zurückgehen. Und – jetzt kommt das Entscheidende, weil selbst verursachend oder verhindernd – dass beide ganz wesentlich von einem ungesunden Lebensstil beeinflusst sind.

Wie äußert sich nun dieser so genannte „ungesunde Lebensstil“, dem die Mehrzahl (der Betroffenen) eher skeptisch gegenüber zu stehen pflegt.

An erster Stelle steht offenbar etwas besonders Unsympathisches, zumindest muss man diesen Eindruck gewinnen, wenn man die mangelhafte vernunftorientierte Umsetzung in Rechnung stellt: die körperliche Inaktivität. An zweiter Stelle das Rauchen. Beides erhöht also nicht nur das Risiko für körperliche Erkrankungen, sondern beeinflusst auch ungünstig den Verlauf seelischer Erkrankungen.

Nun möchte man meinen, dass z. B. die ursächlich völlig anders gelagerte Depression kaum körperlich beeinflusst werden kann. Beim Rauchen mag dies ja anders sein. Erstaunlicherweise haben aber entsprechende Behandlungs-Studien bewiesen, dass der antidepressive (also stimmungsaufhellende) Effekt körperlicher Aktivität dem von antidepressiv wirksamen Pharmaka (also Antidepressiva) vergleichbar ist. Oder kurz: Körperliche Aktivität ist so wirkungsvoll wie entsprechende Medikamente, sofern sie auch wirklich ausreichend umgesetzt werden kann.

Beim Rauchen mag man sich hier eher überzeugen lassen, zumal zahlreiche Studien den verhängnisvollen Zusammenhang von seelischen Erkrankungen und Nikotin-Konsum beschrieben haben. Denn auch hier kann ein starker Missbrauch den Verlauf depressiver Erkrankungen ungünstig beeinflussen. Oder noch drastischer: Rauchen erhöht bei anfänglich Gesunden schon das initiale Risiko für eine Depression. Das Gleiche gilt übrigens auch für Angststörungen, die man inzwischen als noch häufiger vermutet.

Nun liegen aber in Deutschland bisher keine systematischen Erhebungen vor, was das Gesundheitsverhalten von so genannten klinischen Populationen mit seelischen Erkrankungen anbelangt, d. h. ambulant und stationär behandlungsbedürftigen Patienten. Deshalb untersuchten die Mainzer Experten die so genannte Prävalenz (relative Häufigkeit) der wichtigsten Lebensstil-Risiken. Und das wären körperliche Inaktivität, Rauchen und Adipositas (Fettleibigkeit) als Folge eines ungesunden Ess-Verhaltens.

Dabei wurden Routine-Daten von Patienten ausgewertet, die – wie erwähnt – zwischen 2009 und 2011 in der Poliklinik und Konsilambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität

Mainz behandelt worden waren. Die ursprüngliche Zahl von fast 3.000 Patienten wurde nach sorgfältiger Auswahl auf rund 2.000 reduziert: 58% weiblich, Durchschnittsalter 42 Jahre, zwei Drittel in fester Partnerschaft, je ein Fünftel mit Hauptschulabschluss bzw. mittlerer Reife, 4 von 10 mit Fach-/Abitur, die meisten in Vollzeit berufstätig, etwa jeder Zehnte in Ausbildung, arbeitslos oder in Rente.

Die Hälfte der Diagnosen waren Depressionen: Nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 vor allem leichte depressive Episoden, aber auch die so genannte Zylothymia (manisch-depressive Erkrankungen) und Dysthymia (chronische Verstimmungen), gefolgt von Angststörungen (insbesondere phobische Störungen, Panikattacken, Generalisierte Angststörung u. a.) sowie Somatisierungsstörungen, früher als multiple psychosomatische Störungen bezeichnet, oder populär ausgedrückt: seelische Störungen, die sich körperlich äußern, aber ohne organischen Befund.

## **GESUNDHEITSVERHALTEN UND LEBENSSTIL**

Was wurde gefunden?

- Dreiviertel der Ambulanz-Patienten berichteten mindestens einen Risikofaktor, fast jeder Dritte zumindest zwei und 5% sogar drei. Diese Lebensstil-Risiken wiesen keinen signifikanten Geschlechtsunterschied auf.
- An erster Stelle stand die unzureichende körperliche Aktivität: 62% gaben an, nur 3- bis 4-mal pro Monat oder weniger bzw. überhaupt nicht mehr als 15 bis 20 Minuten am Stück körperlich aktiv gewesen zu sein (z. B. schnelles Gehen, Radfahren u. ä.). Ziemlich aktiv, d. h. 1- bis 2-mal pro Woche waren jeder Fünfte, sehr aktiv, d. h. 3- bis 4-mal pro Woche jeder Zehnte, überaus aktiv, also mehr als 5-mal pro Woche 6%.
- Im Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung, basierend auf einer repräsentativen Erhebung des Robert-Koch-Instituts mit über 21.000 Teilnehmern (so genannte GEDA-Studie) mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren aus dem Jahr 2009, wird der Unterschied besonders deutlich: In der Allgemeinbevölkerung gilt etwa jeder Dritte als körperlich inaktiv, bei den Patienten waren es fast doppelt so viel.
- Ein Drittel der untersuchten Patienten waren Raucher. Das entspricht allerdings in etwa dem Raucher-Kollektiv der Allgemeinbevölkerung (30%).
- Adipös waren 17,4% der psychosomatisch Erkrankten, etwas mehr als in der Allgemeinbevölkerung (15,8%).

- Hinsichtlich Lebensstil-Faktoren und psychische Belastung zeigte sich außerdem, dass körperliche Inaktivität und Rauchen mit höheren Depressivitäts- und Angstwerten sowie mehr körperlichen Symptomen verbunden waren. Adipöse Patienten wiesen ebenfalls höhere Depressivitäts-Werte und mehr somatische (körperliche) Symptome auf, unterschieden sich aber in der Schwere der Angst nicht von normal-gewichtigen Kranken. Rauchen und körperliche Inaktivität sind demnach die größeren Risiken.

## WAS KANN MAN TUN?

Inzwischen ist also deutlich geworden, sowohl in internationalen, als auch deutschsprachigen (wenngleich kleineren) Studien, dass ein ungesunder Lebensstil nicht nur zu körperlichen, sondern auch seelischen Erkrankungen führen kann. Das wurde allerdings bisher nicht systematisch als Versorgungs-Problem thematisiert. So stellt beispielsweise die nationale Versorgungsleitlinie *Depression* zwar fest, dass Menschen mit Depressionen ein erhöhtes Risiko für die Entstehung kardio-vaskulärer Erkrankungen haben. Empfehlungen, die auf die Veränderung eines ungesunden Lebensstils abzielen, lassen sich aber bisher nicht ausmachen, so die Mainzer Experten. Das sollte sich ändern, und zwar eben nicht nur mit Blick auf organische, insbesondere kardio-vaskuläre Leiden, sondern auch was seelische Erkrankungen anbelangt. Mit anderen Worten: Es müsste sich ein Problem-Bewusstsein bei jenen Patienten schaffen lassen, bei denen ein sinnvolles Gesundheitsverhalten zu wünschen übrig lässt. Kurz: Konkrete Empfehlungen im Rahmen der Behandlung, falls möglich schon vorbeugend.

Da gibt es aber noch Handlungsbedarf. In einer aktuellen Studie aus den USA wird berichtet, dass weniger als ein Drittel der dortigen Klinik-Therapeuten (Psychiater, Psychologen usw.) in ihrer Behandlung auch auf einen ungesunden Lebensstil eingingen. Bei organischen Leiden stellt sich dieses Verhältnis günstiger, sollte aber immer noch ausgebaut werden. Bei seelischen Leiden ist es nach wie vor selten (besonders dann, wenn die Therapeuten selber entsprechende Risiko-Faktoren aufwiesen, z. B. rauchten oder übergewichtig waren).

Inzwischen gibt es aber vor allem bei hospitalisierten psychisch Kranken konkrete Angebote zur Raucher-Entwöhnung, was die Wiederaufnahme-Rate bei Erkrankungs-Rückfall deutlich senken kann. Hier spielt sowohl der reduzierte Tabak-Konsum, als auch – gleichsam indirekt – eine gesteigerte Selbstwirksamkeits-Erwartung des Patienten eine Rolle, wie man das nennt, oder kurz. Ich schaffe das.

Das ist umso wichtiger, weil inzwischen deutlich wird: Eine entscheidende Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist heute nicht (mehr) von

technologischen Innovationen, sondern von Verhaltensänderungen zu erwarten, die die Gesundheit erhalten bzw. die Genesung nachhaltig stabilisieren. Und hier sind es insbesondere die Gesundheits-Risiken Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Ess-Verhalten sowie Substanz-Missbrauch (Nikotin, Alkohol).

Hier bieten sich dann als besondere, offenbar erst jetzt so richtig wahrgenommene Zielgruppe die seelischen Erkrankungen an. Denn zum einen weisen sie ein hohes Risiko für Lebensstil-Risiken auf, zum anderen müssen sie besonders hohe Barrieren für die notwendigen Verhaltensänderungen überwinden.

Interessant dabei ein häufig zu hörender Vorbehalt von einzelnen Psychotherapeuten, die beispielsweise befürchten ihre Patienten zu überfordern, wenn sie (auch noch) darauf bestehen, das Rauchen einzustellen oder Gewicht zu reduzieren. Offenbar sind viele damit zufrieden, wenn die geklagten Symptome etwas eingegrenzt und gemildert werden können, was bei zusätzlichen Belastungen noch schwieriger, vielleicht überhaupt nicht realisierbar sein könnte.

Das ist auf den ersten Blick sicher nicht unbegründet. Wenn man allerdings davon ausgeht, dass die erwähnten Aspekte ungesunder Lebensweise zu den (Mit-)Ursachen, vor allem aber unterhaltenden Risiko-Faktoren gehören, dann sieht es schon ganz anders aus. Dann gilt es nämlich nicht nur die Symptomatik zu mildern, sondern auch die Ursachen zu erkennen, zu verstehen, zu begrenzen und schließlich zu verhindern. Und dann kommt man um körperliche Inaktivität, Rauchen und Übergewicht nicht mehr herum.

Die Untersuchung aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz stellt unter diesem Aspekt einen wichtigen Verständnis- und Empfehlungs-Faktor dar. Man wird ihn auf Dauer nicht ignorieren können.

## LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist der Fachbeitrag

*Beutel, T. F., P. Weiser, R. Zwerenz, J. Wiltink, Claudia Subic-Wrana, M. Michal: **Ungesunder Lebensstil bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Konsilambulanz** in der Fachzeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (PPMR) 64 (2014) 378*

Dort auch ausführliche weitere, vor allem englisch-sprachige Fachliteratur.