



# Psychische Aspekte der rheumatoiden Arthritis

## Wie ansprechen? Wie behandeln?

### Zusammenfassung des Expertenmeetings „Rheuma trifft Psyche“ am 05.11.2015

**TEILNEHMER:** Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann, Graz; Mag. Sophie-Helene Hemberger, MedUni Wien; OA Dr. Raimund Lunzer, Barmherzige Brüder Graz-Eggenberg; Dr. Rudolf Puchner, Facharzt für Innere Medizin, Wels; OÄ Dr. Judith Sautner, Landeskrankenhaus Wien; OA Dr. Christoph Strehblow, Wilhelminenspital Wien; Univ.-Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling, MedUni Graz

Psychische Probleme sind bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) nicht selten, bleiben aber meist unerkannt und dadurch auch unbehandelt. Durch aufmerksames Beobachten und gezielte Fragen (*Tabelle 1<sup>1,2</sup>*) kann hinsichtlich Depression oder depressiver Verstimmung in der Praxis innerhalb von wenigen Minuten Klarheit geschaffen und Hilfe angeboten werden. Psychische Probleme zu erkennen und zu behandeln gibt Patienten mit RA nicht nur die Chance auf mehr Lebensqualität, sondern auch auf eine bessere Krankheitskontrolle. Denn der Krankheitsverlauf wird von psychischen Faktoren nachhaltig mitbestimmt.

Wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der RA haben

- der individuelle Umgang mit psychischen Konflikten sowie
- die bewusste und unbewusste Einstellung zur Erkrankung (Coping).<sup>3</sup>

Eine passiv-hinnehmende Einstellung gepaart mit dem Gefühl geringer Selbstwirksamkeit geht mit Hoffnungslosigkeit und Depression einher.<sup>4</sup> Angst und Depression verschlechtern nachweislich den Krankheitsverlauf, Katastrophisieren verstärkt die Schmerzsymptomatik und den Funktionsstatus.<sup>3,5</sup>

#### STRESS UND RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Nach heutigem Wissensstand gibt es keine spezielle Persönlichkeitskonstellation, die die Entwicklung einer RA begünstigt.<sup>6</sup> Patienten mit RA in Frühstadien der Erkrankung unterscheiden sich in ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht von Patienten mit anderen

chronischen Erkrankungen.<sup>7</sup> Puchner et al. fanden ebenso keinen Unterschied in den psychologischen Profilen von Personen mit und ohne RA.<sup>7</sup> Eigenschaften, wie gehemmte Aggressivität, Duldsamkeit oder Aufopferung, dürften keine prädisponierenden Faktoren, sondern Folge der RA sein.<sup>7</sup> Zahlreiche Untersuchungen belegen aber einen Zusammenhang zwischen einschneidenden Lebensereignissen oder Stressoren und der Manifestation einer RA (*Tabelle 2*).

In der Entstehung der RA spielt chronischer Stress eine Rolle. Ob und in welchem Zeitraum akuter Stress zu chronischem Stress wird, ist abhängig von Persönlichkeitsmerkmalen und individuellen Stressbewältigungsstrategien. Bindeglied zwischen Stress und RA ist die Wirkung von Katecholaminen auf das Immunsystem. Bei Patienten mit RA sind die Stressantwort und die Wirkung von Glukokortikoiden und Katecholaminen verringert. Dadurch wird die Produktion von TNF- $\alpha$  gesteigert und der Entzündungsprozess begünstigt.<sup>8</sup>

#### DEPRESSION UND RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Eine große Metaanalyse ergab eine Prävalenz der Major Depression bei RA von 16,8%.<sup>9</sup> Als mögliche begünstigende Faktoren wurden diskutiert:

- die Konfrontation mit einer chronischen Erkrankung,
- ungünstige Strategien zur Situationsbewältigung,
- mangelnde Behandlungserfolge und
- entzündliche Schmerzen, Müdigkeit, Funktionseinschränkungen und Schlafstörung.

**Tabelle 1: Fragen zur psychischen Situation von Patienten mit rheumatoider Arthritis**

- Was führt aus Ihrer Sicht zur Verschlechterung oder Verbesserung der rheumatoiden Arthritis?<sup>1</sup>
- Hat es, als die rheumatoide Arthritis begonnen hat/der letzte Schub aufgetreten ist, zu Hause, in der Familie oder in der Arbeit Veränderungen gegeben?<sup>1</sup>
- Welche Personen/Situationen gehen Ihnen besonders auf die Nerven? Warum? Was müsste geschehen, damit sich das ändert?<sup>1</sup>
- Haben Sie sich in den letzten beiden Wochen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt?<sup>2</sup>
- Haben Sie in den letzten beiden Wochen wenig Interesse und Freude dabei gehabt, etwas zu unternehmen?<sup>2</sup>

**Auswertung:**

Bei 2x „ja“ bei den letzten beiden Fragen besteht Verdacht auf Depression.

**Tabelle 2: Stress und Rheuma**

**Studien zu Stress und Rheuma zeigen**

- eine Häufung von psychologischen Stressoren und familiären Konflikten im Jahr vor Beginn der RA.<sup>17</sup>
- 3-mal häufigere Stressepisoden bei Personen mit RA im Vergleich zu Personen ohne RA<sup>18</sup>
- dass Copingstrategien, Yoga und Entspannungsstrategien stressbezogene Risiken vermindern konnten<sup>8</sup>

**Nachgewiesen wurde ein Zusammenhang zwischen:**

- Stress in der Kindheit (Missbrauch, körperliche und seelische Gewalt, Drogenabusus, Gefängisaufenthalt, Scheidung der Eltern) und dem Ausbruch einer Autoimmunerkrankung<sup>19</sup>
- chronischem und moderatem Arbeitsstress und dem Beginn einer RA.<sup>20</sup>
- leichtem und moderatem chronischem Stress (Familien- und Arbeitsstress) und der Aktivität der RA<sup>21</sup>, wohingegen Studien zu schwerem, akutem Stress widersprüchlich waren und den Verlauf der RA kurzfristig sogar vermindern konnten<sup>22,24</sup>
- Stress zu Erkrankungsbeginn und einer schnelleren radiologischen Progression<sup>21</sup>
- schwerem Stress und juveniler idiopathischer Arthritis: Kinder in Familien mit nur einem Elternteil und adoptierte Kinder erkrankten häufiger, das Risiko für einen Schub und die Krankheitsaktivität war höher<sup>22</sup>
- chronischem interpersonellen Stress und einer vermehrten IL-6-Produktion sowie einer verminderten Hemmung der IL-6-Produktion durch Glukokortikoide (in vitro)<sup>23</sup>

Depression ist sehr häufig mit chronischem Schmerz vergesellschaftet und vice versa, wobei ethnische Unterschiede bestehen.<sup>10,11</sup> Schlafstörungen können Depressionen begünstigen und sind häufige Begleitsymptome der Depression. Fatigue ist ein Phänomen der Depression, das es Patienten unmöglich machen kann, ärztliche Empfehlungen umzusetzen.<sup>12</sup>

Man geht heute von einem bidirektionalen Zusammenhang zwischen Depression und Entzündung aus. Proinflammatori-

sche Zytokine (IL-6 und IL-1) dürften den Metabolismus der Neurotransmitter im Gehirn negativ beeinflussen. Umgekehrt begünstigt die Depression einen ungesunden Lebensstil, vermindert die Adhärenz und fördert so die Entzündung.<sup>13,14</sup> RA erhöht speziell bei Einsatz von Glukokortikoiden das Risiko für kognitive Beeinträchtigungen.<sup>15</sup>

**THERAPEUTISCHE ANSÄTZE BEI DEPRESSION**

Bei jedem Patienten mit RA sollte an das mögliche Vorliegen einer Depression gedacht werden. Die Fragen in *Tabelle 1* ermöglichen es, sich einen Eindruck von der aktuellen psychischen Situation des Patienten zu machen.

Mit dem Beck Depressionsinventar FastScreen (BDI-FS) steht ein validierter Fragebogen mit sieben Fragen zur Verfügung, der sich sehr gut für Patienten mit chronischen entzündlichen Erkrankungen eignet, weil er keine somatischen Fragen enthält (<http://www.pearsonassessment.de/Beck-Depressions-Inventar-Fast-Screen-BDI-FS.html>). Bei entsprechender Routine kann der Verdacht auf eine Depression oder eine depressive Verstimmung in der Praxis innerhalb weniger Minuten gestellt werden.

Bei der Abklärung der Verdachtsdiagnose ist zu beachten, dass typische Anzeichen einer Depression, wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen, auch Symptome der RA selbst sein können. Im Zweifelsfall sollte Patienten die Zusammenarbeit mit Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiatern angeboten werden. Der Einstieg in das Thema Depression gelingt oft über das Ansprechen von Stress oder Schlafstörungen.

Therapieoptionen bei Depression/depressiver Verstimmung sind in *Tabelle 3* zusammengefasst. **Entspannungstechniken**, wie progressive Muskelentspannung, autogenes Training und Meditation, können Patienten das Gefühl von Selbstwirksamkeit geben und depressive Symptome und chronischen Schmerz günstig beeinflussen.<sup>16</sup> Eine **Psychotherapie** kann oft schon innerhalb weniger Sitzungen eine Verbesserung der Situation bringen. Eine Übersicht von Anlaufstellen für psychologische und psychotherapeutische Unterstützung findet sich in *Tabelle 4*.

Mit **Antidepressiva** steht eine wirksame und gut verträgliche medikamentöse Therapieoption zur Verfügung. Moderne Antidepressiva führen nicht zu Veränderungen von Kognition und Persönlichkeit und machen nicht abhängig. Ein schlafanstoßender Effekt (bei einigen Substanzen gegeben) tritt bei manchen Patienten bereits nach der ersten Gabe ein. Mit einer antidepressiven Wirkung kann nach 10-14 Tagen gerechnet werden. Ist dies nicht der Fall, sollte die Dosis des Antidepressivums gesteigert werden.

**DIE ROLLE VON INTERNISTEN UND ALLGEMEINMEDIZINERN**

Eine Initialtherapie der Depression bei allen betroffenen Patienten durch Fachärzte für Psychiatrie ist aufgrund der hohen Prävalenz nicht immer möglich. Allgemeinmediziner und Internisten können mit der Frühdiagnose der Depression und einem Thera-

piebeginn einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität ihrer Patienten beitragen. Spätestens bei ausbleibendem Therapieerfolg ist die Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie sinnvoll.

**Tabelle 3: Therapieoptionen bei Depression/depressiver Verstimmung**

**Entspannungstechniken:** Progressive Muskelentspannung, autogenes Training oder auch Meditation können Patienten das Gefühl der Selbstwirksamkeit geben und eine positive Wirkung auf depressive Symptome und chronischen Schmerz haben.<sup>16</sup>

**Psychologische Betreuung, Psychotherapie:** kann bereits nach wenigen Sitzungen einen merkbaren Effekt zeigen.

**Medikamentöse Therapie mit Antidepressiva:**

- Schlafanstoßende Wirkung oft nach der ersten Gabe, antidepressiver Effekt nach 10 – 14 Tagen

**Dosierung<sup>25\*</sup>**

	Beispiel	Bereich (mg/Tag)	Standardtagesdosis (mg/Tag)
SSRI	Citalopram <sup>26</sup>	20 – 40**	20
ASRI	Escitalopram <sup>27</sup>	10 – 20	10
SARI	Trazodon <sup>28</sup>	75 – 400***	150
SNRI	Venlafaxin <sup>29</sup>	75 – 225	150
NaSSA	Mirtazapin <sup>30</sup>	15 – 45	30

Die Startdosis sollte so gering wie möglich gewählt werden.

**Anmerkungen:**

- **SSRI, ASRI:** Cave sexuelle Dysfunktion
- **SARI:** gut verträglich, stellt Schlafqualität wieder her; „Tagestranquillizer“, keine sexuellen Nebenwirkungen, teilbare Tabletten, dadurch sehr niedrige Anfangsdosis möglich
- **SNRI:** gute Wirkung auch auf Schmerz als Komorbidität bei Depression
- **NaSSA:** Förderung von Appetit und Schlaf; sehr gute Daten aus kleinen Studien bei chronischem Schmerz, gut verträglich, keine Interaktionen, keine sexuellen Beeinträchtigungen, aber häufig schwere plastische Albträume und Gewichtszunahme

\* Tabelle basiert auf Referenz 25 (Kasper S. et al.), den jeweiligen Fachinformationen, sowie auf Empfehlungen von Prof. Dr. Peter Hofmann.

\*\* Für Patienten über 65 Jahre: 10 - 20 mg/Tag

\*\*\* Laut Prof. Hofmann empfiehlt sich in der Praxis meist eine Dosierung von 75 – 300 mg. Eine Dosierung von bis zu 600 mg/Tag wird nur bei schweren stationären Fällen angewandt.

SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; ASRI = Allosterischer Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SARI = Serotonin-5-HT<sub>2</sub>-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer; SNRI = Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; NaSSA = Noradrenalin- und Serotonin-spezifisches Antidepressivum

**Tabelle 4: Anlaufstellen für psychologische und psychotherapeutische Unterstützung**

**Psychologische Unterstützung**

- **Psychnet:** Online-Informationssystem für psychologische Dienstleistungen des Berufsverbands (BÖP); [www.psychnet.at](http://www.psychnet.at)
- **Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen – BÖP:** Helpline der Klinisch-Psychologischen Ambulanz des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP): 01/504 8000; [www.boep.or.at](http://www.boep.or.at)

**Psychotherapie in Österreich**

- **Psyonline:** [www.psyonline.at](http://www.psyonline.at) Psychotherapie auf Krankenschein: [www.psyonline.at/dienstleistung/620/psychotherapie-auf-krankenschein-volle-kostenuebernahme](http://www.psyonline.at/dienstleistung/620/psychotherapie-auf-krankenschein-volle-kostenuebernahme)
- **Österreichweite Suche nach PsychotherapeutInnen** auf der Website des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie: [www.psychotherapie.at](http://www.psychotherapie.at)

**„Psychotherapie auf Krankenschein“ in Österreich:**

- **Burgenland:** Institut für Psychotherapie im ländlichen Raum (IPR); Burgenländischer Landesverband für Psychotherapie: [www.psychotherapie.at/landesverbaende/burgenlaendischer-landesverband-fuer-psychotherapie](http://www.psychotherapie.at/landesverbaende/burgenlaendischer-landesverband-fuer-psychotherapie)
- **Kärnten:** Übernahme eines Teils der Kosten für Psychotherapie durch die Kärntner GKK: Tel. 050 5855 1000 bzw. unter [www.kgkk.at](http://www.kgkk.at) Suchbegriff „Psychotherapie“ eingeben.
- **Niederösterreich:** NÖ Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung: [www.psychotherapie-niederoesterreich.at](http://www.psychotherapie-niederoesterreich.at); Verein für ambulante Psychotherapie: [www.vap.or.at/detail.public.asp?newsid=208](http://www.vap.or.at/detail.public.asp?newsid=208)
- **Oberösterreich:** OÖ Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP); Info: OÖ Landesverband für Psychotherapie: [www.oelp.at/24/](http://www.oelp.at/24/)
- **Salzburg:** Arge Psychotherapie: [www.arge-psychotherapie.at/pages/home/home\\_neu.php](http://www.arge-psychotherapie.at/pages/home/home_neu.php) Info zu Finanzierungsmöglichkeiten: Informationsstelle des Salzburger Landesverbandes für Psychotherapie: [www.psychotherapie.at/landesverbaende/salzbuerger-landesverband-fuer-psychotherapie](http://www.psychotherapie.at/landesverbaende/salzbuerger-landesverband-fuer-psychotherapie)
- **Steiermark:** Netzwerk Psychotherapie Steiermark: [www.psychotherapie-steiermark.net](http://www.psychotherapie-steiermark.net)
- **Tirol:** Tiroler Landesverband für Psychotherapie: [www.psychotherapie-tirol.at](http://www.psychotherapie-tirol.at)
- **Vorarlberg:** Übernahme eines Teils der Kosten für Psychotherapie durch das Land/die GKK; Info: Institut für Sozialdienste Vorarlberg: [www.ifs.at/psychotherapie.html](http://www.ifs.at/psychotherapie.html)
- **Wien:** Verein für ambulante Psychotherapie: [www.vap.or.at/detail.public.asp?newsid=208](http://www.vap.or.at/detail.public.asp?newsid=208) Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung: [www.psychotherapie-wien.at](http://www.psychotherapie-wien.at)

**REFERENZEN**

<sup>1</sup> in Anlehnung an P Gathmann und J Kinzl <sup>2</sup> U S Preventive Services Task Force Ann Intern Med 2009; 151:784-92 <sup>3</sup> Eich W et al., Z Rheumatol 2004; 63:113-21 <sup>4</sup> Cross MJ et al., Rheumatology (Oxford) 2006; 45:92-6 <sup>5</sup> Keefe FJ et al., Pain 1989; 37:51-6 <sup>6</sup> Kohler T et al., Z Rheumatol 1991; 50:29-31 <sup>7</sup> Puchner R et al., Clin Rheumatol 2009; 28:1147-52 <sup>8</sup> Malysheva O et al., Z Rheumatol 2010; 69:539-43 <sup>9</sup> Matcham F et al., Rheumatology (Oxford) 2013; 52:2136-48 <sup>10</sup> Lerman SF et al., Psychosom Med 2015; 77:333-41 <sup>11</sup> Nicholl BI et al., BMC Fam Pract 2015; 16:128 <sup>12</sup> Li JX. Behav Brain Res 2015; 276:92-8 <sup>13</sup> Kojima M et al., Arthritis Rheum 2009; 61:1018-24 <sup>14</sup> Raison CL et al., Cerebrum 2013; 2013:10 <sup>15</sup> Shin SY et al., Arthritis Care Res (Hoboken) 2012; 64:1144-50 <sup>16</sup> Rod K. Psychiatr Danub 2015; 27 Suppl 1:S209-11 <sup>17</sup> Baker GH. Psychother Psychosom 1982; 38:173-7 <sup>18</sup> Shih M et al., J Gen Intern Med 2006; 21:1160-6 <sup>19</sup> Dube SR et al., Psychosom Med 2009; 71:243-50 <sup>20</sup> Bengtsson C et al., Psychother Psychosom 2009; 78:193-4 <sup>21</sup> Cutolo M et al., Neuroimmunomodulation 2006; 13:277-82 <sup>22</sup> Herrmann M et al., Rheum Dis Clin North Am 2000; 26:737-63, viii <sup>23</sup> Davis MC et al., Brain Behav Immun 2008; 22:24-32 <sup>24</sup> Li J et al., Scand J Rheumatol 2005; 34:448-50 <sup>25</sup> Kasper S. et al., Depression Medikamentöse Therapie Konsensus-Statement –State of the art 2012, Clinicum Sonderausgabe 2012 <sup>26</sup> Fachinformation Citalopram, Jänner 2015 <sup>27</sup> Fachinformation Ciprallex, September 2013 <sup>28</sup> Fachinformation Trittico, Mai 2015 <sup>29</sup> Fachinformation Venlafaxin, November 2015 <sup>30</sup> Fachinformation Mirtabene, März 2015



Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien

## KOMMENTARE

„Awareness für psychische Probleme von Patienten mit RA ist der erste Schritt, um Hilfestellung anbieten zu können. Fatigue ist ein Phänomen der Depression, das gewürdigt werden muss. Patienten mit Depressionen können aufgrund von Fatigue außerstande sein, medizinische Vorgaben zu befolgen. Ohne entsprechende Unterstützung ist die Depression ein supraadditiver Risikofaktor für eine schlechte Prognose.“

**Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann, Graz**

„Die ideale Betreuung von Patienten mit einer depressiven Episode erfolgt in einem interdisziplinären Team. In der Praxis ist dies oft schwierig umzusetzen. Auf der Website des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (<https://www.psychotherapie.at>) kann österreichweit nach spezialisierten Psychotherapeuten gesucht werden. In fast allen Bundesländern wird „Psychotherapie auf Krankenschein“ angeboten (siehe Kasten).“

**Mag. Sophie-Helene Hemberger, MedUni Wien**

„Chronisch entzündliche Erkrankungen beeinträchtigen die Patienten in größtem Maße sowohl psychisch als auch physisch, somit sind nicht nur unsere rheumatologischen Kenntnisse gefragt. Das Erkennen von psychischen Komponenten und damit gezielte Therapiestrategien in Betracht zu ziehen ist gerade bei so schmerzhaften Entzündungsprozessen unentbehrlich. Zu Beginn (natürlich auch im Verlauf) der Krankheit ist es wichtig, den Patienten über die Möglichkeit der Therapieoptionen auf dem Gebiet der Depression zu informieren, bzw. den Weg auch der Psychotherapie anzuführen. Diese schmerzdistanzierenden Komponenten sollten nicht außer Acht gelassen werden, denn die Erfolge sind erwiesen.“

**OA Dr. Raimund Lunzer, Barmherzige Brüder Graz-Eggenberg**

„Angst und Depression können den Verlauf einer rheumatoiden Arthritis deutlich verschlechtern. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit ist ein wichtiger Aspekt, um gegenzusteuern. Eine passiv-hinnehmende Einstellung der RA gegenüber ist ungünstig. Entspannungstechniken, wie progressive Muskelentspannung, autogenes Training und Achtsamkeitstraining geben Patienten ein Gefühl der Selbstwirksamkeit.“

**Dr. Rudolf Puchner, Facharzt für Innere Medizin, Wels**

„Da psychische Probleme und Depression den Krankheitsverlauf beeinflussen können, sollte die Evaluierung hinsichtlich Depression bzw. depressiver Verstimmung Teil der Untersuchung eines RA-Patienten sein. Dieser Aspekt komplettiert das Bild und sollte nicht vernachlässigt werden“

**OÄ Dr. Judith Sautner, Landeskrankenhaus Korneuburg Stockerau**

„Wie bei vielen chronischen Erkrankungen sollte die umfassende medizinische Betreuung auch bei rheumatischen Erkrankungen die psychische Komponente mit umfassen. Mit einfachen Screening-Tools können besonders gefährdete Patienten und Patientinnen frühzeitig erfasst und entsprechend behandelt werden, im besten Fall bevor sich die depressive Symptomatik negativ auf die Erkrankung bzw. die Therapie(-Treue) auswirkt. Nichts desto trotz sollte eine enge Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie vor allem bei Nicht-Ansprechen der Initialtherapie gegeben sein.“

**OA Dr. Christoph Strehblow, Wilhelminenspital Wien; MedUni Wien**

„Entspannungstechniken, die auch autodidaktisch erlernt werden können, sind eine sehr gute Möglichkeit, Patienten Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Vor der Anwendung von Antidepressiva sollte auf die Verhaltenstherapie als sehr wirkungsvolle Option bei Depression verwiesen werden. Unter den Antidepressiva sind Citalopram und Escitalopram besonders wirksame und gut verträgliche Therapeutika“

**Univ.-Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling, MedUni Graz**