

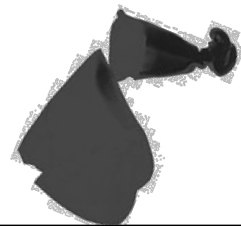
Der cardiopulmonale Patient aus der Sicht der Psychiatrie

MR Dr. med.univ. Maria Brunner-Hantsch
Fachärztin für Psychiatrie u. Neurologie
Lehrpsychotherapeutin, Supervisorin
www.brunner-hantsch.at

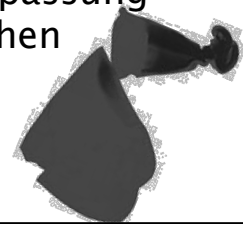
▸ Atmen heißt LEBEN

▸ Atemnot → Angst →

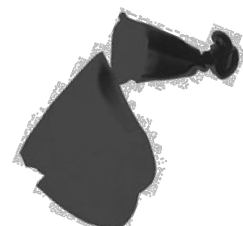
Wut, Aggression,
Verzweiflung,
Gedanken an den
Tod



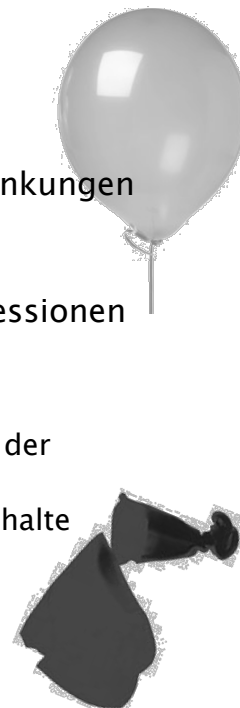
- ▶ Chronisch körperliche Erkrankungen bringen langfristig besondere Belastungen mit sich und stellen besondere Anforderungen an die Krankheitsbewältigung.
- ▶ Psychische Störungen „verdoppeln“ diese Belastung und erschweren die Anpassung und das Coping mit der somatischen Erkrankung



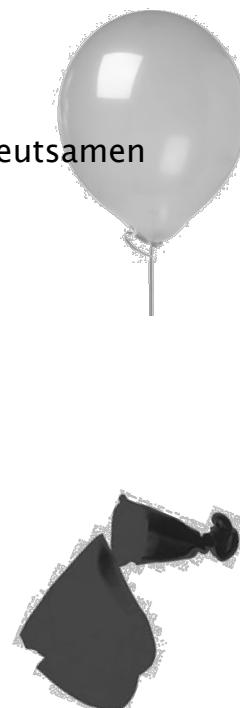
- ▶ Angesichts der Bedrohung durch die Erkrankung haben COPD Patienten krankheitsspezifische Ängste und Befürchtungen



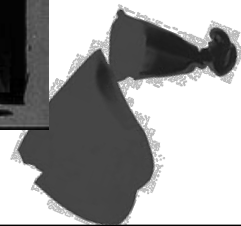
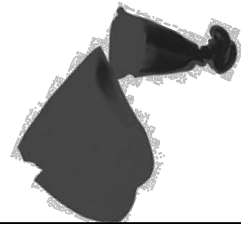
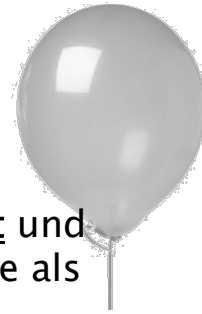
- COPD (chronische Erkrankung)
- Ruft 2–3x häufigere psychiatrische Erkrankungen hervor
- 40% der COPD-Patienten leiden an Depressionen
→ diese:
 - Verschlechtern die Lebenserwartung
 - Wirken sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus
 - Längere und häufigere Krankenhausaufenthalte
 - Höhere Sterblichkeitsrate

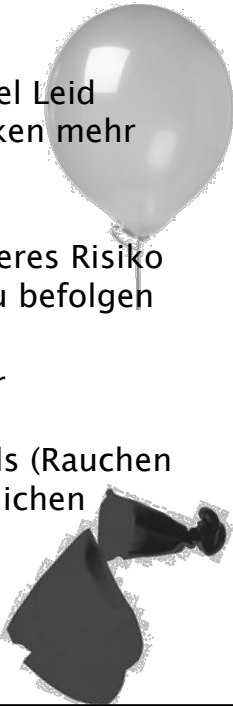


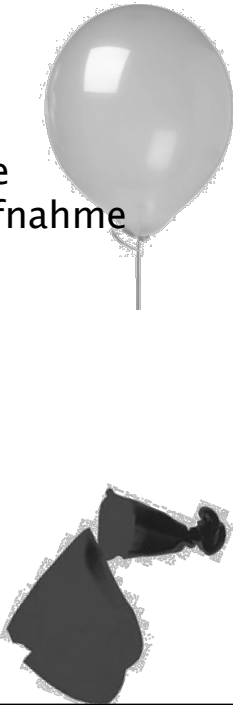
- 20% der COPD-Patienten leiden an bedeutsamen Angststörungen
- 6% an Entfremdungsgefühlen
- 13% an somatoformen Störungen
- Zumindest 21% leiden an bedeutsamer psychiatrischer Erkrankung



- Die psychologischen Variablen Angst und Depression spielen eine größere Rolle als der jeweilige Schweregrad der COPD



- 
- Psychiatrische Erkrankungen sind mit viel Leid verbunden, beeinträchtigen und schränken mehr ein als die COPD
 - Depressive Patienten haben ein 3x größeres Risiko ärztliche Anweisen nicht angemessen zu befolgen
 - Depressive Patienten vergessen häufiger Medikamente einzunehmen.
Der Aufbau eines gesünderen Lebensstils (Rauchen einstellen und Verbesserung der körperlichen Ertüchtigung) fällt schwerer

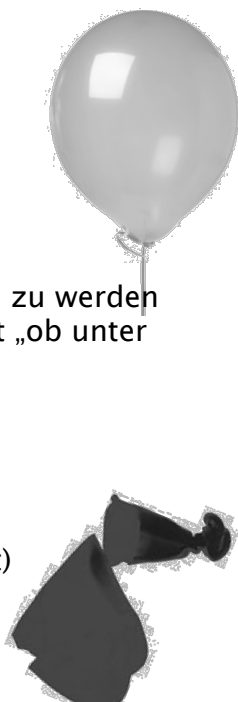
- 
- Akute Exazerbationen → häufigere Notwendigkeit zur stationären Aufnahme steigt
 - Depressio → Veränderung des Entzündungssystems im Körper

- Die Beschwerdeschilderungen sind vorwiegend körperlich (Müdigkeit, Erschöpfung, Schwäche, innere Unruhe, diffuse Schmerzen) 
- Depressive verhalten sich oft vorwurfsvoll, appellativ und klagen viel
- Depressionen werden insgesamt nur in 30% diagnostiziert und behandelt 



Depression

- Niedergeschlagenheit
- Freudlosigkeit
- Befürchtungen sind abhanden gekommen
- Verlust an Selbstvertrauen
- Angst Aufgabe nicht zu schaffen, verlassen zu werden
- Energielos, schwach oder aber auch agitiert „ob unter Strom stehend“
- Angespannt, nervös
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Bleierne Schwere in den Beinen
- Erschöpfungsgefühl
- **Schmerzen** (vorwiegend Bewegungsapparat)
- **Körperliche Beschwerden** (Magen, Darm, Übelkeit, Vertigo)



Kernsymptome der depressiven Erkrankungen nach ICD-10

Hauptsymptome

1. Gedrückte Stimmung
2. Interessen-/Freudlosigkeit
3. Antriebsstörung, Müdigkeit

2 oder 3 **Hauptsymptome**
müssen vorhanden sein

Andere häufige Symptome

1. Konzentration
2. Selbstwertgefühl
3. Schuldgefühl
4. Hemmung/Unruhe
5. Selbstschädigung
6. Schlafstörungen
7. Appetitminderung

2 oder 3 **Hauptsymptome**
müssen vorhanden sein

Dauer: mindestens 2 Wochen

Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen (Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

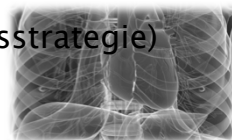
1. Cardiovasculär 17–27%
2. Diabetes 9–26%
3. Karzinome 11%
4. Chronische Nierenerkrankungen 20–30%
5. Mb. Alzheimer 30–50%
6. Cerebrovasc. Erkrankungen (Insult) 14–19%
7. Mb. Parkinson 4–75%
8. Epilepsie
9. Chron. Schmerz (z.B. Rheuma)
10. Gynäkologie
11. Dermatologie
12. Endokrinologie
13. Infektionskrankheiten (Pneumonie, Aids)
14. COPD 20%

Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen (Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

- ▶ 35% aller somatisch Kranken im Krankenhaus -> klinisch relevante Depression

(deswegen oft auch negative Auswirkungen auf Prognose und Behandlung der körperlichen Erkrankung!!)

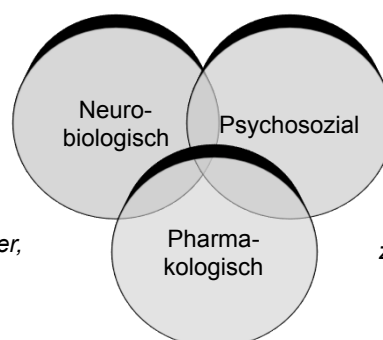
- ▶ Biopsychosoziale und moderne neurobiologische Erkenntnis (multidimensionale Behandlungsstrategie)



Depression bei körperlichen Erkrankungen

Abb.: Depression bei körperlichen Erkrankungen – komplexes Bedingungsgefüge
Aus neurobiologischen, pharmakologischen und psychosozialen Faktoren
(Rothenhäusler 2005)

z.B. autoimmunologisch vermittelte Kreuzreaktionen mit zentralen Serotoninrezeptoren bei Pankreaskarzinom



z.B. Steroide, Betablocker, Antihistaminika, Antibiotika, Interferonpräparate

z.B. soziale Konsequenzen, Chronizität, Schwere, Prognose der Erkrankung



Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen (Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

1. Kardiovaskuläre Erkrankungen und Depression (17–27%)

Depression = Risikofaktor wie Rauchen
inhibitorischer Effekt d. SSRI auf
Thrombozytenaggregation

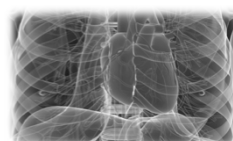
↑ proinflammatorische Zytokinfreisetzung ->
fördert arteriosklerotische Veränderungen
viscerale Adipositas und Hyperlipidämie

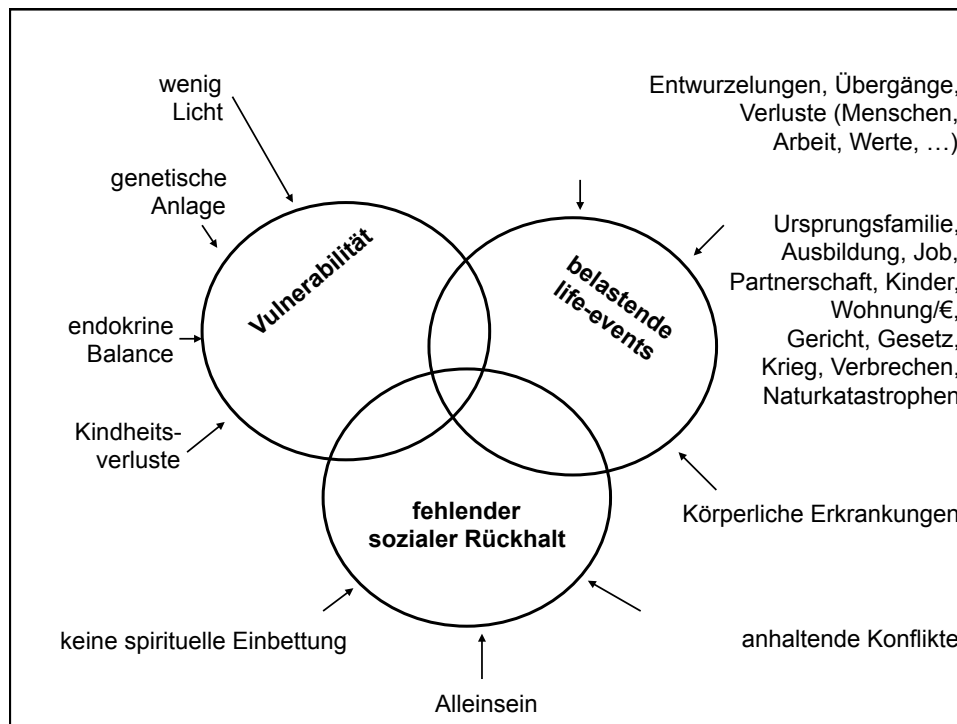
↓ symptomatische Modulation -> erhöh.
Herzfrequenz, erniedrigte
Herzfrequenzvariabilität,
Mortalitätsfaktor verdoppelt sich



Mehr als 50% der Patienten mit Depression äußern:

- Diverse Beschwerden (Magen–Darm, Übelkeit,
Durchfall, Vertigo)
- Schlafstörungen
- Schmerzen

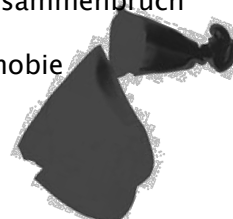




Angsterkrankungen

1. Panikattacke

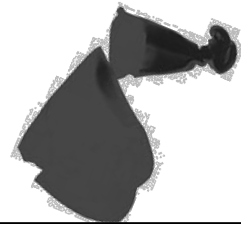
- Kurze, plötzliche und unerwartete starke Angstreaktion
- Steigt unvermittelt in wenigen Minuten zum Höhepunkt (Herzklopfen, Atemnot, Erstickungsgefühle, Schwindel, Entfremdungsgefühle – Gefühl der Unwirklichkeit, „wie im Traum“, „als ob ich nicht richtig da wäre“, als ob man außerhalb des Körpers wäre“, Angst verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren, Angst körperlichen Zusammenbruch zu erleiden)
→ in der Folge Erwartungsangst und Agoraphobie



Angsterkrankungen

2. Agoraphobie

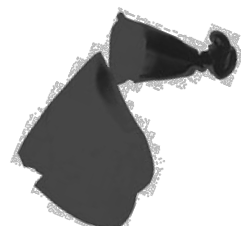
- Vermeiden von Plätzen oder Situationen (Menschenansammlungen) wo Flucht unmöglich ist



Angsterkrankungen

3. Generalisierte Angststörung

- Starke exzessive Ängste



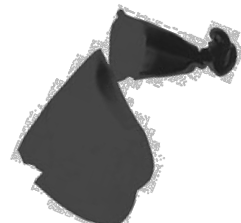
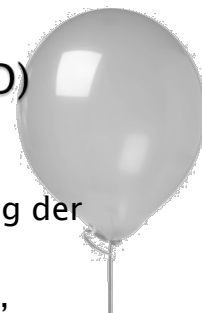
Generalisierte Angststörung (GAD) WAT

- Worry
(Befürchtungen oder Sorgen), ständiges Sich-Sorgen
- Anxiety
(ängstlich, veget. Überregbarkeit, Schwitzen, Benommen sein, Herzrasen, Erstickungsgefühl)
- Tension
(Anspannung, veget. Entgleisung, Reizbarkeit, Schlafstörungen, motorische Spannung, Zittern)



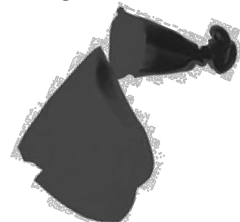
Generalisierte Angststörung (GAD)

pathologische Besorgnis in der Einschätzung der persönlichen Situation
Pat. in persistierend angespannten Zustand, übernervös, sondieren Umgebung ununterbrochen nach möglichen und künftig drohenden Gefahrenquellen, das Denken ist katastrophisierend, übergeneralisierend, Einschlafstörungen, Muskelschmerzen, Müdigkeit



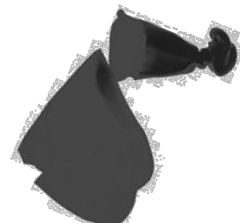
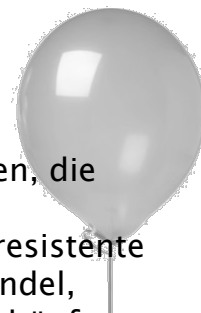
4. Sozialphobie, soziale Angst

- ▶ Angst und Vermeidungsreaktionen die durch soziale Leistungssituationen ausgelöst werden
- ▶ Patienten trauen sich nicht in Gegenwart anderer zu sprechen, trinken, essen, unterschreiben
- ▶ Haben Angst zu zittern und dumm zu wirken



5. Somatoforme Störungen

- ▶ Beeinträchtigende körperliche Beschwerden, die sich nicht auf körperliche Erkrankungen zurückführen lassen (z.B. chron. therapieresistente Schmerzen wie „Kreuzschmerzler“), Schwindel, Reizmagen und Reizdarm, Müdigkeit, Erschöpfung



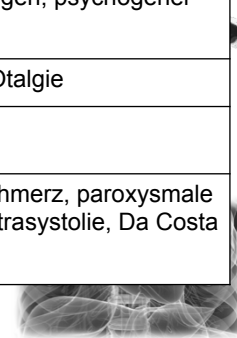
Somatoforme Störungen

- Sind das große unbekannte Land zwischen Biologie und Medizin
- Jeder 4. Patient geht aber damit zum Arzt!!



Funktionelle Syndrome in unterschiedlichen somatischen Spezialdisziplinen

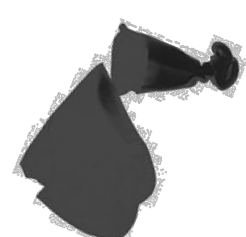
Medizinische Disziplin	Funktionelles Syndrom
Dermatologie	Pruritus, Erröten, Hyperhidrosis, Ekzeme, Urtikaria, Ödeme
Gastroenterologie	Colon irritabile (K58), nicht ulzeröse Dyspepsie, Reizmagen, Luftschlucken, Diarrhoe, Obstipation
Gynäkologie	Prämenstruelles Syndrom, chronische Pelvipathie (N94), Blutungs- und Zyklusstörungen, psychogener Fluor, Adnexitis
HNO	Globusgefühl, Tinnitus, Aphonie, Otagie
Infektiologie/ Immunologie	Chronic Fatigue Syndrom (CFS)
Kardiologie	Atypischer, nicht kardialer Brustschmerz, paroxysmale Tachykardie, supraventrikuläre Extrasystolie, Da Costa Syndrom

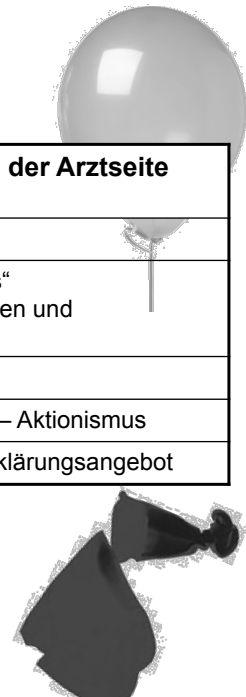




Medizinische Disziplin	Funktionelles Syndrom
Neurologie	Spannungskopfschmerz (G44.2), Schwindel
Ophtalmologie	Augenflimmern, Sehstörungen, Doppelbilder, vorübergehende Blindheit
Orhtopädie	Lumbago-Ischialgie-Syndrom, Kokzygodynie
Pädiatrie	Essstörungen, Enuresis, Enkopresis
Pneumologie	Hyperventilationssyndrom, nervöses Atemsyndrom
Rheumatologie	Fibromyalgie (M79.7)
Umweltmedizin	Multiple chemical sensitivity (MCS), Amalgamüberempfindlichkeit, Sick-building-Syndrom (SBS), Elektrosmog-Empfindlichkeit
Urologie	Reizblase, Prostatitis, Harndrang/-inkontinenz/-verhaltung, LUTS (lower urogenital tract syndrome)
Zahnheilkunde	Temporomandibuläres Schmerz dysfunctionssyndrom, atypischer Gesichtsschmerz

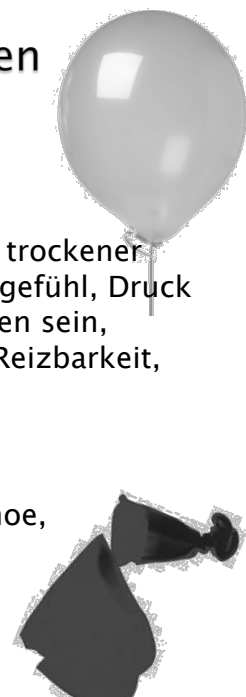
Somatisierung

- 
- Zu viele Beschwerden für den organischen Befund
 - Zu viele Arztbesuche
 - Zu viel Schonverhalten (schonen sich zu Tode)
 - Zu viel Gleichgültigkeit für das geschilderte Ausmaß der Beschwerden
 - Zu viel Verärgerung beim Arzt
- 



Aufrechterhalten der Patientenseite	Aufrechterhalten der Arztseite
Schonverhalten	Rückversicherung
Doctor-shopping	„sie haben eh nichts“ (aber Untersuchungen und Medikamente)
Rückversicherung	!Doppelbotschaft!
Kontrollverhalten zur Angstreduktion	Sofortiges Handeln – Aktionismus
Katastrophierung	Kein alternatives Erklärungsangebot

Körperliche Beschwerden werden vorwiegend geäußert:



- **Angst**
 - Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, trockener Mund, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Druck auf Brust, Übelkeit, Schwinden, benommen sein, Hitzegefühl, Kälteschauer, Kloßgefühle, Reizbarkeit, Einschlafstörungen
- **Depressionen**
 - Schmerzen aller Art, Erschöpfung, Dyspnoe, Schlafstörungen

Fragebogen

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als die Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
Wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schweremut oder Hoffnungslosigkeit				
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
Fragen 1-2 → mind. 3 Pkt. → Depressio Fragen 3-4 → mind. 3 Pkt. → Angst				

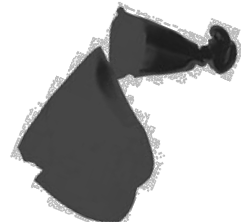
Diagnose der psychiatrischen Erkrankung

- ▶ Diagnose (Hindernisse in der Umsetzung)
 - Scham (ich bin ja nicht verrückt),
 - Hinführen auf körperl. Ursachen/ Neurotransmitter
- Psychische Erkrankungen brauchen wie körperliche Erkrankungen HILFE
- ▶ Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie

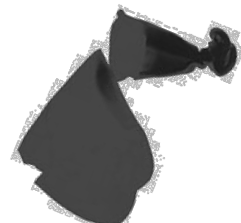
1. Medikamente

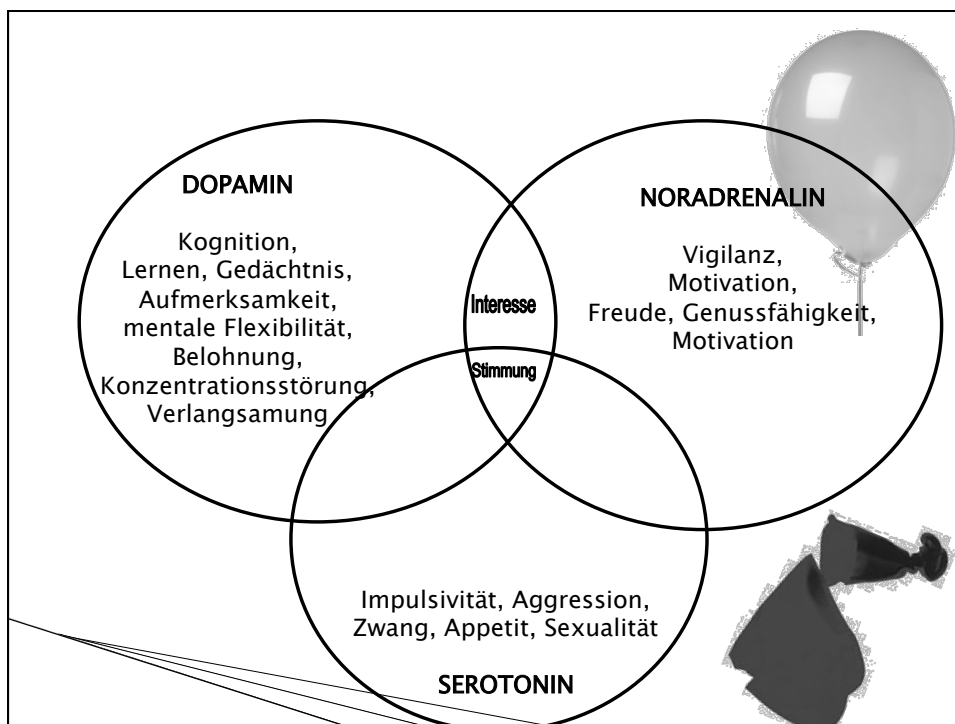
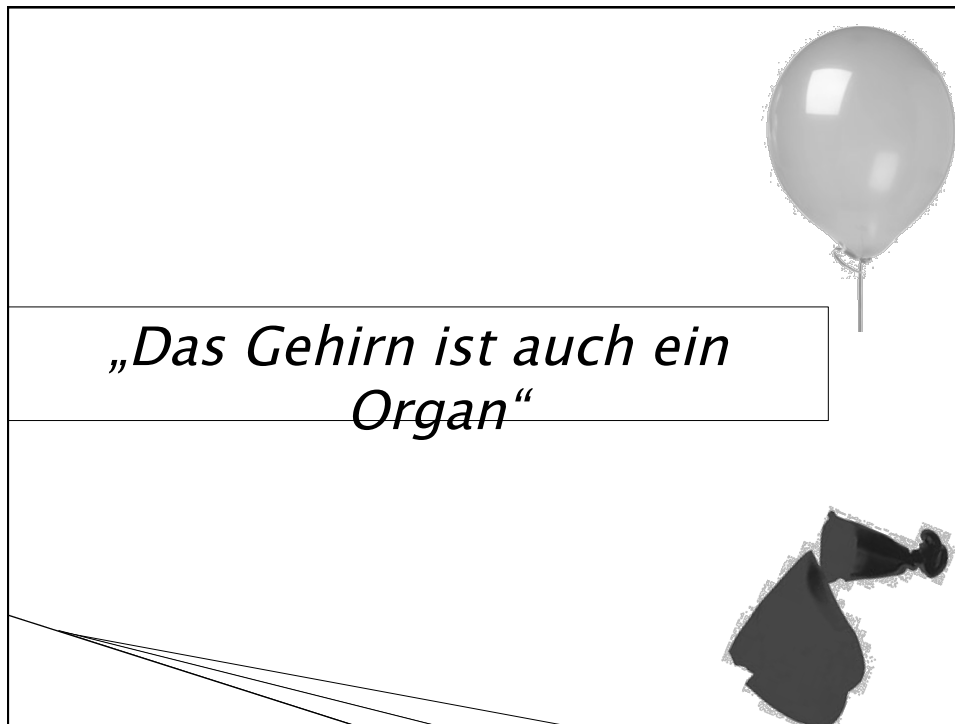
Die Welt der Psychopharmaka – eine Welt der Vorurteile

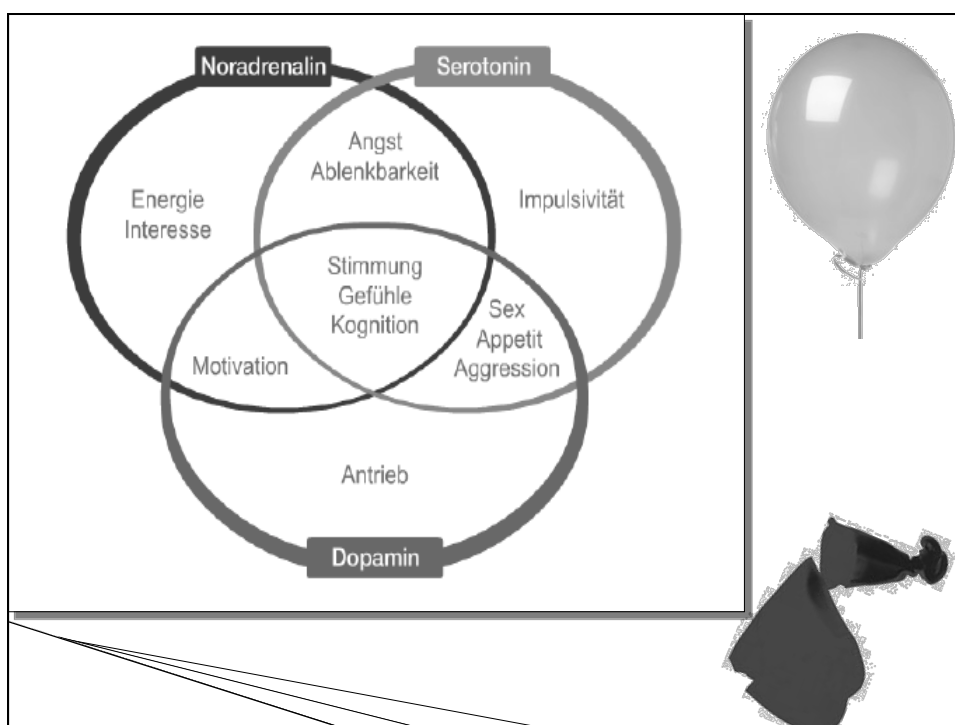
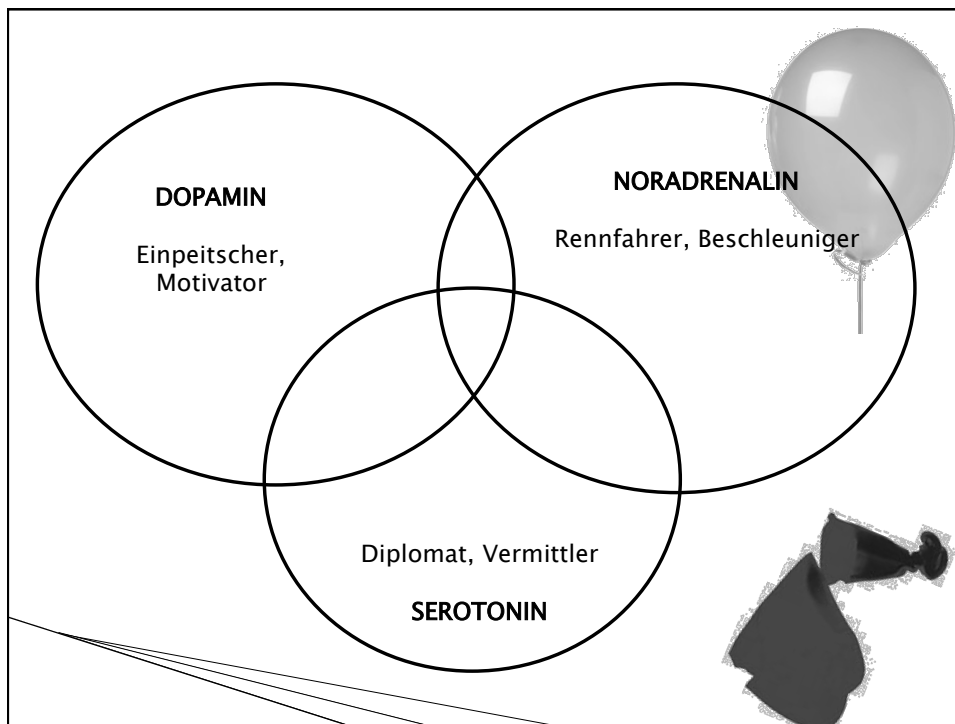
- Vorurteil – Überzeugung, weitgehendes Nichtwissen, Unwissen, Falschwissen
- 1. **Vergiftungsvorurteil** (Psychopharmaka sind per se schädlich – nur Natürliches und nicht Künstliches zu sich nehmen)
- 2. **Psychotherapievorurteil** (Psychotherapie ist besser als Psychopharmakatherapie und hat keine Nebenwirkungen)
- 3. **Persönlichkeitsveränderungsvorurteil** (Psychopharmaka verändern die Persönlichkeit des Einzelnen – Es kommt zur inneren Distanzierung von Ängsten, Befürchtungen und wahnhaften Erlebnissen)
- 4 . **Gesellschaftsverarmungsvorurteil** (Kosten der Psychopharmaka ruinieren die Gesellschaft)

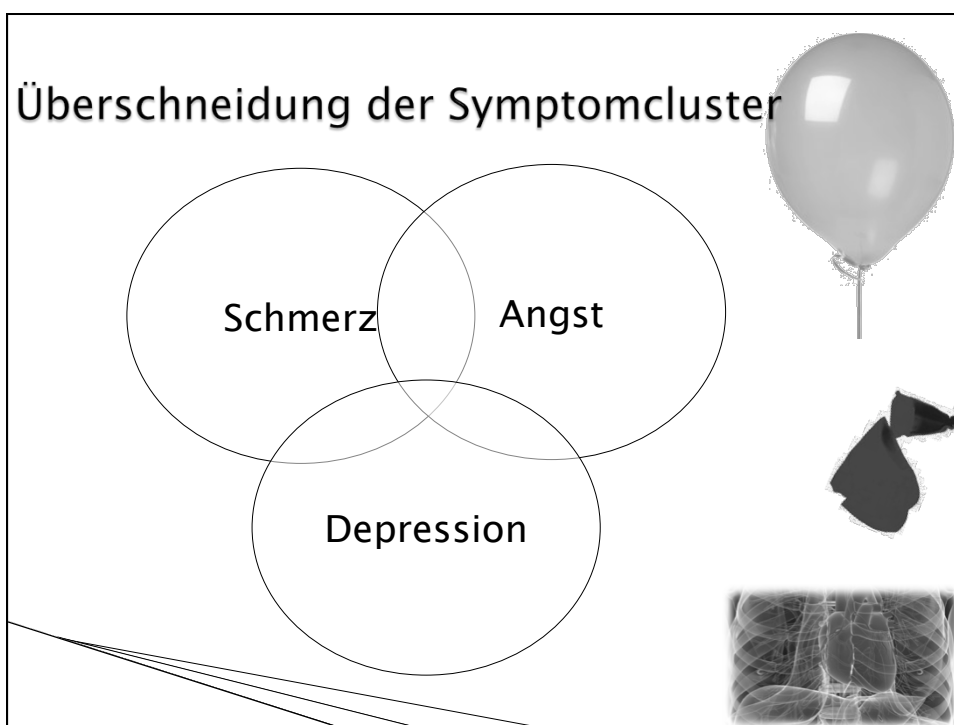
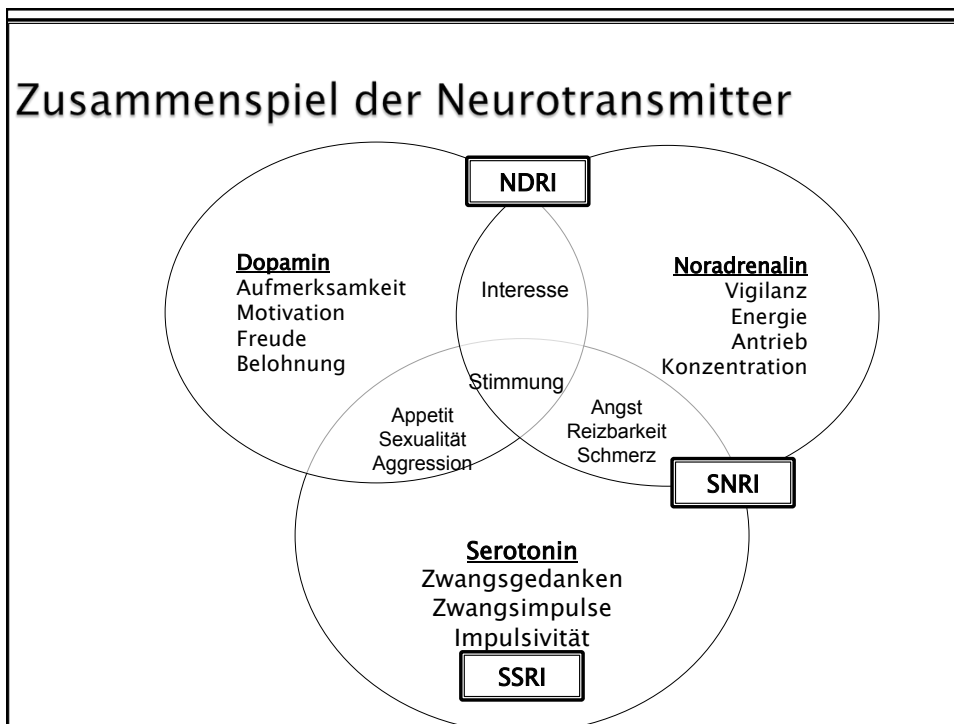


- Stress: Dauerbelastung vs. Rhythmus
- ↑ Stress → ↑Cortisol → Hirnschrumpfung
- “Hirnnetzwerke”
- Balance von Neurotransmittern
- Medikamentöse Reparatur – Kognitive Reparatur
- Depression – Schrumpfung des Hippocampus
- Angst – Überaktivität des Mandelkerns
- Halluzination – zu viel Dopamin
- Angst Depression Zwang ↓Serotonin
- Demenz – ↓Acetylcholin









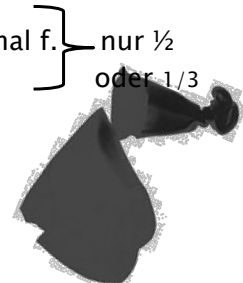
Succus:

► VERMEIDE:

- TCA, Clozapin, Nozinan, alle Benzos – sind atemdepressiv

► VERWENDE:

- SSRI / Sertralin, Citalopram, Escitalopram
- SNRI / Venlafaxin, Duloxetine, Mirtazapin, Mianserin, Reboxetin
- Trittico zur Sedierung
- Buronil, Abilify, Quetiapin, Ziprasidon, Dominal f. } nur ½
- (Haldol und Risperidon, Olanzapin – niedrig) } oder 1/3
- Angst- und Schlafstörungen: Lyrica

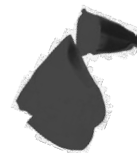


Non-Compliance

- Non-Compliance ist die fehlende Kooperationsbereitschaft und die bewusste Entscheidung einer Person, sich nicht an therapeutische Empfehlungen zu halten.

33–69% der Krankenhausaufenthalte in den USA sind Folge von Non-Compliance = wird als Milliardengrab bezeichnet (500 Milliarden Dollar)

laut WHO: in den Industrieländern mangelnde Therapietreue bei ca. 50 % aller Langzeittherapien bei chronisch Erkrankten

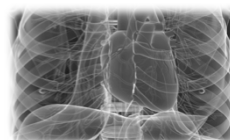


Compliance

- Compliance ist die Therapietreue, wenn sich ein Patient bis zu 80% an die empfohlene Therapie hält

partielle Compliance – 20–79% Therapietreue

- Primär non-compliant = Patient löst Rezept nicht ein
- Sekundär non-compliant = Patient löst Rezept ein, aber Einnahme erfolgt weniger als 20%
- Gesundheitliche Folgen mangelnder Therapietreue → substantielle Gesundheitsverschlechterung → Tod



Non-Compliance begünstigende Faktoren

Arzt

- Autoritäre Haltung
- Keine oder schlechte Beratung
- Kommunikation im Fachjargon
- Keine Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten
- Mangelnde Motivation oder Unsicherheit des Arztes
- Missachtung der Selbstständigkeit des Arztes
- Emotionale oder kognitive Überforderung des Patienten

Patient

- Eingeschränkte Merkfähigkeit
- Angst vor Nebenwirkungen
- Passive Grundhaltung
- Vorurteile oder feste Glaubenssätze
- Niedrige Selbsteinschätzung gesundheitlicher Risiken
- Enttäuschte Erwartungen durch die ärztliche Beratung
- Hypochondrische Einstellung

Behandlung

- Lästige oder umständliche Therapieform
- Einschränkung der Lebensqualität
- Angst und Umfang der Nebenwirkung
- Lange Wartezeiten
- Notwendigkeit massiver Verhaltensänderung
- Lange Behandlungsdauer
- Komplexes Therapieschema

Non-Compliance

Krankheit

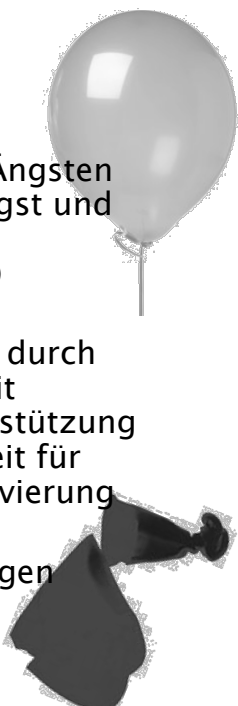
- Angst des Leidensdrucks gering
- Objektiver Schweregrad der Erkrankung niedrig
- Hohe Chronizität der Erkrankung
- Erkrankung noch symptomlos
- Langwieriger und unregelmäßiger Verlauf
- Keine unmittelbare Symptomverbesserung

- ▶ Interdisziplinäre Therapiekonzepte, sowohl lungenfachärztliche, kardiologische als auch psychiatrische Behandlungen, helfen unseren Patienten



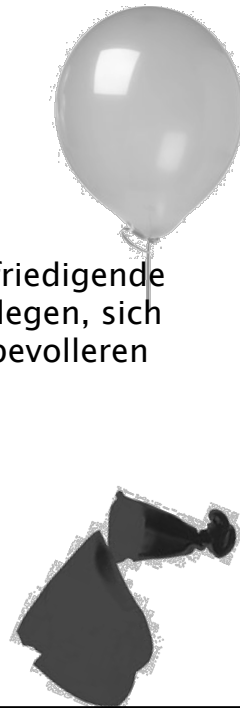
2. Psychotherapie

- a) Bearbeitung von krankheitsspezifischen Ängsten (Ängste vor Atemnot, Unterscheidung Angst und Atemnot, Scham wegen Hustenanfällen, Sauerstoffgerät oder körperlicher Fitness)
- b) Verbesserung der Krankheitsbewältigung durch Aufklärung, Bearbeiten von Problemen mit Umsetzung des Krankheitswissens, Unterstützung der Raucherentwöhnung, Motivationsarbeit für Teilnahme an Sport und körperlicher Aktivierung
- c) Bearbeitung von Problemen mit Angehörigen



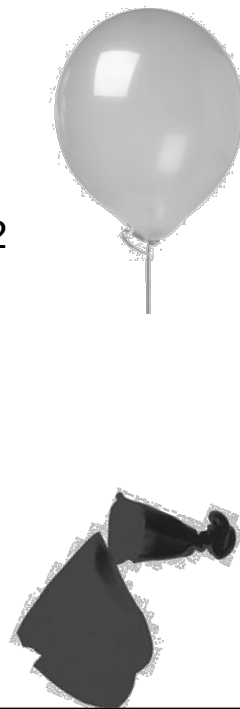
2. Psychotherapie

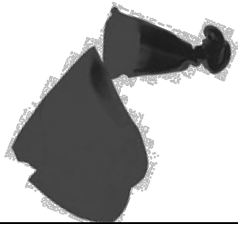
- d) Insgesamt Probleme besser lösen, befriedigende soziale Beziehungen aufbauen und pflegen, sich selbst besser verstehen und einen liebevolleren Umgang mit sich selbst hegen

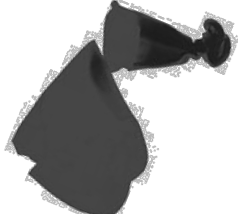


WHO 2020

- Depression von Platz 4 auf Platz 2
- COPD von Platz 12 auf Platz 5



- 
- 
- Depressionen eigenständiger Risikofaktor für COPD
 - Depression beschleunigt den Tod von COPD-Patienten

- 
- 
- Interdisziplinäre Therapiekonzepte, sowohl lungenfachärztliche, als auch psychiatrische Behandlungen, helfen unseren Patienten

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

MR Dr. med. univ. Maria Brunner-Hantsch