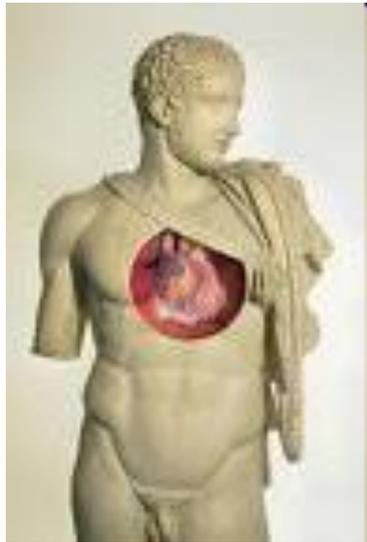


Kardiopsychosomatik



Dr. med. Barbara Lieberei

**Heinrich-Heine-Klinik Potsdam
und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
an der Charité Universitätsmedizin Berlin**

Inhalte

- Womit werden körperlich erkrankte Menschen konfrontiert?
- Schwere körperliche Erkrankungen und komorbide psychische Störungen (Angstentwicklung, Depressionen) am Beispiel **Kardiopsychosomatik**

Warum „Kardiopsychosomatik“? – Erfahrungen aus unserer Klinik

- Großes Überschneidungsfeld bei den kardiologischen und psychosomatischen Erkrankungen**
- Kardiologische Erkrankung kann Psychotherapie behindern (z.B. psycholog. Krankheitsverständnis, Expositionen)**
- umgekehrt kann psychische Erkrankung kardiologische Behandlung stark beeinträchtigen (z.B. Compliance, Aktivität)**
- Patienten mit Komorbidität sind oft sehr schwierig zu behandeln, fühlen sich rasch missverstanden und „fehl am Platz“ in den unterschiedlichen Abteilungen**

Kardiologie 2008 · 2:274–287
DOI 10.1007/s12181-008-0102-0
Online publiziert: 20. Juli 2008
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie -
Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Published by Springer Medizin Verlag -
all rights reserved 2008

K-H. Ladwig · F. Lederbogen · H. Völler · C. Albus · C. Herrmann-Lingen · J. Jordan ·
V. Köllner · J. Jünger · H. Lange · K. Fritzsche

Positionspapier zur Bedeutung von psycho- sozialen Faktoren in der Kardiologie

- **erhöhte Prävalenz von Depression**
- **(Real) Angst**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Entwicklung von sekundären
eigenständigen Angsterkrankungen**

Bewusstsein für mögliche Zusammenhänge wird in der Bevölkerung zunehmend größer durch div. Veröffentlichungen



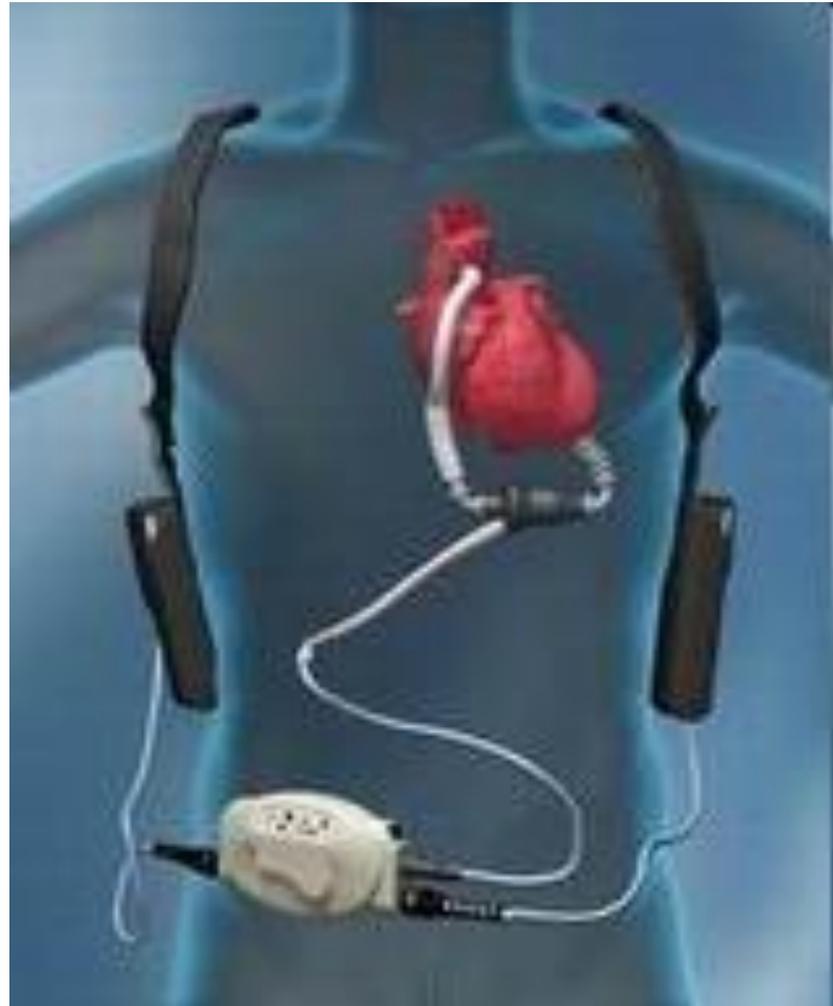
Kardiologische Erkrankungen und psychische Störungen

- Komorbidität von psychischen Störungen und Herz-Kreislaufkrankungen ist häufig
- Funktional ist zu unterscheiden:
 - Zufallskomorbidität
 - kardiologische Morbidität als Folge der psychischen Störung
 - psychische Morbidität als Folge der kardialen Morbidität
 - kardiologische und psychische Morbidität sind beide Folge einer gemeinsamen Ätiopathogenese
- Eine Behandlung setzt eine medizinische präzise Differentialdiagnostik voraus
- Komorbidität ist in der Medizin ein schlechter Prognosefaktor und bedarf daher spezieller therapeutischer Anstrengungen
- Körperliche Erkrankung geht regelhaft mit Ängsten, Belastungsgefühlen und Stimmungsverschlechterung einher → das ist keine psychische Komorbidität, sondern eine psychische Reaktion

Häufige kardiologische Erkrankungsgruppen

- **Koronare Herzerkrankung (KHK) mit ihren Komplikationen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Notwendigkeit der Bypass-Operation)**
- **Herzrhythmusstörungen, implantierte Kardioverter (AICD)**
- **Herzinsuffizienz**
- **Herzklappenerkrankungen**
- **Pat. mit hohen Risikofaktoren für Arteriosklerose (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Metabolisches Syndrom)**
- **Herz- und Lungentransplantation, Herzunterstützungs-Systeme**

Herzunterstützungssysteme

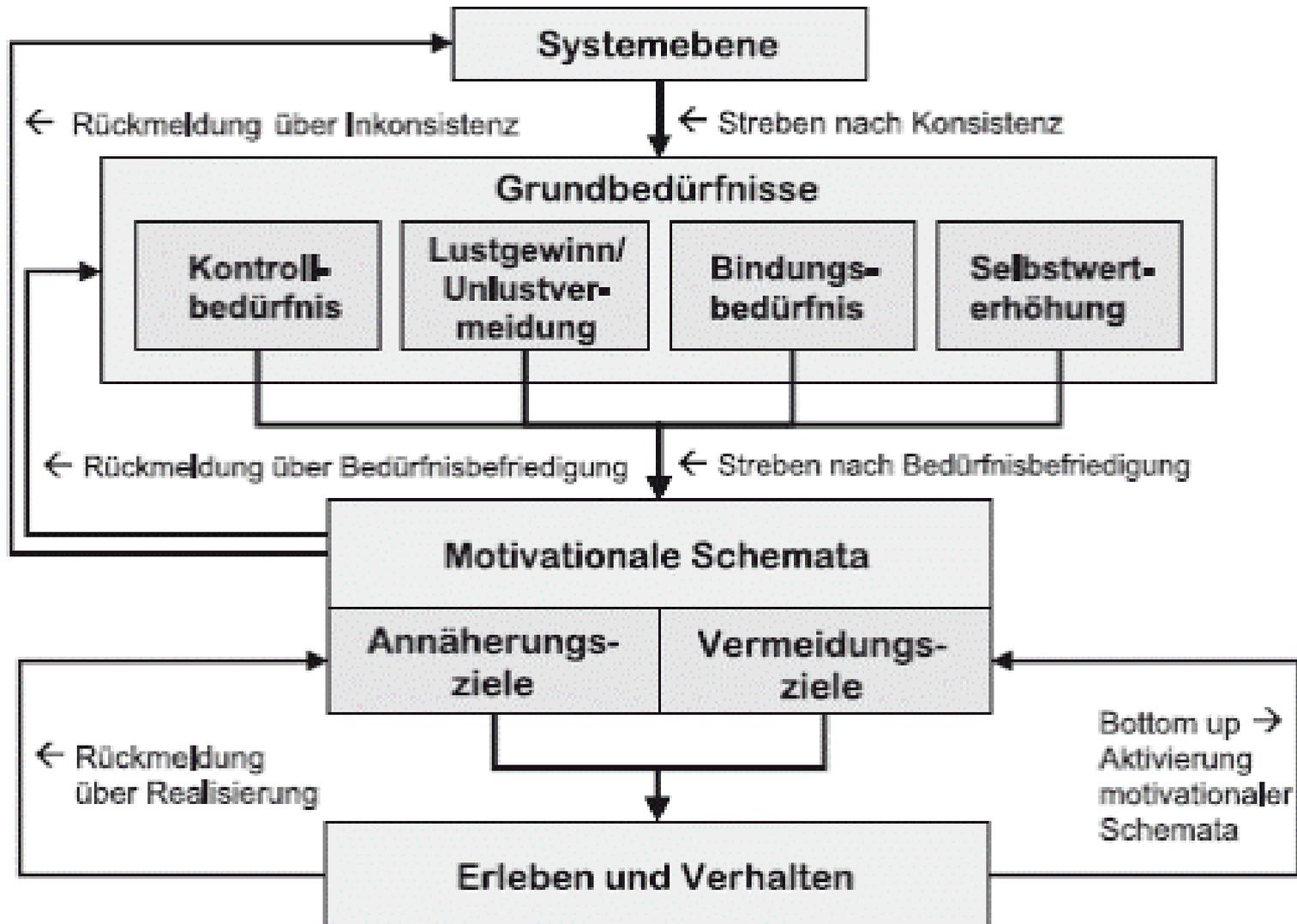


Teil 1: Angststörungen bei organischen Erkrankungen



**Womit werden Betroffene bei
Herzerkrankungen konfrontiert?**

Konsistenztheorie nach Grawe



Intensiver Kontakt mit dem medizinischen System



Konfrontation mit Lebensbedrohung und Sterblichkeit



Fülle von Informationen über Krankheit und Erfahrungen anderer Betroffener

Herzinfarkt

Jedes Jahr erleiden in Deutschland einen Herzinfarkt

282 000 Menschen

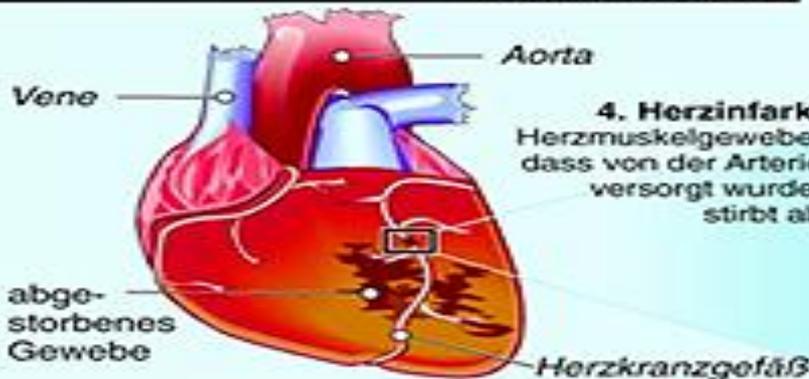
50% von ihnen sterben innerhalb der ersten 30 Tage

Symptome

- > Schmerzen und Engegefühl in der Brust
- > Fahle Gesichtsfarbe, kalter Schweiß
- > Luftnot, flache Atmung
- > Schwächeanfall, evtl. Bewußtlosigkeit

Risikofaktoren

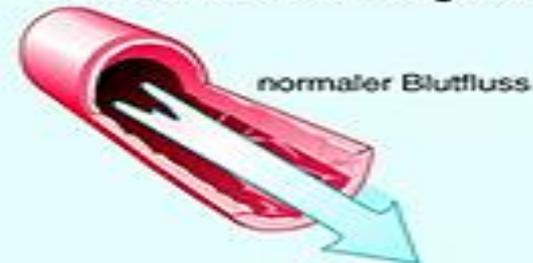
- Rauchen
- Alkohol
- Übergewicht
- erhöhte Blutfette u. Cholesterinspiegel
- hoher Blutdruck
- Diabetes
- Stress
- Bewegungsmangel



4. Herzinfarkt
Herzmuskelgewebe, das von der Arterie versorgt wurde, stirbt ab

Der Weg zum Herzinfarkt

1. Gesundes Herzkranzgefäß



2. Herzkranzverengung durch Arteriosklerose



3. Arterienverschluss durch Blutgerinnsel



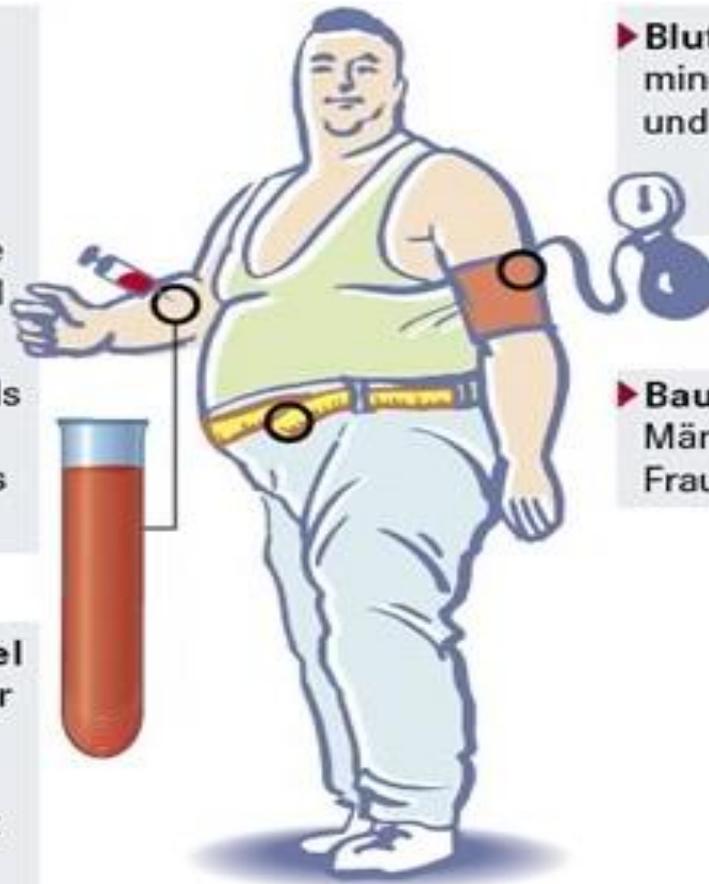
Reflektion von Krankheitsfaktoren Forderung nach Lebensstiländerung

Fettstoffwechsel

▶ Triglyceridwert:
mindestens 150
Milligramm pro
Deziliter (mg/dl)
und/oder Einnahme
fettsenkender Mittel

▶ HDL-Cholesterin:
Männer: niedriger als
40 mg/dl
Frauen: niedriger als
50 mg/dl

▶ Zuckerstoffwechsel
Nüchternblutzucker
(Plasmaglukose):
mind. 6,1 Millimol
pro Liter (entspricht
110 mg/dl)



▶ Blutdruck
mind. 130/85 mm Hg
und/oder Einnahme
blutdrucksenken-
der Mittel

▶ Bauchumfang
Männer mind. 102 cm
Frauen mind. 88 cm

Wahrnehmen körperlicher (und geistiger) Einschränkungen



Bewältigung von Alltag, Familie und Beruf mit der Erkrankung



Krankheitsmanagement und Vorbeugung: Symptome rechtzeitig wahrnehmen und handeln

Lokales

NEUL WESTFÄLISCHE NR. 13, MITTWOCH, 16. JANUAR 2002

Herzinfarkt nicht erkannt

Patient und Bielefelder Krankenhaus einigen sich mit Vergleich

■ Paderborn (igo). Mit einem Vergleich endete jetzt ein Rechtsstreit zwischen einem Paderborner und den Städtischen Kliniken Bielefeld vor dem Oberlandesgericht (OLG) Hamm. Der Mann (40) hatte die Klinik Rosenhöhe auf Schmerzensgeld und Schadensersatz verklagt, weil ein Arzt nicht die Anzeichen eines Herzinfarkts erkannt hatte. Jetzt muss das Krankenhaus an den Patienten 35.000 Euro zahlen.

Der Paderborner war im November 1999 um 4.30 Uhr morgens – er war zufällig in Bielefeld – in die Notaufnahme des Krankenhauses gekommen. „Mein

Mandant hatte starke Schmerzen im linken Arm und Druckbeschwerden in der Brust“, sagt Olaf Schmitz, Patientenrechtsanwalt aus Bad Lippspringe. Die linke Hand sei bereits taub gewesen. Sein Mandant habe den Arzt in der Notfallaufnahme auf die Schmerzen in Arm, Schulter und Brust hingewiesen. Bereits Tage zuvor war der 40-Jährige wegen Armproblemen in ärztlichen Behandlung gewesen. Die Stromspuren der Therapie waren in jener Nacht am linken Arm noch zusehen.

Der Arzt in der Notaufnahme behandelte den Patienten nicht auf einen Herzinfarkt hin, sondern riet ihm, den Arm zu küh-

len und zu schonen. Am Abend des selben Tages suchte der Kläger wegen der Schmerzen ein zweites Krankenhaus auf. Dort stellten die Ärzte bei ihm einen Herzinfarkt fest. Er ist seitdem arbeitsunfähig.

40-Jähriger ist seit Herzinfarkt arbeitsunfähig

Im Verhalten des Arztes sahen der Paderborner und sein Anwalt einen groben ärztlichen Behandlungsfehler und eine Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht: Die Hinweise auf einen Herzinfarkt seien deutlich gewesen, der Arzt hätte den Patienten auf die Gefahr hinweisen

müssen. Der Paderborner reichte Klage ein. Vertreter der Klinik schilderten den Fall jedoch anders: Der Paderborner hätte sich damals über Schmerzen im rechten Arm beschwert und die Druckbeschwerden in der Brust gar nicht erwähnt.

Das Landgericht Bielefeld wies die Klage zunächst ab; daraufhin legte der 40-Jährige Berufung ein, die jetzt vor dem OLG Hamm mit einem Vergleich endete. Demnach zahlt das Krankenhaus Rosenhöhe an den Paderborner 35.000 Euro. Damit sind alle Ansprüche des Klägers auf sämtlichen Schadensersatz und Schmerzensgeld abgegolten. (Az.: 3 U 99/01)

Herzinfarkt?

Niemals zögern – Notruf wählen!

Herzwoche
4. – 11.11.2005

112

oder örtliche Notrufnummer



Häufige psychische Störungen bei kardiologischen Patienten

- **Depressive Störungen**
- **Angststörungen**
- **hypochondrisch anmutende Störungen**
(„Herzphobie“)
- **Anpassungsstörungen**
- **(Posttraumatische Belastungsstörungen)**

Angststörungen im Kontext körperlicher Erkrankungen

„Pathologische Realangst“

- Besteht im Rahmen einer „bedrohlichen“ Erkrankung
- Weist Störungscharakter auf
- Ist überwiegend dysfunktional
- Ist z.B. bei koronarer Herzerkrankung pathogen

Bedrohung durch somatische Erkrankung

+

**Angstreaktion, die den Charakter einer
Störung aufweist**

Angst und Krankheitsschwere bei kardiologischen Patienten

	STAI-T	HAF	PAF	JAS
1. Subjektives Leiden	.156*	.267**	.293**	.152
2. Sechs Monats Prognose	.098	-.013	-.005	.182*
3. Reduktion der Lebenserwartung	-.107	-.281**	-.162	-.058
4. Relative Krankheitsschwere	-.104	-.039	-.063	-.182
5. Akute Multimorbidität	-.010	-.145	.063	.277*
6. Chronische Multimorbidität	-.043	.061	-.055	-.145
7. Einschränkungen in den IADL	-.072	-.088	-.045	.012
8. Medizinische Parameter	.019	.301**	.164*	.063

Wie entstehen Angststörungen bei körperlichen Erkrankungen?

1. Verursachung durch sog. unbedingte (angeborene) Auslöser:

„Ungewissheit und Unerklärliches erzeugt Angst“

Beispiel: Vielfache unerklärliche Symptome, z.B. Palpitationen, ärztliche Bemerkungen („merkwürdiges Herzgeräusch...“)

2. „gelernte Angst“ durch Konditionierung:

„Traumatische Erfahrungen bewirken Angst-Lernprozesse“

Beispiel: Notarzteinsatz, Reanimation, AICD-Auslösung, Intensivstation usw.

3. „gelernte Angst“ durch sog. negative Verstärkung:

„Vermeidung angstauslösender Stimuli verhindert realistische, korrigierende Erfahrungen“

Beispiel: Zunehmendes Schonverhalten, Meidung körperlicher und auch psychischer Belastung

Wie entsteht (Herz)Angst?

4. „gelernte Angst“ durch kognitive Prozesse:

Dysfunktionale Wahrnehmung und Bewertung von Informationen und Symptomen als „bedrohlich“ löst Angst aus

Beispiele: körperliche Sensationen (z.B. unregelmäßiger Herzschlag) werden zunehmend als „gefährlich“ bewertet und lösen Angst aus; auch „Ermahnungen“ von Ärzten können bedrohlich wirken

5. „gelernte Angst“ durch Vorerfahrungen:

„Eigene Vorgeschichte mit Erfahrungen bezüglich Krankheit verstärkt Angsterleben“

Beispiel: Umgang mit Erkrankungen im Elternhaus; Erkrankungen im Familien- und Freundeskreis; Persönlichkeitsstil: ängstlich, sorgenvoll

Wann wird (Herz)Angst zur Krankheit?

- Häufige Besorgnis um das Herz mit Grübeln und angstvollen Vorstellungen
- Ständige Unruhe, Angespanntheit
- Erhebliche Verunsicherung über körperliche Symptome
- Schonverhalten, Vermeidungsverhalten
- Häufige angstgesteuerte Arztbesuche mit Rückversicherungsverhalten, Notaufnahme
- Angstattacken bis hin zu Panikanfällen mit z.B. Herzrasen, Schweißausbrüchen, Luftnot, Schwindel, Brustenge, Zittern u.v.m.
- Sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Aktivitäten in Freizeit und Familie

Problemstellungen bei kardiologischen Patienten mit pathologischer Realangst

- Bei Vorliegen von Angsterkrankung und organischer Erkrankung erfolgt durch Ärzte und Patienten rasch Fokussierung auf körperliche Erkrankung, psych. Erkrankung tritt in den Hintergrund, breitet sich aber aus**
- Ständige angstvolle Arztbesuche und ärztliche Beruhigungsversuche fungieren als negative Verstärker: nur kurzfristig Beruhigung, langfristig ständiges Suchen nach Rückversicherung**

Problemstellungen bei kardiologischen Patienten mit pathologischer Realangst

- Patienten gehen Behandlern auf die Nerven; fordern zunehmend bizarre diagnostische und therapeutische Maßnahmen, es kommt zur Aggravation und Aufschaukelung von Symptompräsentation**
- Patienten drohen häufig mit Therapieabbruch, Anwälten, Anzeigen etc. wenn ihren Vorstellungen nicht entsprochen wird**
- Psychopathologie steckt an: „besser auf Nummer Sicher gehen“ → Ärzte reagieren häufiger auf Druck der Patienten mit immer mehr Untersuchungen und Behandlungsversuchen**

Checkliste bei komorbiden Patienten mit Angstproblematik

- **Modell des Pat. bezüglich seiner Herzerkrankung und des empfohlenen Umgangs damit eruieren**
- **Wie hat der Pat. Herzerkrankung und Behandlungen subjektiv erlebt?**
- **Erleben von Verunsicherung, Ängstigung, Besorgnis, Panikattacken?**
- **Explizite Nachfrage nach Vermeidungsverhalten (z.B. Wege allein, sportliche Betätigung, Hobbys, Arbeitsplatz, sexuelle Aktivität, Ausflüge oder Reisen, Suche nach Nähe von Ärzten oder Krankenhäusern)**
- **Explizite Nachfrage nach Checkingverhalten (z.B. ständige Fokussierung auf Symptome im Brustkorb, Pulsuhr, Blutdruckeigenmessungen)**

Checkliste bei komorbiden Patienten mit Angstproblematik

- **Gab es schon vorher erhöhte Ängstlichkeit, Sorgenverhalten, Vorsichtigkeit?**
- **Wie war der Umgang mit vorherigen Erkrankungen?**
- **Gab es Ärzte, ärztliche Behandlungen oder Befunde, die ihn verunsichert haben?**
- **Was war am schlimmsten subjektiv im Behandlungsverlauf? Was hat den Pat. am meisten beeindruckt oder geängstigt?**
- **Wie hat er sein Leben seither umgestellt? Was ist anders?**
- **Wie sieht er seine weiteren Perspektiven (gesundheitlich, beruflich, familiär, im Freizeitverhalten)?**
- **Inwieweit kann er dysfunktionale Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten erkennen?**
- **Besteht eine Therapiemotivation oder Vorerfahrungen bezüglich psychosomatischer Herangehensweisen (Psychopharmaka, Nervenarztmitbehandlung, amb. Psychotherapie, stationäre psychosomatische Behandlung)?**

Übung

Kurzlockerungsübung

- Würdevolles Nicken („Herr Oberstadtrat“)
- „Hallo!“ mit der Nasenspitze in die Luft schreiben
- Schulterkreisen
- Oberkörper schwingen
- „Kirschenklauen“
- „Hula-Hoop“ Beckenkreisen
- Ausschütteln

Kasuistik Pathologische Realangst

- **Herr F., 48 Jahre, Fahrlehrer; vor einem Jahr Herzinfarkt bei KHK, mit Stents versorgt, ein Gefäß noch Teilverschluss**
- **Seit einem Jahr AU, fühlt sich nicht belastbar, erhebliche Angstentwicklung, vermeidet körperliche Belastung und insbesondere Autofahren, daher Rentenantrag**
- **Kommt auf Anraten seines Kardiologen, wo er sich mehrfach im Monat völlig verängstigt wegen unspezifischer Beschwerden, meist im Brustraum, vorstellt**
- **seit Herzinfarkt ständige innere Anspannung, Besorgnis, Grübeln**
- **ausgeprägte Selbstbeobachtung mit katastrophisierenden Bewertungen von Körpersymptomen („das ist der nächste Infarkt, jetzt geht es zu Ende mit mir...“)**
- **Geht kaum noch aus dem Haus, wenn nur in Begleitung („könnte mir ja wieder was mit dem Herzen passieren...“), fährt nicht mehr Auto**
- **Ausgeprägtes Schonverhalten auch in der Reha, traut sich kaum körperliche Belastung zu („Leben wie im Schongang“)**
- **häufige Untersuchungen durch unterschiedlichste Ärzte, die er ängstlich aufsucht, große Enttäuschung und Misstrauen in ärztliche Kompetenz**

Grundprinzipien der Angstbehandlung bei komorbiden Patienten

1. Funktionale Beschwerdebeschreibung u. -differenzierung:

- Den Patienten ernst nehmen durch Ernstnehmen der Symptome
- Symptombeschreibung und -präzisierung statt adjektivische Benennung: statt „Angst“ Einzelsymptome, z.B. „92 Herzschläge pro Minute“ statt „Herzrasen“
- Hilfe bei der Einordnung und Unterscheidung belastender Symptome (z.B. „Ampel-Modell“)

Beispielfall Angstbehandlung bei kardiologischer Erkrankung

Symptombeschreibung und –differenzierung:

- Bei schon leichter körperlicher Belastung Gefühl von Schwäche, „Herzrasen“ (HF geht hoch auf 80-90/min.), Luftnot, Kurzatmigkeit (Pat. atmet dann schnell und flach), dann etwas Druck auf der Brust „als ob die Lunge platzt“, bricht dann Belastung ab
- Beim Einsteigen ins Auto „flaues Gefühl“ im Kopf wie Schwindel, Gefühl das Puls und Blutdruck abfallen (bei Messung eher leicht erhöhter Blutdruck und HF 80-90), weiche Knie, Kurzatmigkeit beim Losfahren mit zunehmendem Gefühl der drückenden Luftnot, unterbricht dann Autofahrt und legt sich flach auf den Boden aus Angst zu kollabieren („mein Körper steht kurz vor dem Aus, dann schalten ihn wohl die Notsysteme aus“)
- Bei hoher körperlicher Belastung auch selten Druck hinterm Brustbein, was nach Nitrogabe abklingt

„Ampel-Modell“ zur Symptombdifferenzierung und konkreten Handlungsplanung

ROT: klar kardial bedrohliche Symptome →
Aktivitäten unterbrechen, sofort Arztkontakt!

GELB: unklare Symptomatik, da ist etwas →
Aktivitäten nicht unterbrechen, aber weiter
beobachten

GRÜN: Symptome, die mit großer Sicherheit
nichts mit dem Herzen zu tun haben →
Aktivitäten fortführen

Beispielfall Angstbehandlung bei kardiologischer Erkrankung

ROT: Schmerz hinterm Brustbein, nicht atemabhängig, evt. Ziehen in den linken Arm, Ausstrahlen in den Hals- und Kieferbereich, kein Ansprechen auf Nitro → (Not)Arztkontakt

GELB: moderater Schmerz hinterm Brustbein bei Belastung zunehmend → Belastung abbrechen, Nitrogabe, bei fehlender Besserung darunter Arztkontakt

schnelle und flache Atmung mit Gefühl der Luftknappheit → eher Hyperventilationsphänomen im Rahmen von Angst → Atem beruhigen

Gefühl von Herzrasen → Puls realistisch messen

GRÜN: weiche Knie, Schwäche und schummeriges Gefühl beim Einsteigen ins Auto oder Beginn einer Belastung → eher Angstphänomene

Auflistung zur Symptomdifferenzierung

- Welche Symptome sind eher dem Herzen zuzuordnen?
- Welche Symptome sind eher der Angst zuzuordnen?

Beispiele für Genese körperlicher Symptome: „Brustschmerz“

- **Echte Angina pectoris**
- **Koronarspasmen**
- **Ösophageale Motilitätsstörungen**
- **Degenerative Veränderungen im Bereich der thorakalen Wirbelsäule**
- **Hyperventilationsneigung**
- **Verzerrte Wahrnehmung minimaler unspezifischer Symptome infolge einer herzängstlichen Aufmerksamkeitsfokussierung**

Grundprinzipien Angstbehandlung bei komorbiden Patienten

2. Flankierend beruhigende internistische Behandlung:

- **Klares Krankheitsmodell: Was hat der Patient an klaren Befunden? Was ist darüber hinausgehendes Interaktionsverhalten?**
- **Vorsicht und Zurückhaltung bei der Vermittlung von „Bagatellobefunden“, Vermeidung von Beruhigung im Sinne von „da ist doch nichts...“**
- **Präzise Aufklärung über Krankheitsbild, Befunde, Belastbarkeit, Warnsignale, realistische Vorsorge**
- **Differenzierung und Klarstellung was medizinisch indiziert ist und was Patient vehement einfordert**
- **Diagnostik und Behandlung gesteuert durch Vernunft, nicht Angst**
- **Hilfe bei der Einordnung unklarer Symptome mit differenzierten Handlungsanweisungen („Ampel-Modell“)**

Grundprinzipien Angstbehandlung bei komorbiden Patienten

3. Abbau von ängstlicher Selbstbeobachtung und Körperchecking:

- **Selbstbeobachtung: Checking auflisten (z.B. Eigenblutdruckmessung, Pulsuhr, Puls tasten, Brustkorb beobachten etc.)**
 - **Abbau z.B. durch Gedankenstopp, Aufmerksamkeitslenkung, Ablenkung**
 - **Kognitive Umstrukturierung: ängstliche und verzerrte Bewertungen von Körpersymptomen verändern**
- ➔ **Aufbau funktional-nüchterner Selbstbeobachtung**

4. Angstmanagement:

- **Information und Edukation zu Angsterkrankungen**
- **Reaktionsexposition zur Verbesserung von Symptomtoleranz (z.B. vorsichtige Hyperventilationsübung, Ergometerbelastung)**
- **Aufbau von Selbstberuhigung und Bewältigungsstrategien**
- **Aufbau von Unsicherheitstoleranz**

Beispielfall Angstbehandlung bei kardiologischer Erkrankung

Angstmanagement:

- **Reaktionsexpositionen: Beobachtung beim Ergometertraining (was bringt Pat. zum Abbrechen?), Spiroergometrie zur objektiveren Leistungsmessung, vorsichtige Hyperventilationsversuche, geleitete Selbstbeobachtung: was passiert genau beim Einsteigen ins Auto, körperlich und gedanklich (inkl. Pulsmessungen)?**
- **Überprüfung angstvoller Kognitionen: z.B. ist Benommenheitsgefühl ein Zeichen, dass der Körper sein Notsystem anwerfen muss und ein Kollaps droht?**
- **Erstellen von sinnvollen Handlungsmöglichkeiten**

Der Angst ausweichen: Man selbst bekommt Angst

Auf die Angst zugehen: Die Angst bekommt Angst (die Angst ist ein Angsthase!)

- 1. aufkommende Angstgefühle zulassen und nicht wegdrücken wollen**
- 2. keine Katastrophenphantasien, sondern realistisch bleiben**
- 3. Hingucken und sehen was wirklich los ist**
- 4. Sich nicht selbst verrückt machen, z.B. Hyperventilation**
- 5. Sich nicht auf die Angst konzentrieren sondern darauf was sonst ansteht**

Grundprinzipien Angstbehandlung bei komorbiden Patienten

5. Überprüfung von Katastrophisierung:

- durch Vorhersagen Erwartungen überprüfen, z.B. wie reagiere ich nach nächster Untersuchung? Wird sie mich beruhigen?
- testen was passiert wenn ich was tue: Aufbau realistischer Einschätzungen und Erfahrungen

6. Analyse von angstvollen Kognitionen:

- was schießt mir durch den Kopf beim Gedanken an meine Krankheit?
z.B.
 - Angst vor dem Tod?
 - Angst vor Invalidität?
 - Sorge wegen des Zurücklassens des Kindes?
 - Was denke ich beim Aufkommen körperlicher Symptome?



Eines Tages
werden wir sterben, Snoopy.

Ja, aber alle anderen
Tage werden wir leben.

Grundprinzipien Angstbehandlung bei komorbiden Patienten

7. Aufbau von kompensatorischem Verhalten

„Wem es schlecht geht, der muss es sich gut gehen lassen...!“

Aufbau von

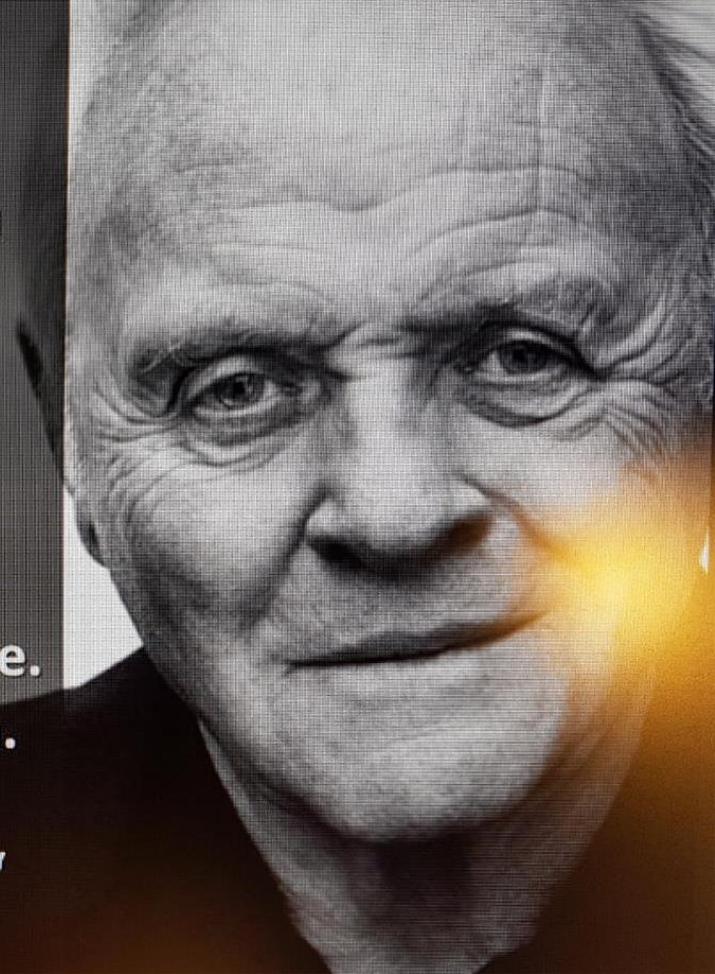
- Freizeitverhalten, Hobbys
- Sexualverhalten
- Genussreichem Erleben

Überleben muss sich lohnen!

8. Unterstützung bei Lebensstiländerungen

**„Keiner von uns kommt
lebend hier raus.
Also hört auf, Euch wie ein
Andenken zu behandeln.
Esst leckeres Essen.
Spaziert in der Sonne.
Springt ins Meer.
Sagt die Wahrheit und
tragt Euer Herz auf der Zunge.
Seid albern. Seid freundlich.
Seid komisch.
Für nichts anderes ist Zeit.“**

-Sir Philip Anthony Hopkins-



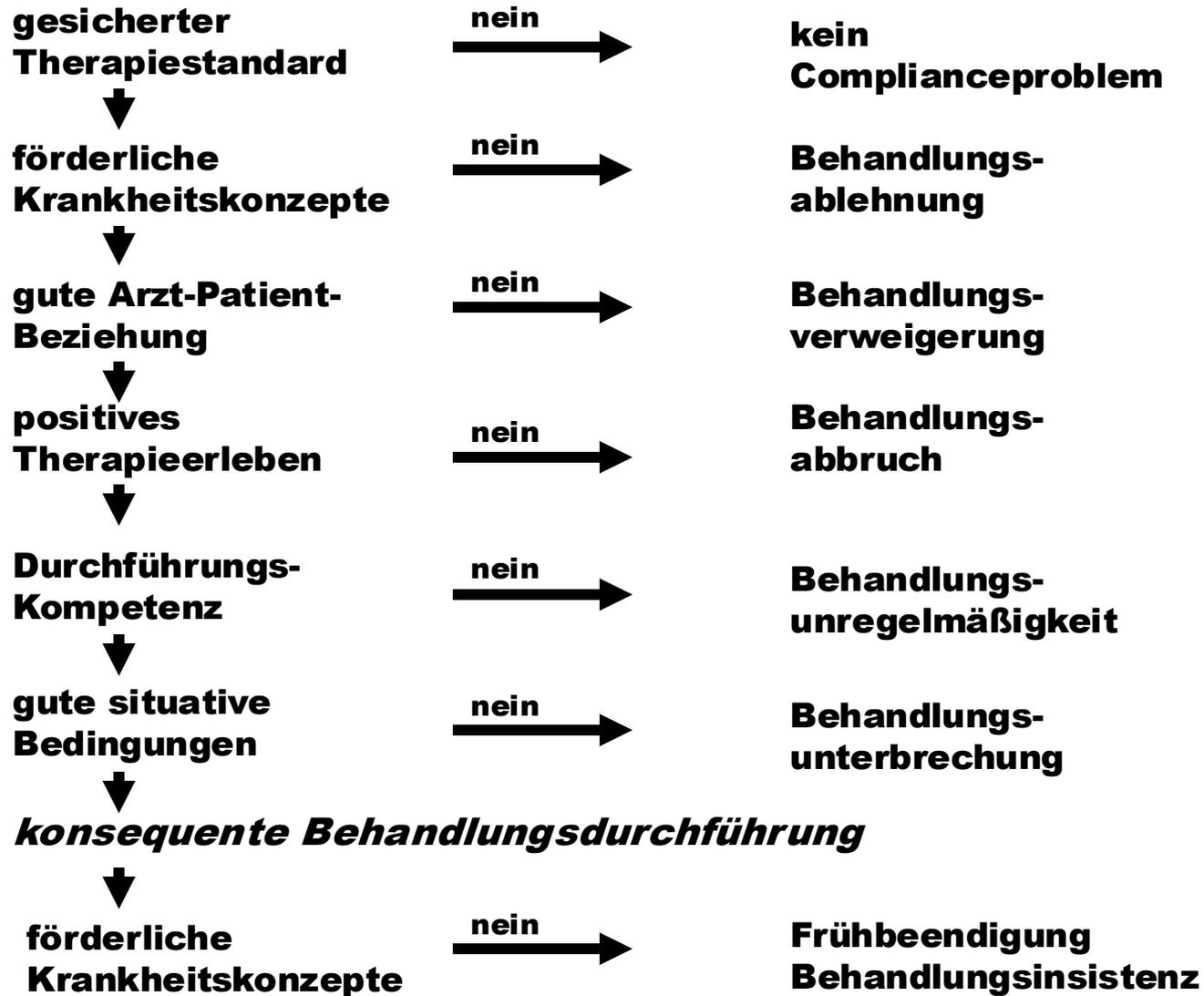
Was blockiert Verhaltensänderungen? – Aufgaben psychologischer Interventionen

Gesundheitsverhalten analysieren:

- **In welchem Veränderungsstadium befindet sich Patient?**
z.B. Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska/DiClemente: Präkontemplation, Kontemplation, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Termination
- **Ausprägung wichtiger Faktoren:**
z.B. Selbstwirksamkeit, Handlungsergebniserwartungen, Risikowahrnehmung, Intention, Planungsprozesse, Handlungsrealisierung, Umgang mit Barrieren, Versuchung und Rückfällen
- **Erkennen von Komorbidität, die Verhaltensänderung erschwert (z.B. Depression, Hirnorganik, Angst usw.)**

Stufenmodell der Compliance

erweitert n. Linden 2000



Teil 2: Depressive Störungen bei organischen Erkrankungen



Kleingruppenübung: unterschiedliche depressive Störungen bei körperlichen Erkrankungen

- Bitte schließen Sie sich in Kleingruppen zu 5-6 Personen zusammen und bearbeiten Sie den Kleingruppenzettel mit den Kasuistiken und den dazugehörigen Fragen
- Bitte benennen Sie einen Teilnehmer aus der Kleingruppe, der die Ergebnisse vorstellt
- Dauer: 20 Minuten, danach Auswertung im virtuellen Plenum

Schwierigkeiten bei der Behandlung komorbider Patienten (depressive Störung und kardiologische Erkrankung)

- Kardiologische Erkrankung steht für Patienten im Erleben deutlich im Vordergrund**
- Depressive Störung wird häufig als nachvollziehbare psychische Reaktion abgetan und Krankheitswertigkeit nicht erkannt**
- Große Skepsis ggü. Antidepressiva („habe schon so viele Medikamente...“)**
- Antidepressiva Medikation schwieriger wg. multipler Wechselwirkungen: am ehesten SSRI verträglich (z.B. Citalopram, Sertralin)**