

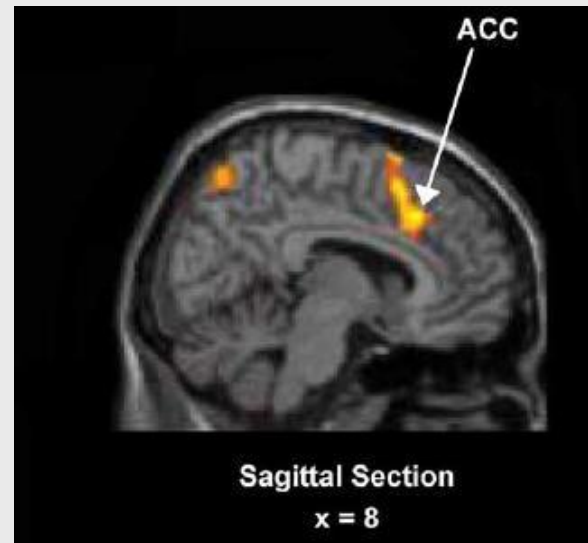
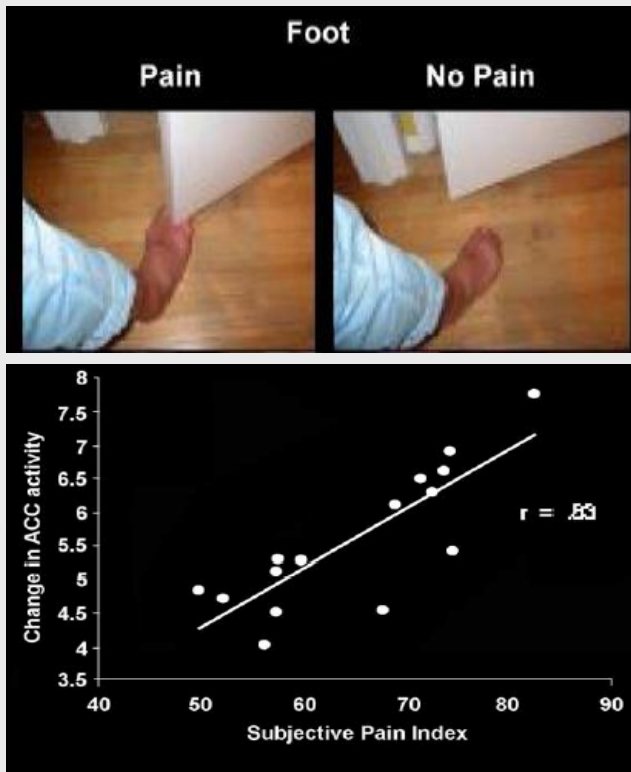
Grundlagen der Psychosomatik

Prof. Dr. med. Christoph Herrmann-Lingen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Körperschmerz – Seelenschmerz



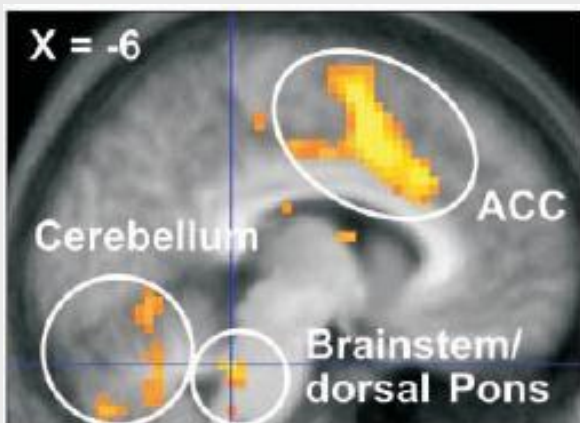
Körperschmerz – Seelenschmerz



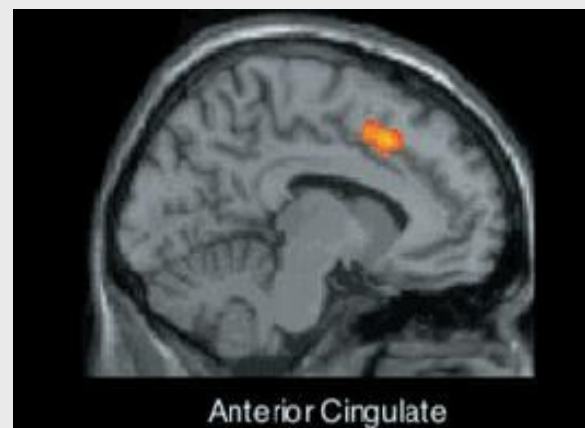
Empathische Schmerz Wahrnehmung
Jackson PL et al., Neuroimage 2005

Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg (2007)

Körperschmerz – Seelenschmerz



Fremder Schmerz = eigener Schmerz;
Singer T et al., Science 2004



„Does rejection hurt?“
Eisenberger NI et al., Science 2003

Psychosomatik ist ...

„die **Wissenschaft** und **Heilkunde**
von den **wechselseitigen Beziehungen**
psychosozialer und körperlicher Vorgänge
in Ihrer **Bedeutung für Gesundheit und Krankheit**
von **Menschen**“

(v. Rad)

Es geht dabei darum,
nicht dem Körper weniger sondern
der Seele mehr Aufmerksamkeit zu schenken!

Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg (2007)

Psychosomatik ist ...

...sowohl eine **Grundhaltung im Umgang**
mit Patienten jedweder Fachrichtung
(z.B. psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis)

als auch ein

Spezialgebiet mit besonderer Expertise in der
Erkennung und (insbesondere psychotherapeutischen)
Behandlung von krankheitswertigen Störungen
leib↔seelischer Vorgänge

(z.B. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg (2007)

Psychosomatische Krankheitsbilder i.e.S.

- **Psycho-somatische Störungen**
 - Funktionelle Störungen (F45, F48, F51, F52; *funktionelle Symptomatik bei Angst, Depression ...*)
 - Dissoziative Störungen (F44)
 - Psychosomatische Störungen mit Organbefund (*Essstörungen F50, psych. Beteiligung F54, Artefaktstör. F68*)
- **Somato-psychische Störungen**
 - Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)
 - „reaktive“ Depression, „sekundäre“ Angststörung / Somatisierung

Psychokardiologie

Christoph Herrmann-Lingen

Psychokardiologie: Themen

- ***Historische Wurzeln und aktuelle Evidenz***
- ***Stress und Herzerkrankung***
- ***Herzerkrankung als Stressor***
- ***Somato-psychosomatische Prozesse***
- ***Erkennung und Behandlung psychischer Komorbidität bei Herzpatienten***

Herz und Seele...

Apostelgeschichte 4-5

„Die Menge aber der Gläubigen war **ein Herz und eine Seele**; ... es war ihnen alles gemeinsam. (...)

Doch Ananias und seine Frau Saphira bestahlen die Gemeinde.

Darauf Petrus: „Ananias, warum hat der **Satan dein Herz erfüllt**? (...) Warum hast du dir solches **in deinem Herzen vorgenommen**?“

...zwei Fälle von psychogenem Herztod

Apostelgeschichte 4-5

„Als Ananias diese Worte hörte,
fiel er nieder und gab den Geist auf.“

Saphira kommt ahnungslos hinzu, wird von Petrus mit ihrer Schuld und dem Tod ihres Mannes konfrontiert.

„**Und alsbald fiel sie zu seinen Füßen und gab den Geist auf.**“

HISTORY OF TWO CASES

OF

ANGINA PECTORIS.

By SAMUEL BLACK, M.D.

OF NEWRY.

COMMUNICATED BY

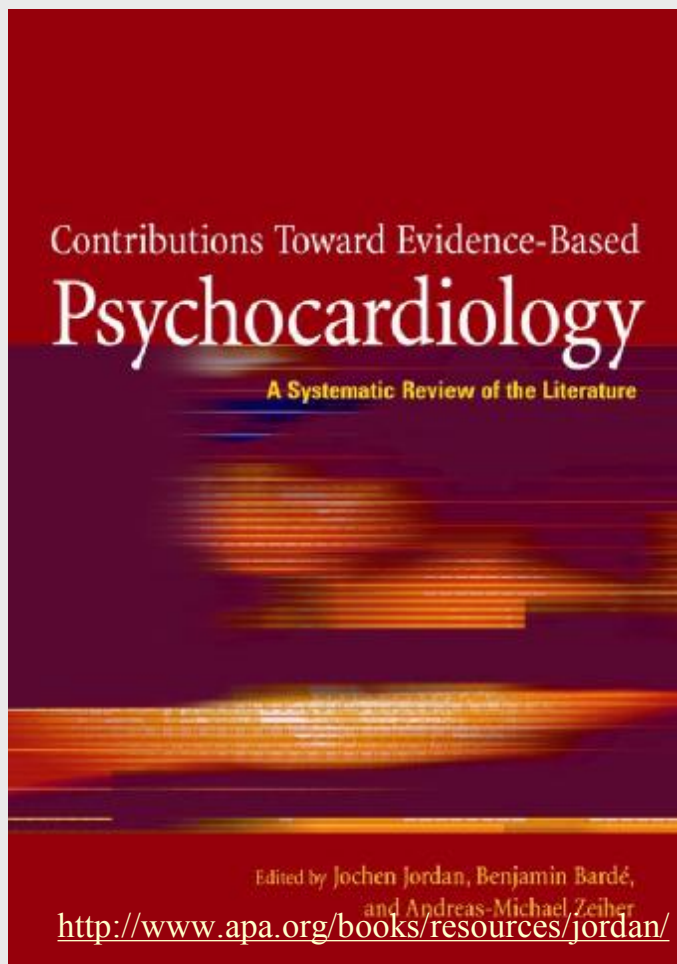
DR. CURRY.

Read Jan. 23, 1816.

Drei Fälle von Angina pectoris

Black, 1816

- primäre und eigentliche Ursache:
„**Verknöcherung der Koronarien**“
- mit fülligem Habitus und subkutaner Fettansammlung verbunden
- „**mächtig verderblicher Einfluss starker seelischer Emotion oder deprimierender Leidenschaft**“: Auslösung durch Trennungsschmerz, Trauer über Verlust von Angehörigen oder Gefängnisstrafe



Ch. Herrmann-Lingen / Ch. Albus /
G. Titscher (Hrsg.)
Psychokardiologie

Ein Praxisleitfaden für Ärzte
und Psychologen



Deutscher
Ärzte-Verlag

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Leitlinien – Beispiele

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2003

Z Kardiol 92:501–521 (2003)
DOI 10.1007/s00392-003-0960-1

LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN

R. Dietz
B. Rauch

Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, im Auftrag bearbeitet von der Kommission für Klinische Kardiologie (R. Dietz, M. Gottwik, B. Levenson, T. Meinertz, A. Osterspey, R. Strasser, U. Tebbe, K. Werdan; außerdem assoziiert: G. Arnold, H.-J. Trappe) und den beteiligten Fachgesellschaften (H.-J. Becker, D. Behrenbeck, C. Bode, E. Gams, S. Heinemann, K. Held, H. Katus, B. Rauch)

Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufferkkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Leitlinien – Beispiele

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2003

3.2.5 Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Risikofaktoren tragen über verschiedene Mechanismen zur Entstehung der KHK bei und beeinflussen deren Prognose negativ (21, 66, 112). Betroffen sind vor allem Patienten mit

- Depression;
- fehlendem sozialem und emotionalem Rückhalt.

Beim Risikofaktoren-Management der KHK-Patienten sollten die individuellen psychosozialen Risikofaktoren berücksichtigt werden. Ggf. sind geeignete unterstützende, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten (s. Kapitel 4: Rehabilitation, Seite 514).

Leitlinien – Beispiele

Positionspapier DGK u.a. 2005

Z Kardiol 94Suppl 3, III/113–III/115 (2005)
DOI 10.1007/s00392-005-1316-9

H. Gohlke, Bad Krozingen (Vorsitz)
W. Kübler, Heidelberg
P. Mathes, München
T. Meinertz, Hamburg
G. Schuler, Leipzig
D.B. Gysan, Köln
G. Sauer, Duisburg

Positionspapier zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Aktuelle Fassung vom 25. 3. 2003

**Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft
für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung**

**Bearbeitet im Auftrag des Vorstandes
durch die Projektgruppe Prävention**

Leitlinien – Beispiele

Positionspapier DGK u.a. 2005

Tab. 1 Psychosoziale Risikofaktoren, assoziierte Verhaltensmerkmale und physiologische Prozesse in der Ätiologie und Pathogenese der KHK

Psychosozialer Risikofaktor	Verhaltenskonsequenzen	Physiologische Mechanismen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Niedriger sozioökonomischer Status ■ Soziale Isolation ■ Psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz und in der Familie, Schichtarbeit ■ Negative Emotionen wie Depressivität, Feindseligkeit und Neigung zu Ärger 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ungesunde Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel ■ Verstärkte Probleme, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen anzunehmen oder beizubehalten ■ Inadäquate Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im Fall herzbezogener Symptome, geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen ■ Negatives Sozialverhalten ■ Schlafstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autonome Dysfunktion, v.a. verminderte Herzfrequenzvariabilität ■ Erhöhte Herzfrequenz- und Blutdruckreaktivität, erhöhte Thrombozytenadhäsivität ■ Gestörte Kortison- und Serotoninrhythymik ■ Aktivierte entzündliche und hämostatische Prozesse, v.a. Erhöhung von Fibrinogen, CRP, PAI-1, TNF-α und verschiedener Zytokine ■ Metabolische Störungen, v.a. zentrale Adipositas, Insulinresistenz, Hypertonie, Dyslipidämie

Leitlinien – Beispiele

Positionspapier DGK u.a. 2005

1. Entwickeln Sie ein tragfähiges therapeutisches Bündnis.
2. Beraten Sie alle Patienten, die ein Risikomerkmale aufweisen.
3. Stellen Sie sicher, dass Ihr Patient den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und dem Gesundheitsrisiko verstanden hat.
4. Helfen Sie Ihren Patienten, eigene Barrieren zur Verhaltensumstellung wahrzunehmen.
5. Streben Sie eine verbindliche Bereitschaft Ihres Patienten zur Verhaltensänderung an.
6. Beteiligen Sie Ihren Patienten an der Identifizierung und Auswahl zu verändernder Risikofaktoren.
7. Kombinieren Sie Maßnahmen der Edukation und der Verhaltensbeeinflussung mit Maßnahmen, die der Patient selbst entwickeln bzw. anwenden kann.
8. Gestalten Sie einen Therapieplan zur Verhaltensänderung mit konkreten Zielen.
9. Beachten Sie die Verlaufskontrolle Ihrer Intervention (u.a. durch Wiedereinbestellung oder telefonische Nachbetreuung).
10. Beteiligen Sie weitere Experten (Ernährungsberater, Sport- und Bewegungstherapeuten, Pflegepersonal, Fachpsychotherapeuten), wo immer es sinnvoll und machbar ist.

Fallbeispiel Herr S.

- *50-jähriger Tankwart,*
- *Verheiratet, drei Töchter*
- *Seit 2001 thorakale Beschwerden*
- *Arztkontakte vermieden, Risikofaktoren nicht kontrolliert, weiter beruflich verausgabt („unentbehrlich“) bei geringer Gegenleistung, famil. Konflikte*
- *Feb. 2004 akuter Hinterwandinfarkt*

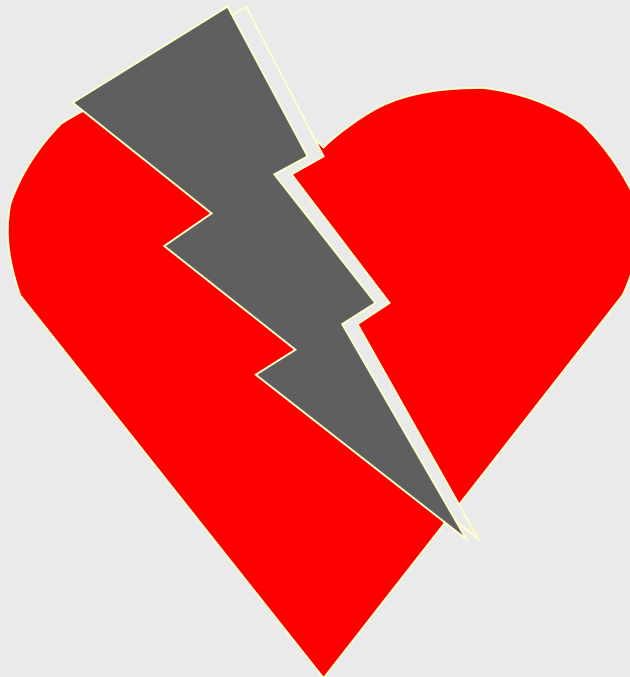
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Herr S.: Biografische Befunde

- ***Mutter 4 J. lang schwer krebskrank, im 12. Lj. des Pat. verstorben, vom Pat. noch vermisst.***
- ***Vater wenig emotional, „nur Leistung zählt“; nach Infarkt verständnislos/entwertend („fauler Hund!“)***
- ***Ausbildung zum Autoschlosser, immer – zuletzt lange unterwertig – gearbeitet („nur malochen, malochen“)***
- ***Affektausdrucks- und Impulskontrollstörung (viel habitueller Ärger, wiederholte Wutausbrüche, übermäßiges Essen, Alkoholabhängigkeit)***

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Herzinfarkt = „Ich-Infarkt“



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Herr S.: Befunde und Verlauf nach Infarkt

- **Akut** PTCA/Stent in großen subtotal stenosis. PLA(Cx)
RIVA langstreckig 75%, RD3 95% im Abgang, prox. RCA 50-60%;
- **Echo:** LVEF 58%, AI I, MI I
- In **Reha** persistierende Bel.-AP,
aber b. neg. Ergo bis 225 W und ungünstiger Anatomie
keine Re-Intervention versucht
- Aussagen des **amb. Kardiologen:**
„notfalls müssen Sie in Rente gehen“
„wenn Sie Pech haben,
können Sie hier aus der Tür gehen und tot umfallen“
- 3 Mon. nach Infarkt auf Drängen der Frau Vorstellung PSOM

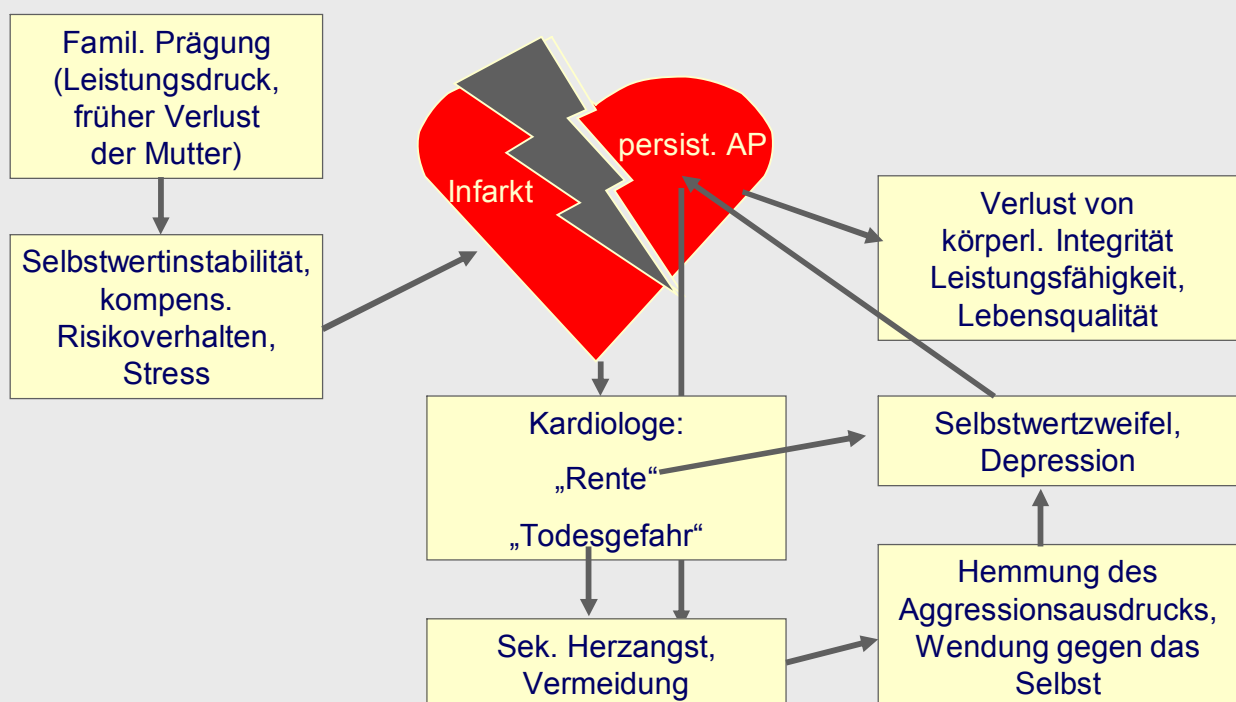
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Psychosomatische Diagnosen

- *Mittelgradige depressive Episode (F32.1)*
- *Sekundäre Herzphobie (F40.2)*
- *Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)*
- *V.a. psychische Mitbeteiligung bei KHK (F54)*
- *Alkoholabhängigkeit (F10.20), seit 1998 abstinent*
- *Nikotinabusus (F17.1), seit Infarkt abstinent*

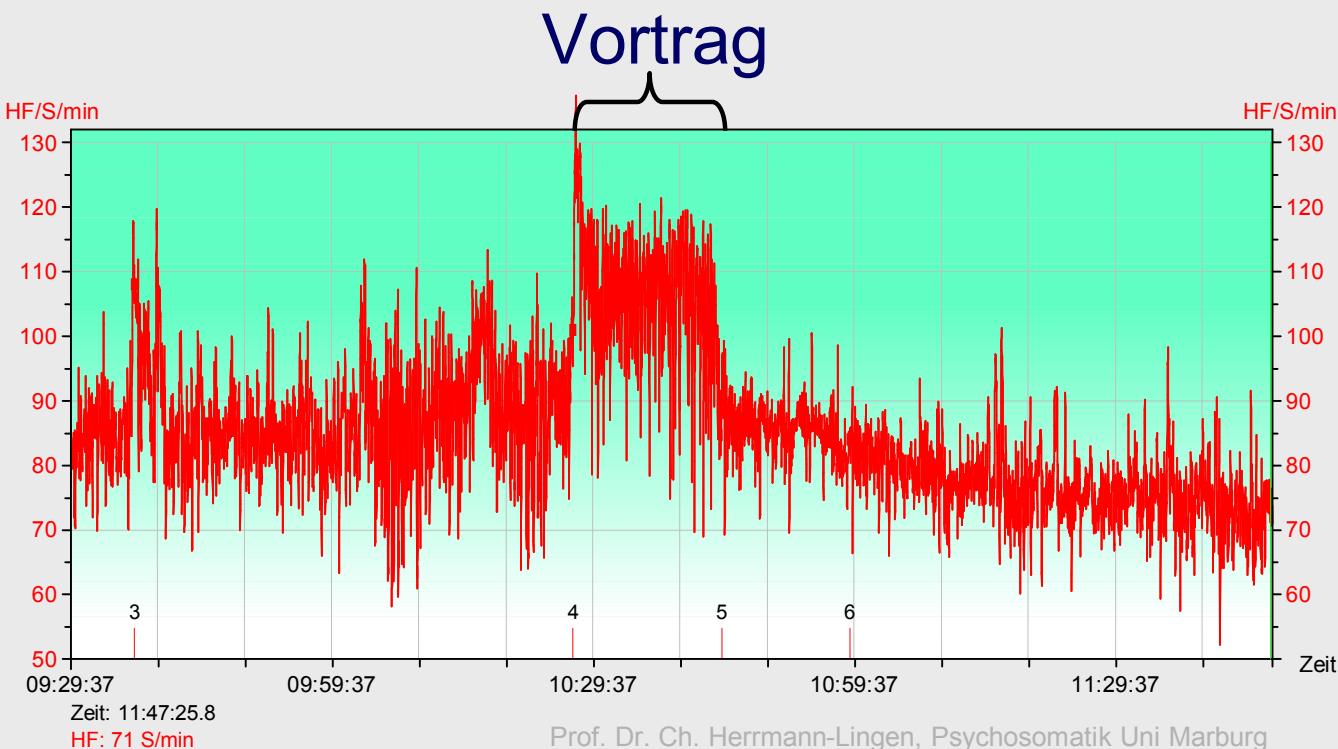
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Psychodynamische Hypothesen Herr S.



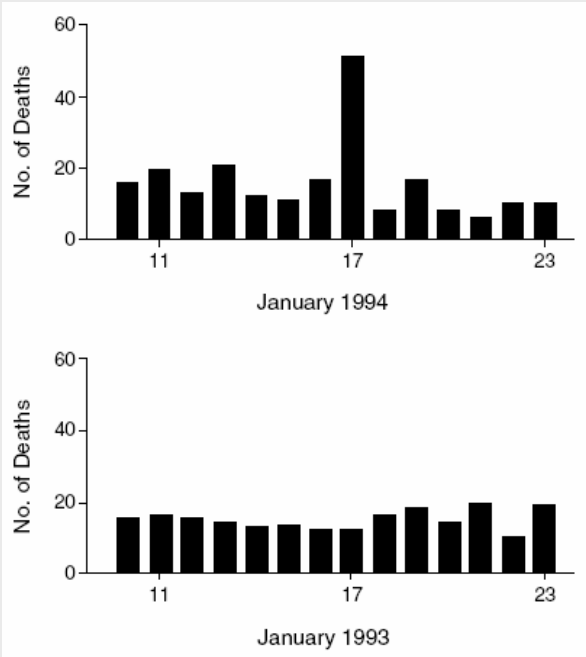
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Lampenfieber und Herzfrequenz



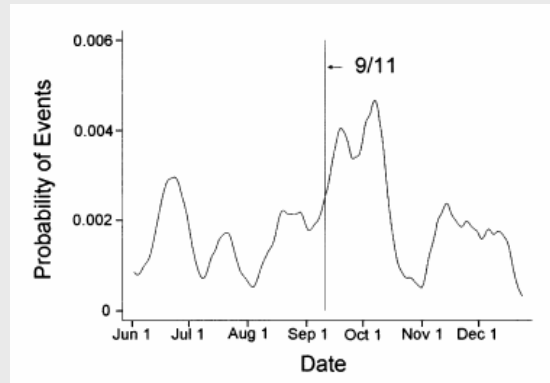
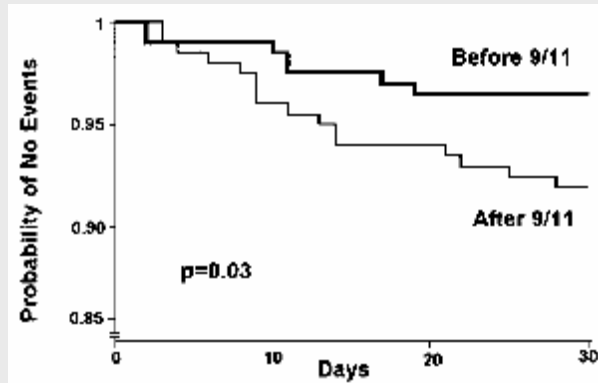
Erdbeben als Auslöser plötzlicher KHK-Todesfälle

(Leor J et al., NEJM 1996)



Arrhythmische Ereignisse bei ICD-Patienten vor und nach dem 11.9.2001

(Steinberg et al., JACC 2004)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

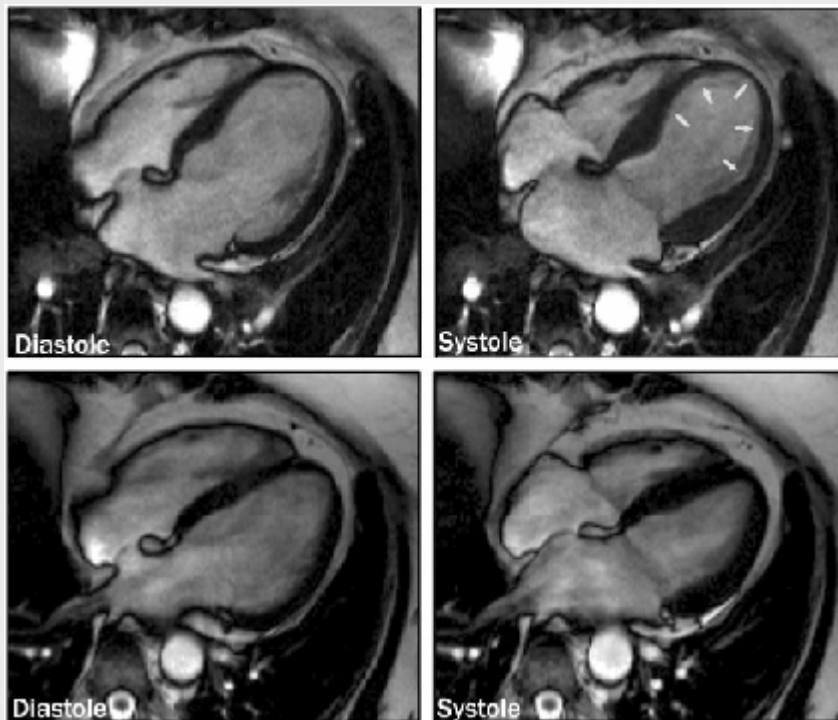
„Stress-Kardiomyopathie“

(Sharkey SW, Circulation 2005; Wittstein IS, NEJM 2005)

- Auslöser: Schwere akuter emotionaler Stress
- Überwiegend bei Frauen > 50 J.
- Akut lebensbedrohlich mit LVEF 20-30%, typisches „Tako-tsubo“-Kontraktionsmuster
- Kein Infarkt, keine typ. Myokarditis
- Assoziiert mit massiv erhöhten Katecholaminspiegeln

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

„Stress-Kardiomyopathie“: Restitutio ad integrum in 1-4 Wo.



Akutphase

Erholung

*Sharkey SW,
Circulation 2005*

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

„Stress-Kardiomyopathie“ Auslösende Ereignisse

(nach Sharkey SW, Circulation 2005; Wittstein IS, NEJM 2005)

(drohender) Tod des Partners/Jahrestag	7%
Tod anderer nahestender Personen	29%
Emotionales interpersonelles Ereignis negativ (Konflikt, Trennung)	24% 17%
neutral/positiv (Überraschung, Ansprache)	7%
Eig. Erkrankung, Unfall, med. Behandlung	22%
Gewalt-/Missbrauchserfahrung	5%
Soziale Frustration (z.B. beruflich, finanziell)	15%

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Kardiales Risiko durch Fernsehen?

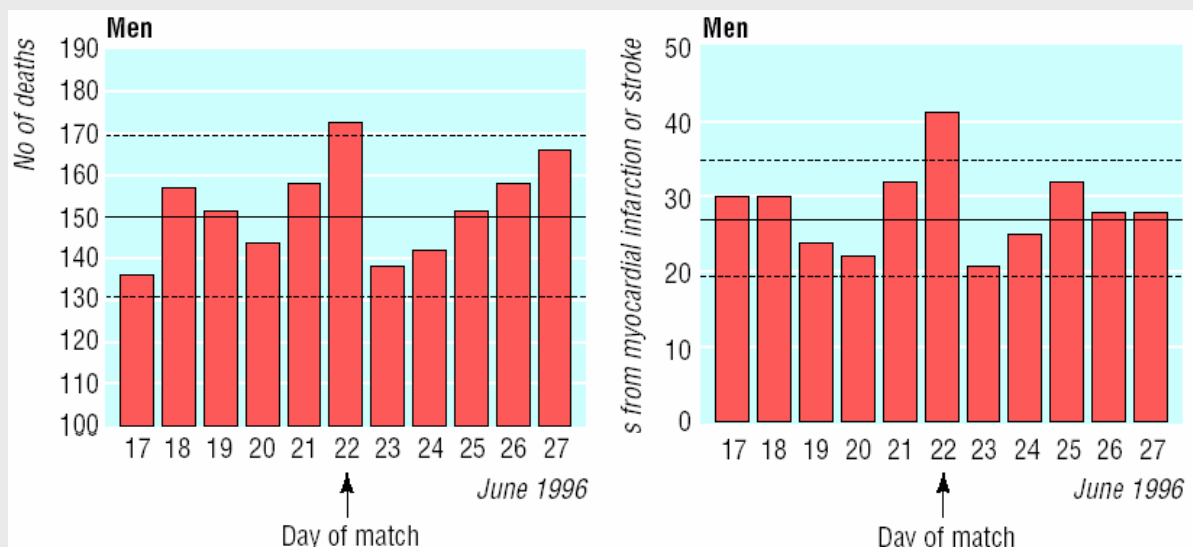


Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg



Kardiovaskuläre Todesfälle nach Viertelfinal-Niederlage (Holland 1998)

(Witte DR et al., BMJ 2000)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Krankenhausaufnahmen wegen Myokardinfarkt nach WM-Niederlage

(Carroll D et al., BMJ 2002)



Argentina goalkeeper Carlos Roa saves Paul Ince's penalty ...



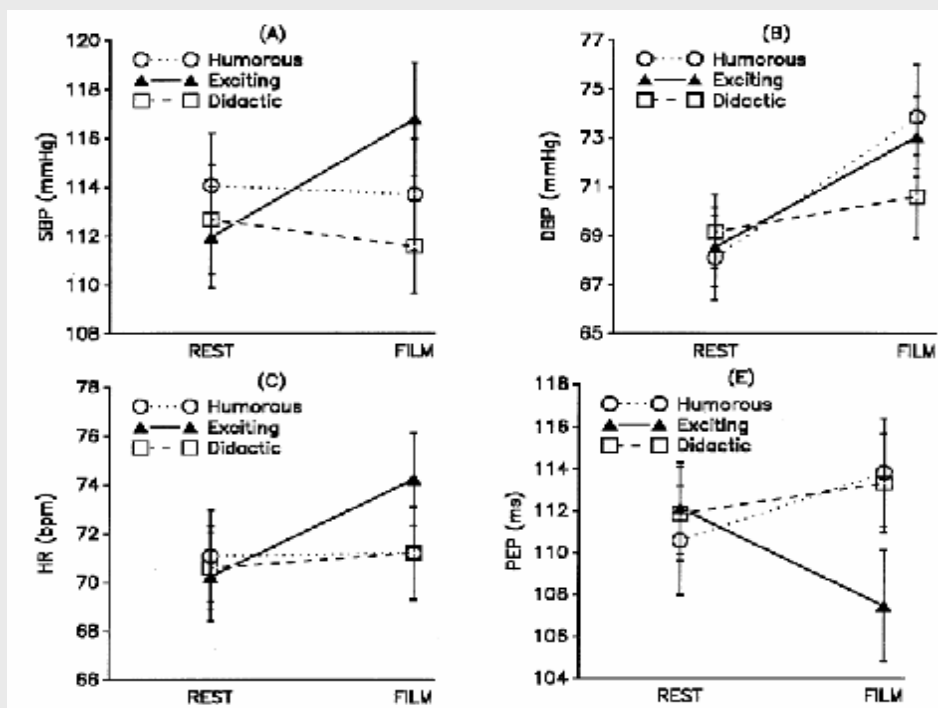
... and England fans' hearts miss a beat

	Observed/expected* No of admissions	Actual-expected	Adjusted risk ratio†
Day of match	91/72	19.2	1.25 (0.99 to 1.57)
1 day after	88/72	16.0	1.21 (0.96 to 1.57)
2 days after	91/71	20.0	1.27 (1.01 to 1.61)

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Physiologische Reaktionen auf Filmausschnitte

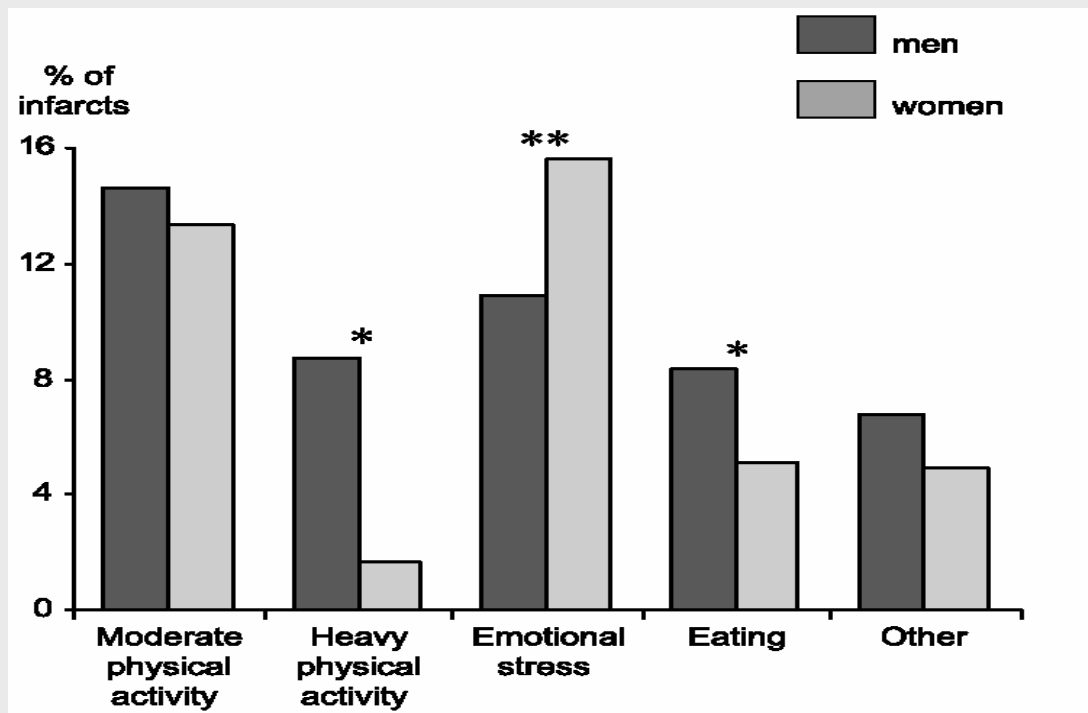
(Harrison LK et al., Biol Psychol 2000)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Infarktauslöser nach Geschlecht

(Metaanalyse 17 Studien; Čulić V et al., Int J Cardiol 2005)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

INTER-HEART: Relevanz koronarer Risikofaktoren für Infarktentscheidung

N=29 972; Yusuf S et al., Lancet 2004; 364(9438):937-52

Risikofaktor

Anteil der hierdurch mitbedingten Infarkte

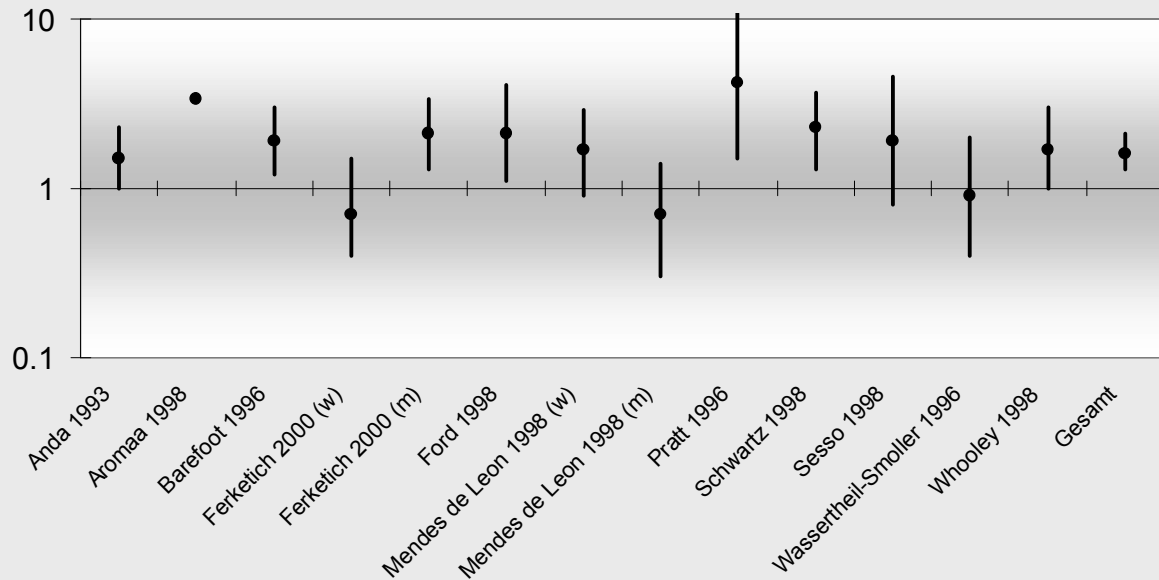
Lipoproteinmuster ApoB/ApoA-1	49.2 %
Aktives Rauchen	35.7 %
Psychosoziale Faktoren / Stress	32.5 %
Abdominelle Adipositas	20.1 %
Hypertonus	17.9 %
Nicht täglich Obst / Gemüse	13.7 %
Bewegungsmangel	12.2 %
Diabetes	9.9 %
Alkoholkonsum	6.7 %
Gesamt	90.4 %

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Depression als Koronar-Risikofaktor

(Ladwig, Erazo und Rugulies, 2003)

Relatives KHK-Risiko Depressiver



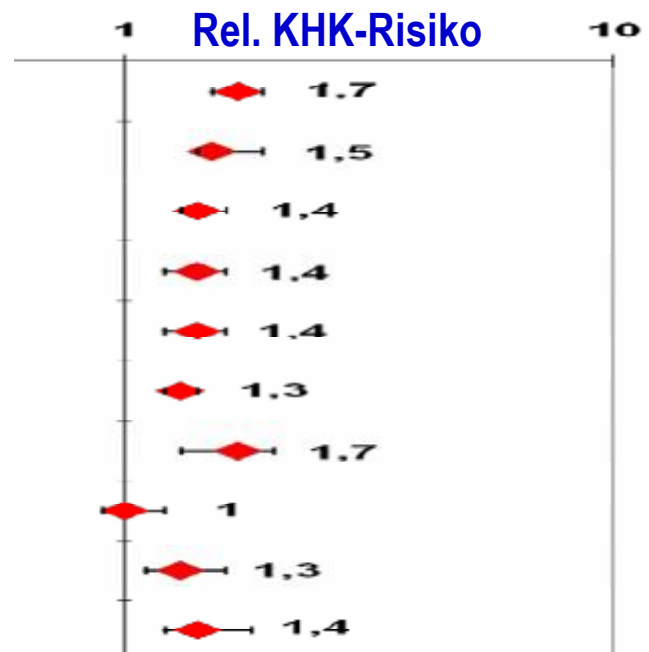
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Relatives Risiko (adjustierte Odds Ratio) für KHK nach Kindheitsbelastungen

N=17 337; Dong M et al. Circulation 2004; 110:1761-6

Kindheitserfahrung

- Emotionaler Missbrauch (n=1829)
- Körperl. Misshandlung (n=4912)
- Sexueller Missbrauch (n=3586)
- Häusliche Gewalt (n=2201)
- Psychische Krankheit (n=3359)
- Substanzabusus (n=4655)
- Kriminalität (n=809)
- Elterl. Ehekonflikte (n=4031)
- Emot. Vernachlässigung (n=1256)
- Körperl. Vernachlässigung (n=836)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Häufigkeit von Befindlichkeitsstörungen bei Infarktpatienten

- Mindestens 50% **Angst**
- 40-50% **Depressionen**,
davon 15-20% schwer

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Folgen von Angst und Depression bei Infarktpatienten I

(Herrmann-Lingen und Buss, VAS 2002)

- Mehr Herzbeschwerden
- Weniger Aktivität
- Schlechteres Reha-Ergebnis
- Weniger Rauch-Abstinenz
- Weniger Stress-Abbau
- Schlechtere Lebensqualität

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Folgen von Angst und Depression bei Infarktpatienten II

(Herrmann-Lingen und Buss, VAS 2002)

- Mehr Arztbesuche und –kosten
- Mehr Untersuchungen
- Mehr Frühberentungen
- Mehr Komplikationen
- Evtl. früherer Tod

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

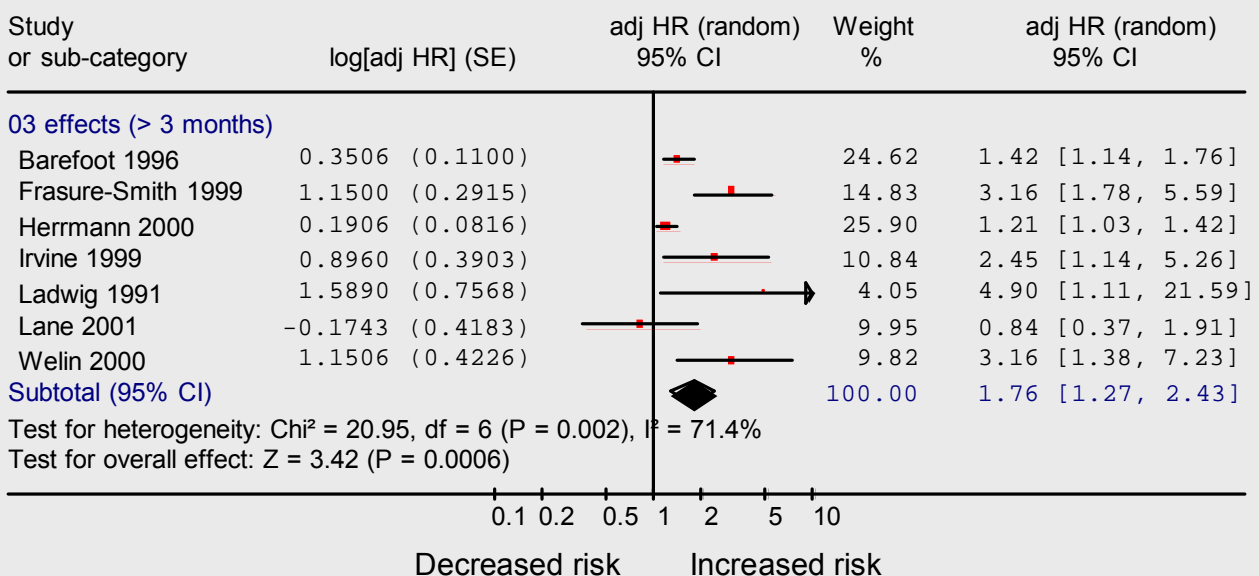
Mortalität depressiver Koronarpatienten

(Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C: Psychosom Med, 2004)

Review: Depressive symptoms as a risk factor in CHD patients

Comparison: Depressive symptoms as a risk factor for mortality (adjusted Hazard ratios)

Outcome: Mortality of CHD patients (all studies)



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Prognostisch bedeutsame Wirkmechanismen der Depressivität

Depressivität führt zu

- ∅ Vermehrter **Thrombozyten- und Gerinnungsaktivierung** (z.B. Laghrissi-Thode et al., 1997)
- ∅ Reduzierter **Herzfrequenzvariabilität (?)** (z.B. Pitzalis et al. 2001) ⇒ **Herzrhythmusstörungen?**
- ∅ **Proinflammatorischen Effekten** (Appels et al. 2000)
- ∅ Gestörter **Vasomotorik** (z.B. Sherwood et al. 2005) ⇒ mehr **Ischämieepisoden** (z.B. Jiang et al. 2003)
- ∅ **Risikoverhalten** (Soz. Rückzug, Noncompliance) (z.B. Ziegelstein et al. 2000)

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

HADS - ein Screening-Fragebogen für körperlich Kranke

HADS-D

Fragebogen zur Erfassung von Depressionen und Angststörungen

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, wie oft Sie sich in den letzten 7 Tagen so gefühlt haben:

1	2	3	4	5
Ich fühle mich angespannt oder überreizt	meistens	oft	von Zeit zu Zeit/gelegentlich	überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	ganz genau so	nicht ganz so sehr	nur noch ein wenig	kaum oder gar nicht
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte	ja, sehr stark	ja, aber nicht allzu stark	etwas, aber es macht mir keine Sorgen	überhaupt nicht
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	ja, so viel wie immer	nicht mehr ganz so viel	inzwischen viel weniger	überhaupt nicht

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte

ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber es macht mir keine Sorgen
 überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

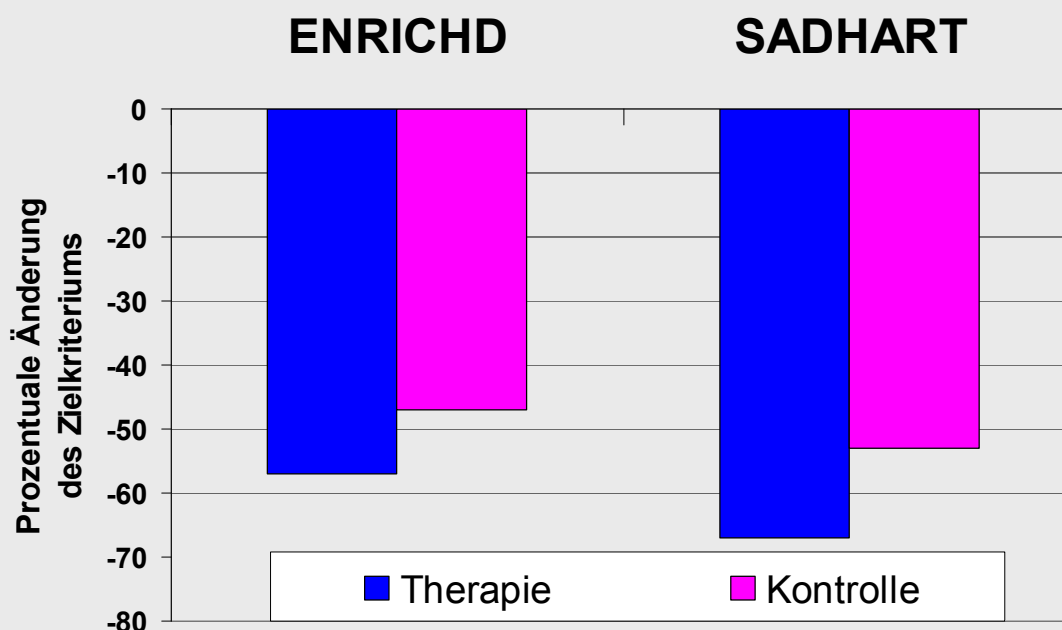
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Wichtige Multicenter-Therapiestudien zur Depression bei Koronarpatienten

- **ENRICHD** („Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease“; NHLBI; Berkman et al. 2003):
kognitive Verhaltenstherapie bei Depression od. mangelnder soz. Unterstützung nach Infarkt
- **SADHART** („Sertraline AntiDepressant Heart Attack Randomized Trial“; Pfizer; Glassman et al. 2002):

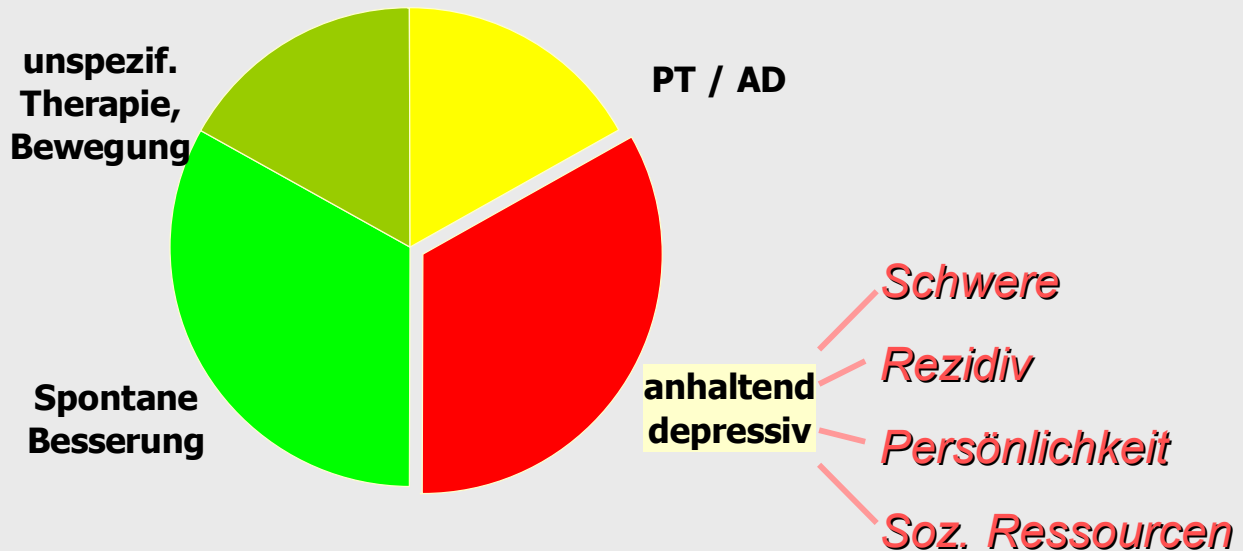
Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Multicenter-Therapiestudien zur Depression bei Koronarpatienten



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Besserungsraten der Depression bei Koronarpatienten



Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg

Zusammenfassung

- Herz und Seele: Eine uralte Beziehung und ein topaktuelles Forschungs-/Versorgungsgebiet
- Psychosoziale Kausalfaktoren und Folgen kardialer Erkrankungen gut gesichert
- Psychosoziale Behandlungen **wirksam**, aber prognostische Bedeutung unklar.
- „Comprehensive Cardiac Care“:
Individualisierte integrative Behandlung

Prof. Dr. Ch. Herrmann-Lingen, Psychosomatik Uni Marburg