12 Lungenheilkunde

12.1 Allgemeines zur Atmung

Die Atmung hat verschiedene physiologische Funktionen, z. B. die Sauerstoffaufnahme, die Abgabe von Kohlensäure, die Rolle im Säure-Basen-Haushalt, die Regelung der Temperatur und des Flüssigkeitshaushalts usw. Neben diesen lebenserhaltenden, physiologisch gut gesteuerten und geregelten Funktionen kann die Atmung auch einen Ausdruckscharakter haben, zur Gebärde werden, zum Zeichen einer emotionalen Gestimmtheit und Befindlichkeit. Neben einer streng kybernetisch geregelten Komponente gibt es also auch eine offenere, emotional bestimmte Komponente. Dies drückt sich auch im Beziehungserleben, in der Interaktion aus: Durch seine spezifische Atmung nehmen wir ein Gegenüber auch ohne Worte als erregt (bei Zorn, Wut, Angst, Schmerz) oder entspannt (bei Wohlbefinden etc.) wahr und setzen uns selbst entsprechend zu ihm in Beziehung. Umgangssprachlich ist von „dicker Luft", einer „beklemmenden Atmosphäre", von Luft, die „zum Schneiden" ist, einem „Seufzer der Erleichterung" usw. die Rede. Bräutigam et al. [165] sprechen von Atmen als einer „fundamentalen Weise des Sich-Verhaltens, sie ist eine Weise des Austausches und des Gleichgewichtes zwischen Individuum und Welt".

Damit ist der Hintergrund angerissen, vor dem sowohl die funktionellen Atemstörungen wie die Hyperventilation oder das nervöse Atemsyndrom als auch die kommunikativen und interaktiven somatopsychischen Folgen somatischer Lungenkrankheiten verständlich werden.

12.2 Nervöses Atemsyndrom

12.2.1 Definition

Hauptbeschwerden sind
- der Zwang, tief durchatmen zu müssen
- eine Enge über der Brust
- Parästhesien (ein „Kribbeln") an Händen und Füßen.

Im Hyperventilationsanfall:
- Erstickungsangst
- Spasmen, im Extremfall Pfötchenstellung der Hände,
- Spasmen von Muskeln im Gesicht.

Diagnostische Klassifikation in der ICD-10

F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung des Atemsystems

12.2.2 Prävalenz

Bis zu 5 % einer Inanspruchnahme-Klientel einer psychosomatischen Ambulanz fallen unter diese Diagnose. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, jüngere und mittelalte Patientinnen eher als ältere. In Notambulanzen verschiedenster Kliniken, insbesondere in der Inneren Medizin, ist Hyperventilation ein häufiges Symptom, das allerdings auch häufig infolge von großem Schmerz vorkommt. Doch auch Angstsyndrome, verbunden mit einem nervösen Atemsyndrom, sind hier häufig.

Fallbeispiel

Angst und Hyperventilation

Eine 31-jährige erregte Frau, panisch, motorisch äußerst unruhig, im Zimmer umherlaufend, sichtbar hyperventilierend, kam in Begleitung ihres Ehemannes und ihrer Mutter. Sie klagte über panische Angst, auch Angst, keine Luft mehr zu bekommen, ihr sei schwindelig, sie habe weiche Knie.

Nach einer Grippeerkrankung mit Bettruhe vor einigen Monaten habe sie Kreislaufbeschwerden gehabt, einmal habe der Hausarzt ein Beruhigungsmittel gespritzt, danach habe sie wegen akuter Luftnot mit dem Krankenwagen in die Klinik gemusst. Seitdem habe sie Angst, keine Luft mehr zu bekommen.

Nach einigen Gesprächen wird die biografische Situation zur Zeit der Symptom-Entstehung deutlicher: Die Juristin arbeitete als Referendarin bei Gericht, erlebte die Gerichtsverhandlungen als ständige Belastung, insbesondere die öffentlichen

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

Auftritte. Sie habe sich das nicht eingestehen wollen, auch die anderen hätten es wohl nicht gemerkt. Ein halbes Jahr vor Ausbruch der Hyperventilationssymptomatik habe sie unklare Unterbauchbeschwerden gehabt. Wegen ihrer Krebsangst war sie sehr gründlich gynäkologisch bis hin zu Probebiopsien untersucht worden. Alle ärztlichen Rückversicherungen über die Gutartigkeit der Befunde hatten sie nicht beruhigt: „Die Angst ist geblieben …" Die subjektive Krankheitstheorie der Patientin sieht keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und der beruflichen Situation: Die Beschwerden werden allein auf die Grippeerkrankung und ihre Folgen, insbesondere „die Spritze", zurückgeführt. Ihr Leidensdruck findet sich allein in der Atemnot.

12.2.3 Erkennen

Leitsymptom des nervösen Atemsyndroms sind eine unphysiologische Steigerung der Intensität der Atmung und eine Veränderung der Atemmuster im Sinne einer gesteigerten Thorax- und einer verminderten Zwerchfellatmung. Die Atmung ist entweder flach und frequent mit eingestreuten Seufzeratemzügen (▶ Abb. 12.1) oder geht von einer unruhigen Atmung in eine ausgeprägte Hyperventilation über (▶ Abb. 12.2).

Insbesondere die flache Atmung ist nicht immer leicht zu erkennen, und eine Hyperventilationssymptomatik wird aus diesem Grund nicht selten übersehen. Die physiologischen Folgen dieser Symptomatik führen zu motorischer Unruhe, einer Steigerung der oft vorher schon vorhandenen Angst bis hin zu einer Vernichtungsangst, Schwindel, gelegentlich Kollapsneigung und tranceartiger Abwesenheit bis hin zur Nichtansprechbarkeit. Die Dramatik und Wirkung von Hyperventilationsanfällen auf beteiligte Verwandte, Freunde oder Umstehende ist beträchtlich. Differenzialdiagnostisch muss an Krampfanfälle und Hyperventilation infolge von ausgeprägten Schmerzen (z. B. nach Herzinfarkt oder Unfällen) gedacht werden.

Eine Blutgasanalyse mit $pCO_2 < 20$ mmHg bei gleichzeitigen Beschwerden spricht für eine Hyperventilationssymptomatik, pCO_2-Werte > 30 mmHg sprechen gegen eine klinisch relevante Hyperventilation.

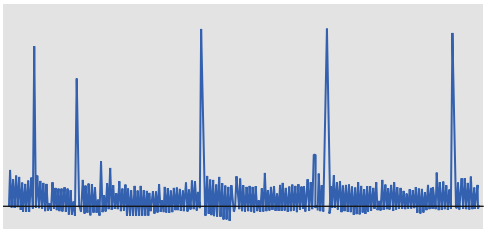

Abb. 12.1 Flachfrequente Polypnoe mit Seufzerzügen. Quelle: [165]

12.2.4 Erklären

Unwillkürlich führen in der Regel Angst- und Panikzustände zur funktionellen Steigerung des Atemvolumens. Das Atemminutenvolumen kann bis zum 5-Fachen des Normalwertes gesteigert sein. Die Atemmittellage kann inspiratorisch verschoben sein, der funktionelle Totraum vergrößert. Als Folge entsteht eine Hypokapnie: Die Kohlensäure im Blut sinkt ab, der pH-Wert steigt. Dies führt nicht zu einer Gegenregulation der Steuerung der Atmung. Es kommt zu einer Abnahme der Hirndurchblutung, Schwindel tritt auf. Sehstörungen, Kopfschmerzen und unspezifische Symptome, etwa eine Wahrnehmung wie durch

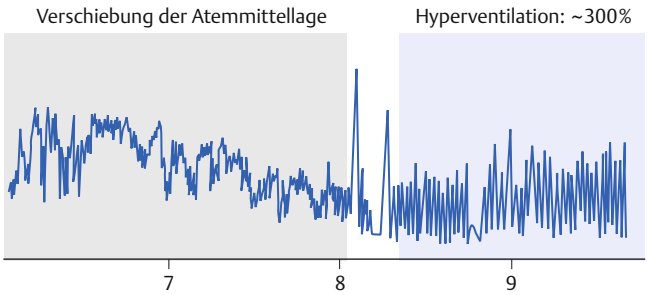

Abb. 12.2 Unruhige Hyperventilation mit Verschiebung der Atemmittellage. Rechte Seite: Hyperventilationsanfall in der 8. Minute (das Spirogramm stammt von derselben Patientin und ist fortlaufend geschrieben) Quelle: [165].

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

„eine Milchglasscheibe“, können so erklärt werden. Die Alkalose im Blut führt zu einer neuromuskulären Übererregbarkeit: Spasmen und Parästhesien treten auf. Es liegt eine Störung der Dissoziatiation der Calziumionen vor, der Calziumspiegel selbst ist normal (Diffenzialdiagnose zur hypocalzämischen Tetanie). Manche Patienten mit nervösem Atemsyndrom berichten Thorax- oder dumpfe Viszeralschmerzen.

12.2.5 Behandeln

Eine Reduktion des Atemvolumens führt zu einem Anstieg des CO_2 im Blut. Daher ist ein Hyperventilationsanfall in aller Regel selbstlimitierend. Ein durch direkte, klare Ansprache anzustrebende Reduktion der Atemfrequenz, ggf. auch Atmung gegen ein Taschentuch, die Reduktion der Thoraxatmung zugunsten der Bauchatmung führen zu einer symptomatischen Besserung. Langfristig sind Entspannungstherapien (z. B. Schwere- und Wärmeübung des autogenen Trainings) sinnvoll und erlauben es den Patienten, die Symptomatik selbst zu unterbrechen. Eine psychoedukative Erklärung der Entstehungsmechanismen der Atemnot ist hilfreich. Die Frage nach früheren Situationen mit ähnlichen (Atemnot-)Syndromen eröffnet im günstigen Fall das Erinnern früherer, möglichst der ersten Situation, in der die Hyperventilationssymptomatik auftrat. Hier kann der Schlüssel zum Verständnis einer Konditionierung der Symptomatik liegen: Emotional erregende und bewegende Situationen gehen oft mit Atemunregelmäßigkeiten einher, und ein Konditionierungslernen, das diese (Hyperventilations-)Atmung mit entsprechenden emotionalen Situationen verbindet, kann für das dann generalisierte nervöse Atemsyndrom verantwortlich sein.

Selbstverständlich ist jede begleitende psychische Störung, in aller Regel eine Angst- oder Panikstörung, zu behandeln.

Fortsetzung Fallbeispiel

Auswirkung der Psychotherapie

Die Patientin beginnt – beeindruckt durch die sie erschreckende Symptomatik – zunächst trotz ambivalenter Motivation eine Psychotherapie. Hier beschreibt sie sich als „Mustertochter“. Sie habe immer versucht, allen Ansprüchen ihrer Familie zu genügen. Innerlich habe sie sich schon gegen diese Erwartungen der Familie aufgelehnt. In der Schule habe sie selbstverständlich immer gute Noten gehabt. Den Mitschülern sei sie als Streberin erschienen. Sie habe es aber manchen Lehrern wirklich zeigen können, habe sich aufgelehnt und dafür auch viel Anerkennung der Mitschüler erhalten. Die Mutter der Patientin wirkte sehr dominant, sie habe es nach einer Fehlgeburt „am Herzen gehabt“. Der Vater wurde als leutselig und unkompliziert geschildert.

Unter der Therapie kam es zu einer Besserung, später zu einem heftigen Rückfall. Die Patientin konnte ihr Abschlussexamen erfolgreich ablegen. Langfristig ging es der Patientin nachhaltig besser.

12.3 Asthma bronchiale

12.3.1 Definition

Unter Asthma bronchiale wird eine anfallsweise auftretende Atemnot verstanden, die mit pfeifender Atmung vor allem beim Ausatmen, einem Engegefühl in der Brust und Husten oder Reizhusten einhergehen kann. Die Atemwegsobstruktion bessert sich durch Gabe von Beta-2-Mimetika um mindestens 15 % innerhalb weniger Minuten. Die Atemwege sind sehr empfindlich z. B. gegenüber Kälte und bei körperlicher Anstrengung. Es gibt eine chronische Entzündung in der Bronchialschleimhaut. Die anfallsweise Luftnot macht unruhig und ängstlich. Die medikamentösen Möglichkeiten bei Asthma sind heute sehr gut. Allerdings erfordert die erfolgreiche Behandlung eine hohe Compliance bei der Medikamenteneinnahme und ein gutes Selbstmanagement.

Diagnostische Klassifikation in der ICD-10

F54 Psychische Störung und J45 Asthma bronchiale (oder J46 Status asthmaticus)

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

12.3.2 Epidemiologie

Erwachsene und Kinder sind bei uns zu etwa 6 % (Großbritannien 20 %) betroffen, häufig „wächst sich die Störung“ in der Jugend „aus“. Eine Zunahme der Häufigkeit des Asthma bronchiale im Lauf der Zeit wird vermutlich durch Umweltfaktoren hervorgerufen.

12.3.3 Prognose

In Kindheit ist die Prognose oft gut, das Asthma kann ganz verschwinden. Auch bei Erwachsenen kommen in etwa ein ⅓ der Fälle Remissionen vor. Bei ausgeprägten Formen und prolongierter Symptomatik (Status asthmaticus) kommen auch heute noch Todesfälle vor.

Fallbeispiel

Frau G.: Asthma mit schweren Anfällen

Eine 34-jährige Patientin, Frau G., ist notfallmäßig zum wiederholten Male wegen eines schweren Asthma-Anfalles aufgenommen worden. Der psychosomatische Konsiliararzt wird am Abend des Aufnahmetages gerufen, da es auf der Station heftige Konflikte über das Behandlungsregime zwischen Patientin und Stationsarzt gibt, die Patientin einerseits hochgradig ängstlich wirke, anderseits aber auch unzufrieden mit der Therapie sei und „trotz optimaler Therapie nicht zur Ruhe komme“.

In der 1. Begegnung trifft der Konsiliararzt auf eine hochtachykarde Patientin, hyperventilierend, mit obstruktiver Atmung, mit Infusionsbehandlung und Monitor-Überwachung im Bett liegend. Der junge Arzt habe sie grob kritisiert, sie sprühe zu viel und zu oft mit ihrem Spray, dabei habe sie doch ihr Asthma, seit sie 5 sei, und könne am besten damit umgehen.

Im Gespräch über die Symptomatik, wie es denn diesmal begonnen habe und wie sie es erlebt habe, wird Frau G. etwas ruhiger, die Atemfrequenz reduziert sich, auch die Anspannung im Kontakt wird etwas geringer. Sie habe schon am Morgen „etwas schwer geatmet“, es dann aber „vergessen“ und den Haushalt gemacht. Kurz bevor der jüngere ihrer beiden Söhne um 12 aus der Schule gekommen sei, habe sie ihr Spray genommen, aber da war es schon zu spät, der 7-Jährige habe gleich gemerkt, dass sie Hilfe brauche, und habe alarmiert die Nachbarin geholt. Der Hausarzt habe den Rettungswagen gerufen, und es sei „gerade noch einmal gut gegangen“.

Die Asthma-Erkrankung war im Alter von 5 Jahren erstmals aufgetreten und hatte Kindheit und Jugend von Frau G. weitgehend bestimmt. Sie habe als Kind in den Sommerferien oft „an die See gemusst“, „zur Kur“, „das waren Kinderheime, wie Jugendherbergen, und ich habe viel Heimweh gehabt“. In der Krankengeschichte fällt auf, dass es in den letzten Jahren, etwa seit der Geburt ihrer Kinder, zweier 9 und 7 Jahre alter Jungen, mehrmals zu lebensgefährlichen Asthma-Anfällen gekommen war, die 2-mal zu einer Intubation und Beatmung geführt hatten. Wie auch bei diesem Krankenhausaufenthalt fiel bei diesen beiden Situationen auf, dass die Patientin, die gut informiert und über ihre Erkrankung geschult war, die beginnenden Symptome eines ernsten Anfalles zwar „am Rande, wie aus den Augenwinkeln“ wahrnahm, jedoch nicht adäquat reagieren konnte.

12.3.4 Erkennen

Die klinische Symptomatik und eine Hyperreaktivität auf vasokonstriktorische Reize reichen aus, um die Diagnose zu stellen.

Differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, chronic obstructive pulmonary disease) und das kardiale Asthma infolge einer Herzinsuffizienz. Die COPD ist eine wenig reversible Erkrankung, die als Folge chronischer Bronchitiden oder eines Lungenemphysems entsteht. Vorausgegangen ist in der Regel ein langjähriger Nikotin-Abusus. Die Dyspnoe ist hier belastungsabhängig, es gibt eher keine Anfälle.

Eine weitere wichtige Frage ist, inwieweit eine Hyperventilation bei Asthma bronchiale vorliegt. Angst kann sowohl die Atemfrequenz steigern als auch die Atemtiefe – oft wenig sichtbar –, und so die Atemnot und das Gefühl der Bedrohtheit weiter im Sinne eines Circulus vitiosus steigern. Ein wesentlicher Faktor der Dyspnoe und des damit verbundenen Missempfindens ist damit paradoxerweise nicht ein Zuwenig, sondern ein Zuviel an Atmung (siehe auch Kap. 12.2).

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

12.3.5 Erklären

Die chronische eosinophile Entzündung der Bronchialschleimhaut, meist initial ausgelöst durch Allergene, ist die physiologische Grundlage der Erkrankung, besonders im Kinder- und Jugendalter. Trigger der Obstruktion und damit der Anfälle sind Allergene, Anstrengung, Kälte, Infekte, psychische Erregung.

Beim „intrinsischen" Asthma der 30- bis 50-jährigen Erwachsenen finden sich keine Allergene.

Zu den *psychischen Faktoren:* Es ist wie bei anderen körperlichen Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Diabetes etc.) bekannt, dass Depressivität die Compliance vielfach verschlechtert. Weiterhin führt emotionaler Stress zu heftigeren Reaktionen auf Allergene und einer Zunahme der Obstruktivität der Atemwege in der Lunge. Bei Kindern führen emotionale Belastungen bei fehlendem und hohem Hintergrundstress zu verzögerten oder unmittelbaren Zunahmen der Häufigkeit von Asthmaanfällen.

Ein wichtiger Faktor ist die Wahrnehmung von Dyspnoe bei Asthma-Patienten: Diese kann *über*trieben sein, bei manchen Patienten aber auch *unter*trieben. Dies kommt vor allem bei Patienten mit psychischen Störungen gehäuft vor. Hyperventilation, die von etwa ⅓ der Patienten angegeben wird, kann dabei eine moderierende Funktion haben. Bekannt sind auch Zusammenhänge zwischen schlechter Compliance einerseits und niedrigerer Schicht, höherem Alter, höherer psychischer Komorbidität von Depression und Angststörungen, geringerem Wissensstand andererseits [253].

Diagnostisch wichtig sind die Analyse der Lungensymptomatik einerseits, der psychischen Konfliktsituationen andererseits und der Interaktion dieser beiden Problemfelder.

12.3.6 Behandeln

Inhalierbare Steroide sind die wichtigste Basistherapie des Asthma bronchiale. Damit gelingt eine Reduktion der asthmabedingten Verschlechterung der Lungenfunktion. Diese Medikation ist auch bei leichtgradigem Asthma indiziert. Sie geht nach derzeitigem Wissen nicht mit dem vermehrten Auftreten von Pneumonien einher. Nicht empfohlen wird eine Monotherapie mit vor allem lang wirksamen Beta-2-Mimetika. Mit zunehmender Schwere des Asthmas sind kurzwirksame Beta-2-Mimetika, langwirksame Beta-2-Mimetika und systemisch wirksame Kortikoide indiziert.

Eine Abschätzung der individuellen Angst und, in der Folge, der potenziellen Verschlechterung der Dyspnoe durch Hyperventilation ist unbedingt erforderlich. Atemtherapeutische Techniken und Entspannungstherapien sind wichtige Therapiebausteine.

Es konnte gezeigt werden, dass eine individuelle patientenbezogene Beratung die Hospitalisierungsrate und das Auftreten von Notfällen erheblich reduzieren. Diese Beratung war auf 6 Sitzungen von je 20 Minuten beschränkt, aber eben individualisiert. Wichtig sind die Entwicklung eines gemeinsamen Behandlungskonzeptes und dabei die wechselseitige Kooperation zwischen Patienten und Ärzten. Bei Asthmakindern empfiehlt sich ein familienorientierter Zugang.

Zusammenfassend handelt es sich beim Asthma bronchiale um eine gut diagnostizierbare und behandelbare Erkrankung, die allerdings mit den Problemen aller (oft schon in der Kindheit beginnenden) chronischen Erkrankungen einhergehen kann. Spezifische psychische oder soziale Probleme können die zum großen Teil auf Selbstmanagement beruhende Therapie phasenweise oder dauerhaft empfindlich stören. Dies ist angesichts der Gefährlichkeit schwerer Asthmaanfälle trotz aller Fortschritte in der Diagnostik und medikamentösen Therapie weiterhin eine bedrohliche Komplikationsmöglichkeit.

Eine „Asthmapersönlichkeit" gibt es in dieser Form nicht. Eine Psychotherapie im engeren Sinne setzt bei Asthmapatienten voraus, dass ein sicherer und verlässlicher Umgang mit der Erkrankung im Selbstmanagement vorliegt. Angesichts möglicher plötzlicher Symptomverschlechterungen ist von einem konfrontativen, konfliktorientierten Psychotherapiestil abzuraten.

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

Fortsetzung Fallbeispiel

Frau G.: Struktur- und Konflikthintergrund des Asthmas

In 2 weiteren Konsilgesprächen und einem abschließenden ambulanten Paargespräch ließen sich zwei Problemfelder herausarbeiten: Zum einen gelang es Frau G. nicht, ihren Atemstatus selbst sicher wahrzunehmen bzw. durch Nutzung eines Peak-Flow-Meters zu validieren und daraus die richtigen Schlüsse zu ziehen. Zum zweiten hatten Frau G. und ihr Ehemann einen großen Paarkonflikt, der sich auf den Erziehungsstil – wie streng oder konsequent sollten Eltern sein? – und die Sauberkeit in der Wohnung bezog: In beiden Feldern nahm der Ehemann eine sehr patriarchale Position ein, während Frau G. eher einfühlend gegenüber den Kindern agierte, sich letztlich aber nicht gut gegenüber ihrem Mann behaupten konnte. Diese Konflikte waren nach den Notfallaufenthalten wegen der Asthmaanfälle über Monate abgemildert oder nicht existent. Der Umgang mit dem Asthma war aber inadäquat und sehr gefährlich.

12.4 Pulmonale Hypertonie

12.4.1 Definition

Wenn der Druck in der Pulmonalarterie auf mehr als 25 mmHg in Ruhe (Norm < 20 mmHg) ansteigt, spricht man von einem Lungenhochdruck oder einer pulmonalen Hypertonie. Klinische Symptome treten ab Drucken von 30–40 mmHg auf. Bei weiter erhöhten Drucken von 50–70 mmHg nimmt die Auswurfleistung des Herzens ab und massive Leistungseinschränkungen sind die Folge. Die Erkrankung geht in ihren rasch fortschreitenden Verlaufsformen mit einer hohen Mortalität einher.

Diagnostische Klassifikation in der ICD-10

F54 Psychische Störung und I27 Pulmonale Hypertonie

Es können idiopathische primäre pulmonale Hypertonien von sekundären Folgekrankheiten unterschieden werden.

12.4.2 Häufigkeit

Die primäre idiopathische pulmonale Hypertonie ist selten, die sekundäre infolge von anderen Erkrankungen (Asthma, Lungenfibrose, COPD) ist häufiger.

12.4.3 Prognose

Die pulmonale Hypertonie ist eine ernste und folgenschwere Krankheit, die rasch zu massiven Leistungseinschränkungen und zum Tode führen kann: Die mittlere Überlebenszeit nach Diagnosestellung beträgt im Mittel 3 Jahre.

Fallbeispiel

Frau E.: Pulmonale Hypertonie

Die 47-jährige Frau E. wird in eine internistische Universitätsklinik aufgenommen, da ihre körperliche Leistungsfähigkeit massiv abgenommen habe. Wegen ihrer permanenten Luftnot kann sie nicht mehr weiter als 50 m mit Pausen gehen, braucht regelmäßig Sauerstoff. Frau E. hat 3 Kinder im Alter von 7, 10 und 14 Jahren. Während der apparativen Untersuchungen und der Einstellung auf ein neuartiges, sehr teures Medikament bemerkt eine für Frau E. zuständige Krankenschwester, wie die Patientin öfter still weint; sie erfährt, dass Frau E. sich vom Haushalt zu Hause völlig überlastet fühle und sich vor allem gar nicht mehr in der Lage sehe, die stürmische und vitale Entwicklung ihrer Kinder adäquat zu begleiten.

12.4.4 Erkennen

Symptome des pulmonalen Hochdrucks sind Dyspnoe, eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Kreislaufstörungen wie z. B. Synkopen, Ödeme als Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz. Die Diagnose wird durch Rechtsherzkatheter-Untersuchungen gesichert.

Etwa die Hälfte der Patienten ist infolge der Erkrankung arbeitsunfähig.

35 % der Patienten haben eine psychische Komorbidität, vor allem ausgeprägte Depressionen (16 %) und Panikstörungen (10 %), ¼ der Patienten leidet unter Panikattacken. Diese psychischen Komorbiditäten sind bei pulmonaler Hypertonie häufiger als bei anderen Lungenkrankheiten.

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG

Merke

Es kann schwierig sein, bei Patienten mit Lungenhochdruck zu unterscheiden, ob Symptome wie Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die Grunderkrankung oder durch psychische Begleitstörungen, z. B. Depressionen, verursacht werden. Wichtig ist deshalb, an die *hohe Rate psychischer Komorbidität* zu denken und gezielt danach zu fragen.

12.4.5 Erklären

Primäre idiopathische pulmonale Hypertonie gehört zu den seltenen Erkrankungen. Sekundäre Einengungen der Lungengefäße durch Lungenembolien, andere Lungenerkrankungen wie Lungenfibrose, Asthma, COPD sind häufiger.

Psychisch komorbide Störungen, wie z. B. Angstsymptome, haben einen zusätzlichen negativen Effekt auf die Atmung.

Nur ¼ der Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität erhält eine entsprechende Beratung oder Behandlung. Gründe dafür liegen in Behandlungspräferenzen der Patientinnen und in Zugangsschwellen für die psychosomatische (Mit-) Behandlung von somatisch Erkrankten.

12.4.6 Behandeln

Inzwischen haben sich in Deutschland und der Schweiz Selbsthilfegruppen etabliert, die für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Hilfe sein können und für eine initiale Beratung zur Verfügung stehen. Supportive Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, Psychotherapie und die Medikation mit Antidepressiva (SSRI) sind wirksame Maßnahmen bei Depressionen und Angststörungen.

Fortsetzung Fallbeispiel

Frau E.: Familienhilfe und -gespräche
Neben der Beantragung einer Familienhilfe für Frau E. konnte am Ende der stationären Episode ein Familiengespräch mit Frau E., ihrem Ehemann und allen Kindern durchgeführt wurden, in dem die Patientin ihre Situation mitteilte. Zwei in größerem Abstand folgende ambulante Familiengespräche halfen dabei, die körperlichen Einschränkungen von Frau E. einerseits zu adressieren und andererseits nach jetzt passenden Familienritualen zu suchen, die allen Beteiligten halfen, sich authentisch auszudrücken und mitzuteilen.

12.5 Weiterführende Literatur

[111] Löwe B, Gräfe K, Ufer C. Anxiety and Depression in Patients with Pulmonary Hypertension. Psychosomatic Me 2004; 66: 831–836

aus: Herzog u.a., Psychosomatik (ISBN 9783131479112) © 2017 Georg Thieme Verlag KG