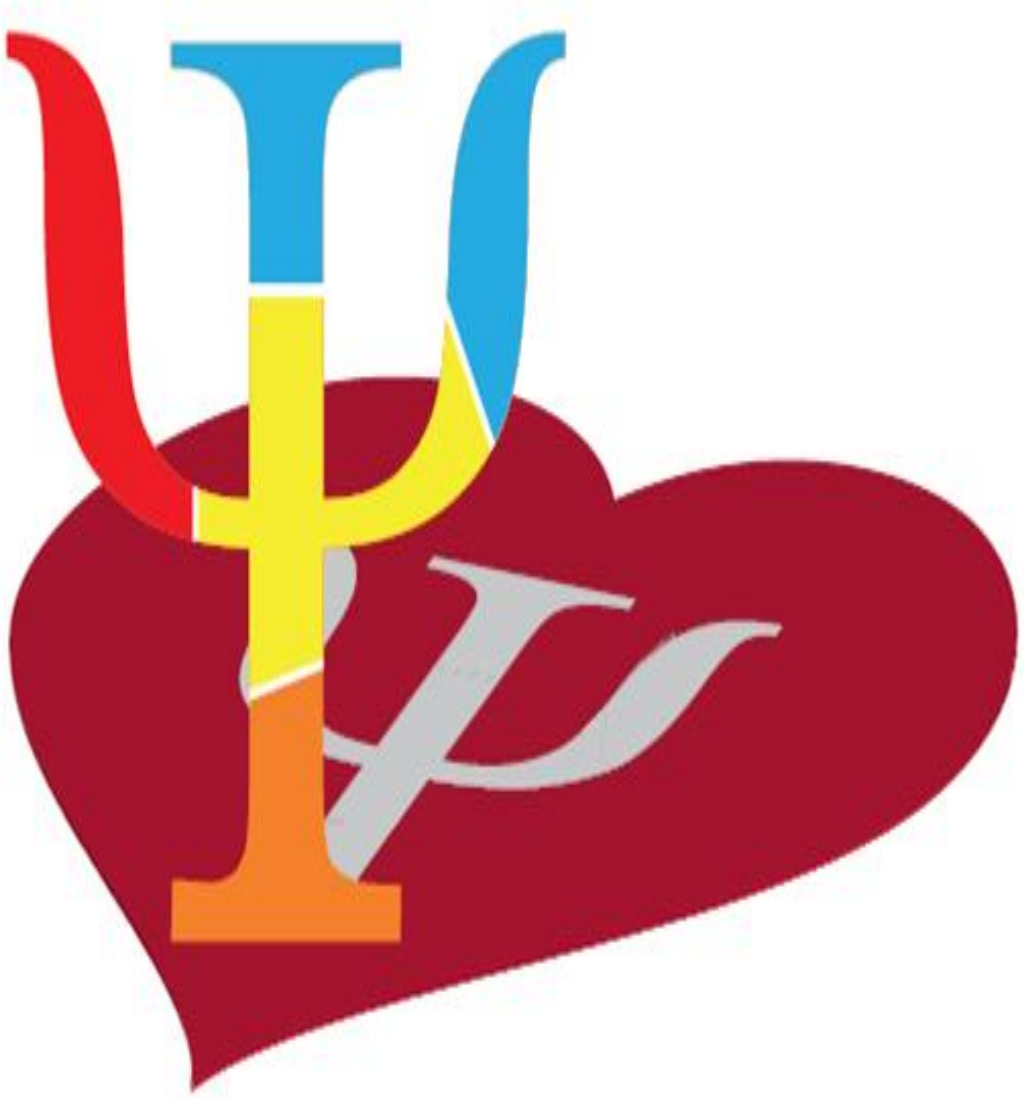
Vortrag 31. Kongress des Wildunger Arbeitskreis für Psychotherapie e.V., Bad Wildungen, 12.-16. März 2016



Herausforderungen an die Psychokardiologie: Leben mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

,

Dipl.-Psych. Dr. phil. Annegret Boll-Klatt
Institut für Psychotherapie
Universität Hamburg

Was ist Psychokardiologie? (Barde & Jordan 2015)

„Die Entwicklung einer wissenschaftlichen und professionellen Disziplin der Psychokardiologie ist ein Versuch, die funktional differenzierten Teildisziplinen der Kardiologie und der Klinischen Psychologie (inkl. der Psychotherapie; Anm. d.V.) Psychiatrie und Soziologie, …, im Sinne einer professionellen Sozialität kooperativ und arbeitsteilig miteinander zu vermitteln.“

4 ätiopathogenetische psychosomatische Modelle von Störungen / Erkrankungen im kardiovaskulären System

Basale Konzepte	Symptomatik / Erkrankung
Konversionsstörung	Herzschmerz
Somatisierungsstörung	Herzneurose / Herzangstneurose / Somatoforme autonome Störung im kardiovaskulären System
Somato-Psychosomatose	Akutes Koronarsyndrom / Herzinfarkt
Somatopsychische Störung	z.B. Postinfarktdepression

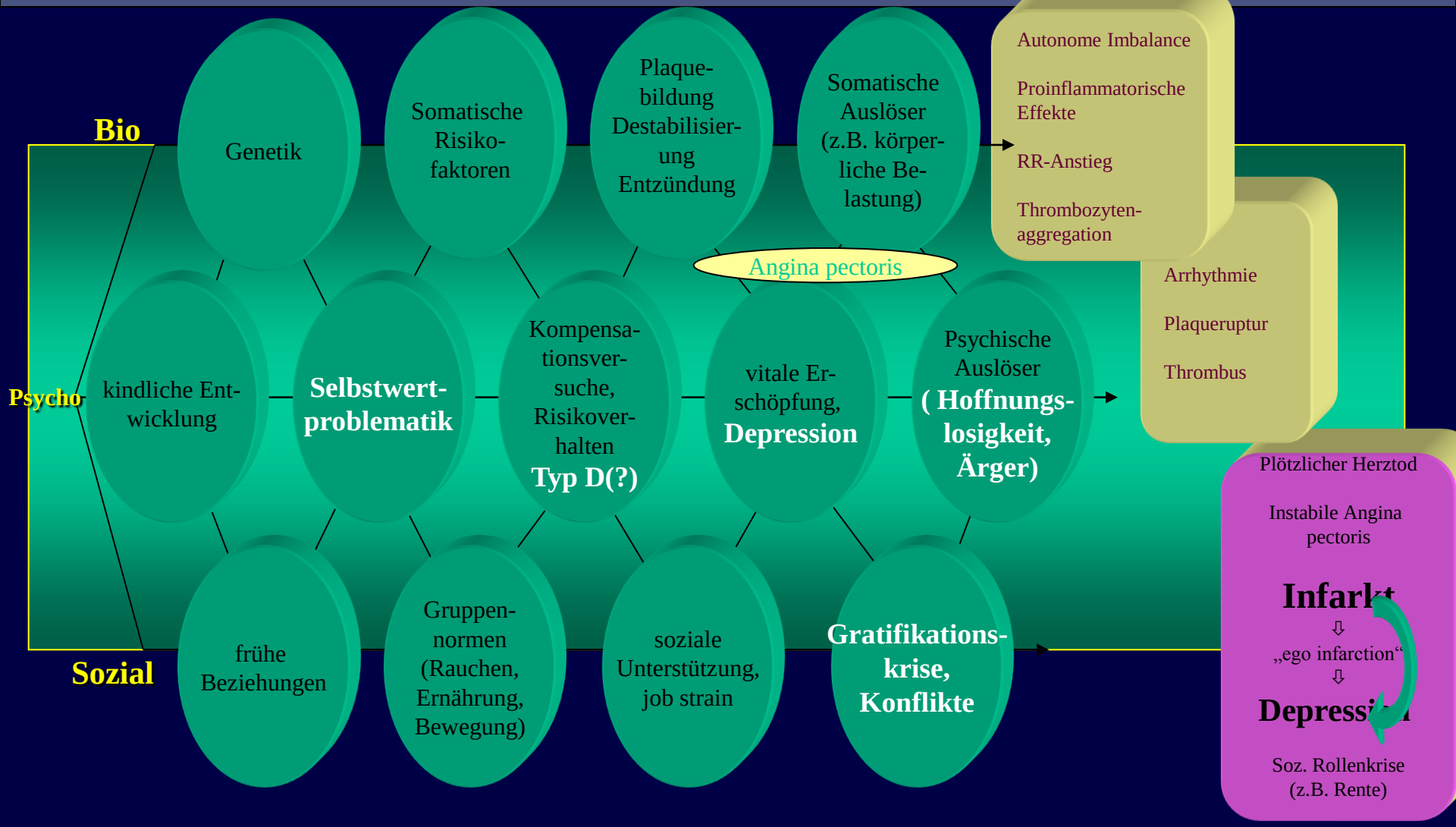
4 ätiopathogenetische psychosomatische Konzepte von Störungen/Erkrankungen im kardiovaskulären System

Basale Konzepte	Symptomatik / Erkrankung
Konversionsstörung	Herzschmerz
Somatisierungsstörung	Herzneurose / Herzangstneurose / Somatoforme autonome Störung im kardiovaskulären System
Somato-Psychosomatose	*Akutes Koronarsyndrom / Herzinfarkt*
Somatopsychische Störung	*z.B. Postinfarktdepression*

Übersicht

- Ein bio-psycho-sozio-dynamisches Modell der Koronaren Herzkrankheit (KHK)
- Psychische und psychosoziale Risikofaktoren der KHK
- Negative Affektivität und psychische Komorbidität kardiovaskulär erkrankter Patient_innen
- Ergebnisse ausgewählter Interventionsstudien
- Psychodynamische Sicht auf psychisch belastete KHK-Patient_innen
- Psychotherapeutische Behandlung der Postinfarkt-Depression

Bio-psycho-sozio-dynamisches Modell zur Genese der koronaren Herzerkrankung

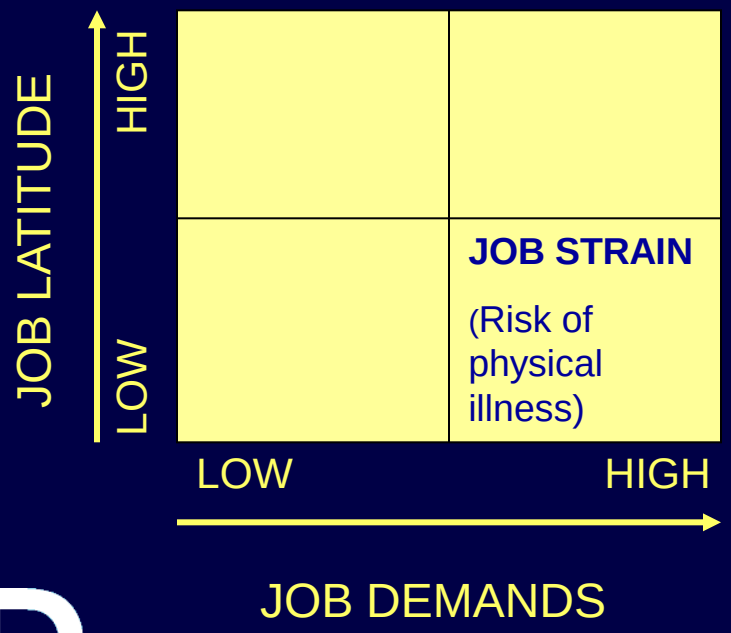


Sozioökonomischer Status

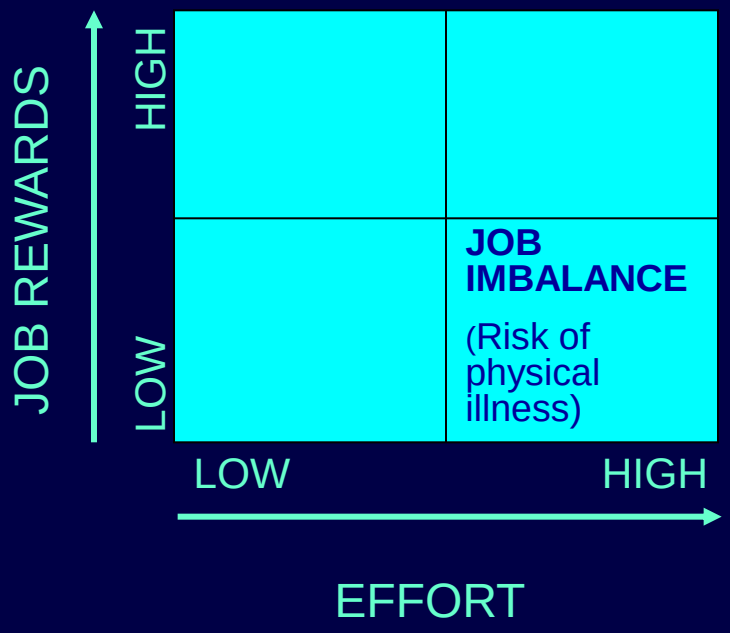
(mod.n.Herrmann – Lingen 2000)

Aktuelle Modelle zur Konzeptualisierung von pathogenem beruflichen Stress

JOB STRAIN MODEL



EFFORT: REWARD IMBALANCE MODEL



(Karasek R et al. Public Health 1981; 694 – 705
Siegrist J.J, Occup. Health Psychol. 1996; 71: 694- 705)

Signifikante Erhöhung des Krankheitsrisikos (1,5 bis 3-fach) durch psychosoziale und psychische Belastungsfaktoren

- **Psychosoziale Belastungsfaktoren**

➔ berufliche Gratifikationskrisen; Anforderungs-Kontroll-Konflikte
➔ Fehlen guter Beziehungen am Arbeitsplatz
➔ Partnerschaftskonflikte
➔ soziale Isolation und Mangel an sozialer Unterstützung
➔ niedriger sozioökonomischer Status
➔ Exzessive Überstundenbelastung, mehrjährige Nachtarbeit
➔ akut: persönliche Niederlagen, bedeutsame Lebensereignisse, natürliche Katastrophen

(Ladwig KH et al. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Der Kardiologe 1, 7-27; 2013)

Signifikante Erhöhung des Krankheitsrisikos (1,5 bis 3-fach) durch psychosoziale und psychische Belastungsfaktoren

- **Psychische Belastungsfaktoren z.B.:**

➔ negative Affektivität (vor allem Depressivität und Depression, akuter Ärger, Hoffnungslosigkeit)
➔ akute, schwere Angst und Angststörungen
➔ vitale Erschöpfung
➔ negativer Affekt und soziale Inhibition (Typ D)

(Ladwig KH et al. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Der Kardiologe 1, 7-27; 2013)

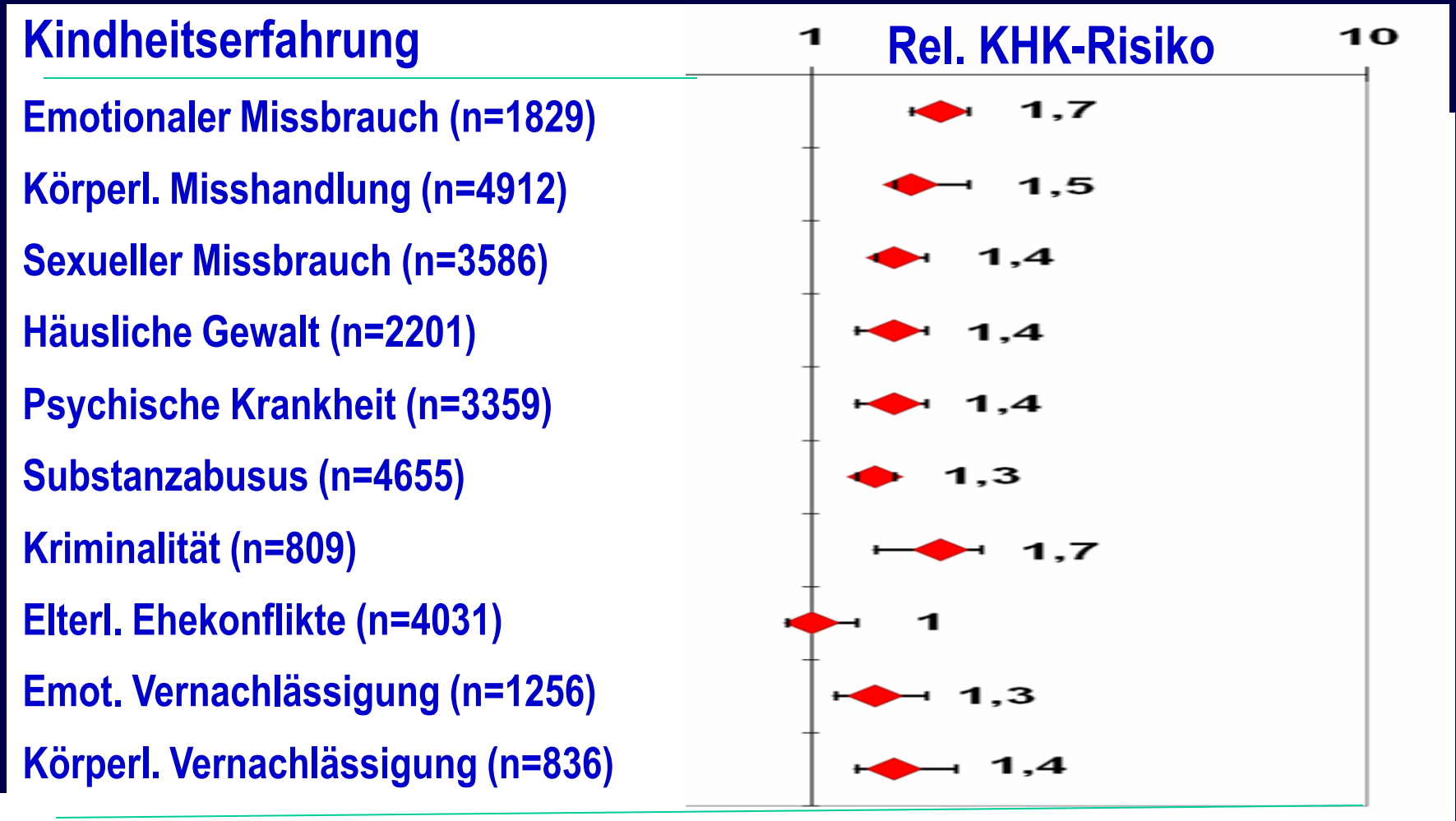
INTER-HEART: Gewichtung koronarer Risikofaktoren für Infarktentstehung

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

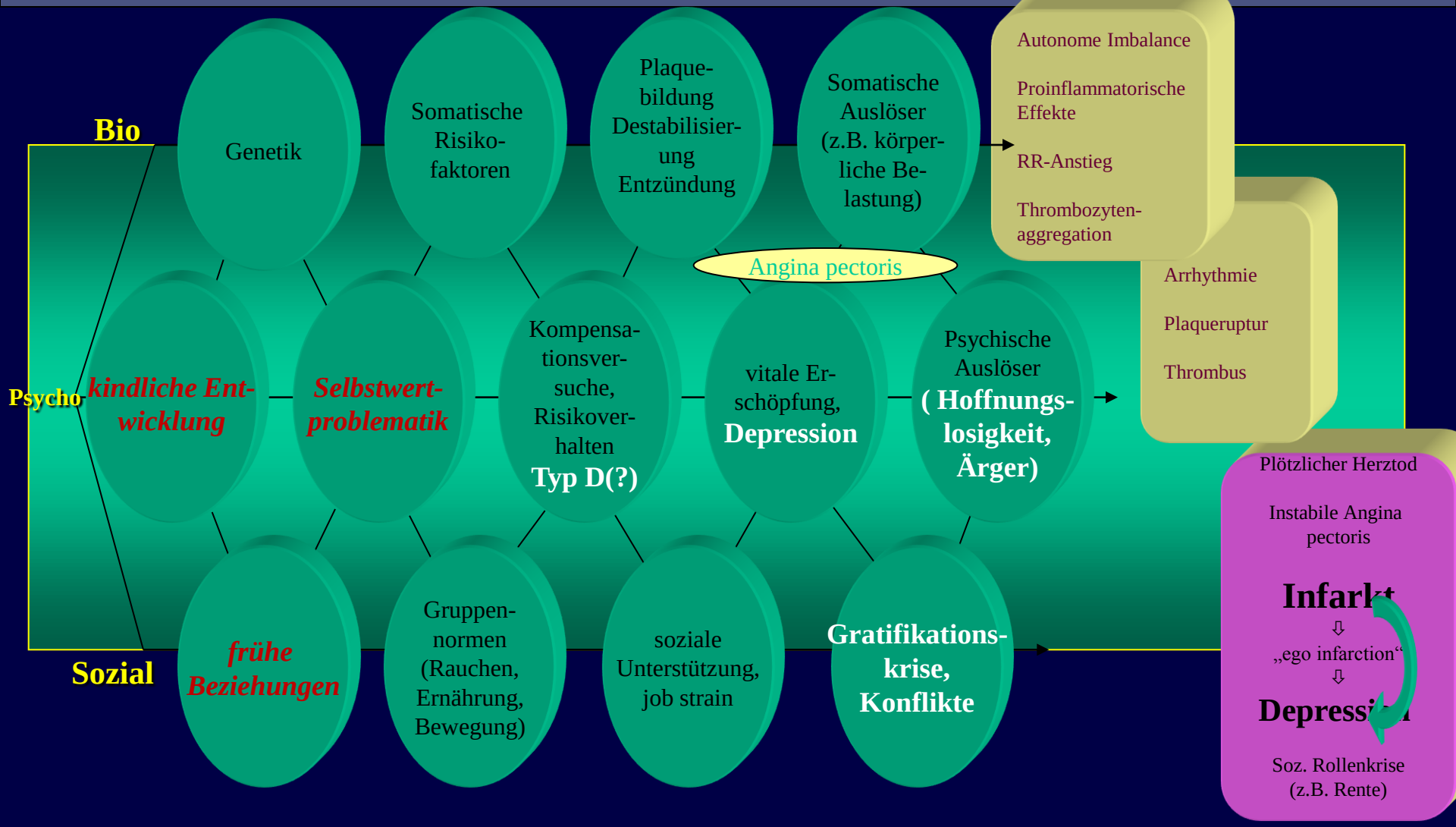
Risikofaktor	Anteil der hierdurch mitbedingten Infarkte
Lipoproteinmuster ApoB/ApoA-1	49.2 %
Aktives Rauchen	35.7 %
Psychosoziale Faktoren / Stress	32.5 %
Abdominelle Adipositas	20.1 %
Hypertonus	17.9 %
Nicht täglich Obst / Gemüse	13.7 %
Bewegungsmangel	12.2 %
Diabetes	9.9 %
Alkoholkonsum	6.7 %
Gesamt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

Relatives Risiko (adjustierte Odds Ratio) für KHK nach Kindheitsbelastungen

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



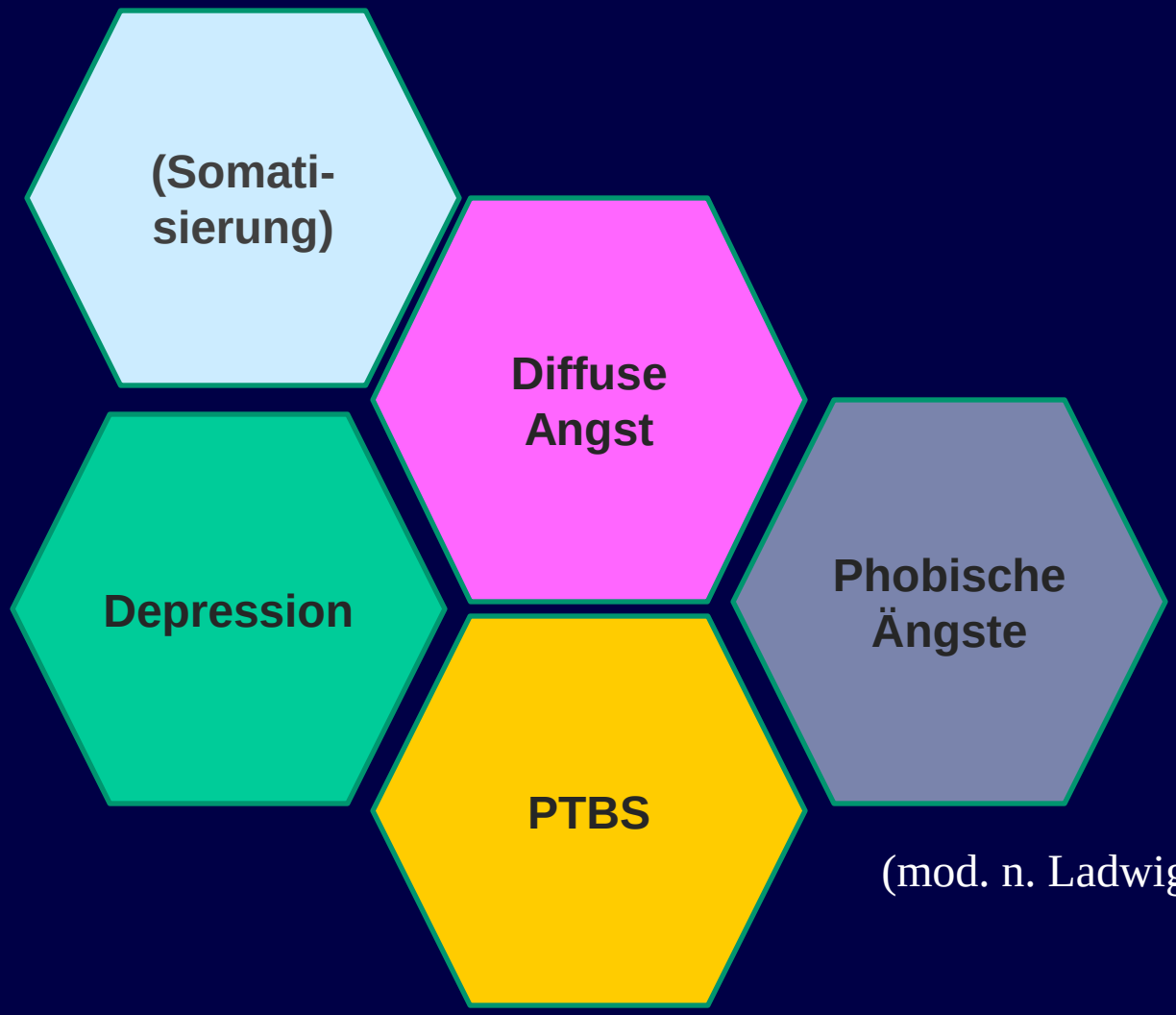
Bio-psycho-sozio-dynamisches Modell zur Genese der koronaren Herzerkrankung



Sozioökonomischer Status

(mod.n.Herrmann – Lingen 2013)

Negative Affektivität und psychische Komorbidität kardiovaskulär erkrankter Patient_innen



(mod. n. Ladwig 2009)

Häufigkeit von Depressivität und depressiven Störungen bei KHK-Patient_innen

- Prävalenzraten für Depressivität nach klinischer Manifestation der KHK
  ➔ zwischen 20 und 50 %
- Prävalenzraten für „major depression“
  ➔ 15 – 20 %
- Reduktion der depressiven Symptomatik durch Routinebehandlung
  ➔ ca 50 %
- Persistieren der Depression über Monate bzw. Jahre bei den anderen 50%

(Thombs BD et al. J Gen Intern Med. 2006; 21:30-38)

Depression und somatische Prognose *nach* klinischer Manifestation der KHK

1. Depressive Erkrankungen, aber auch subsyndromal erhöhte Depressivität erhöhen das Risiko neu auftretender kardialer Ereignisse um das 1,6 – 2,4 fache (Odds Ration)

   (Nicholson A et al. Eur Heart J 2006; 27: 2763-2774)

2. Dies gilt ausgeprägter für Patienten mit vorliegender depressiver Episode („major depression“ relatives Risiko 2,1 – 4,5); im Mittel eine 2,5 bis 3-fache Risikoerhöhung (Herrmann-Lingen & Buss 2002)

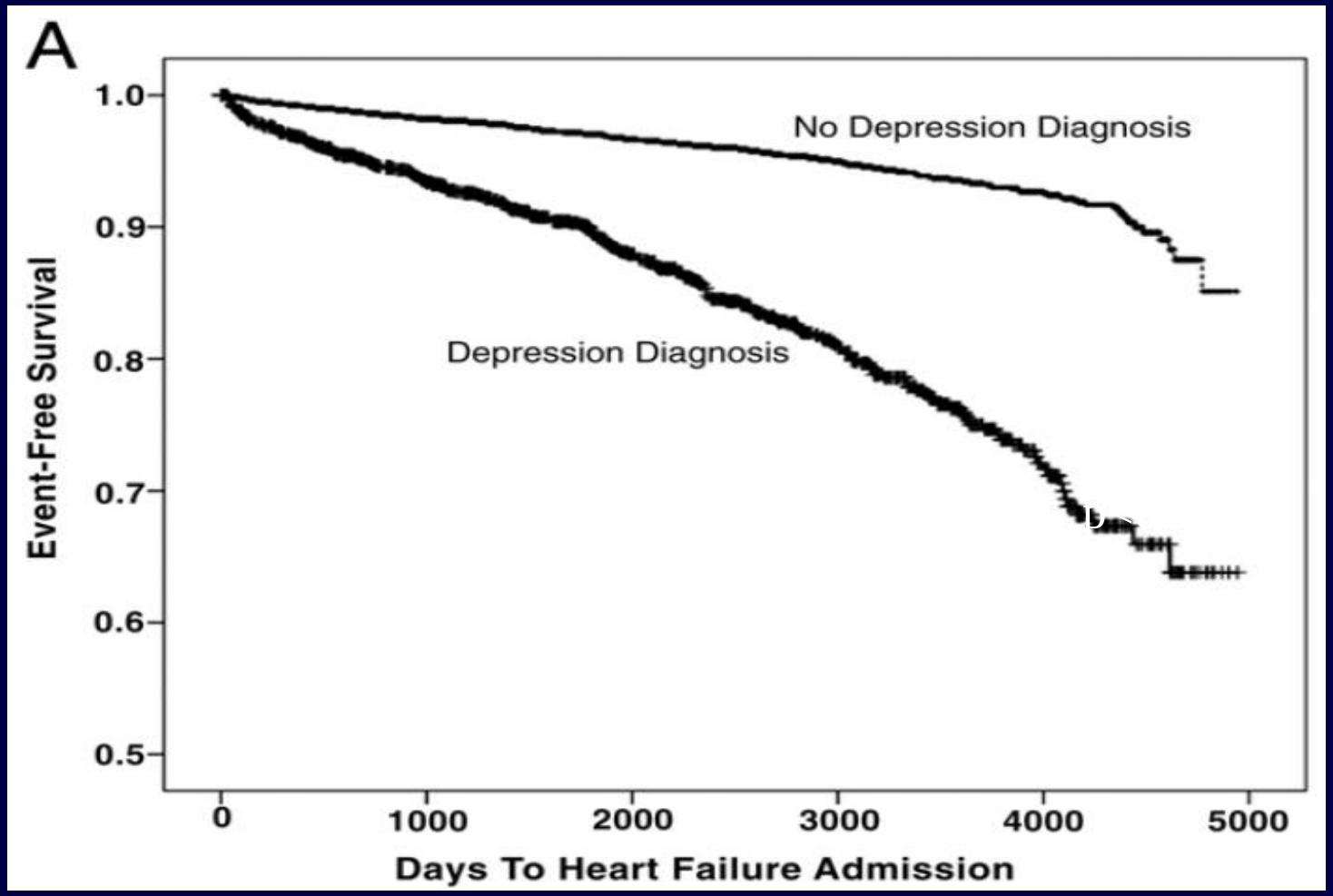
3. Je kürzer der Beobachtungszeitraum nach MI, desto stärker wirkt sich die Depression Risiko steigernd aus (Katamnesen: 6 Monate – 5 Jahre nach MI); Katamnesezeitraum im Mittel 4 Jahre (ebd.)

4. Auch das Sydrom der „vitalen Erschöpfung“ wirkt sich risikosteigernd aus (OR: 1,7)

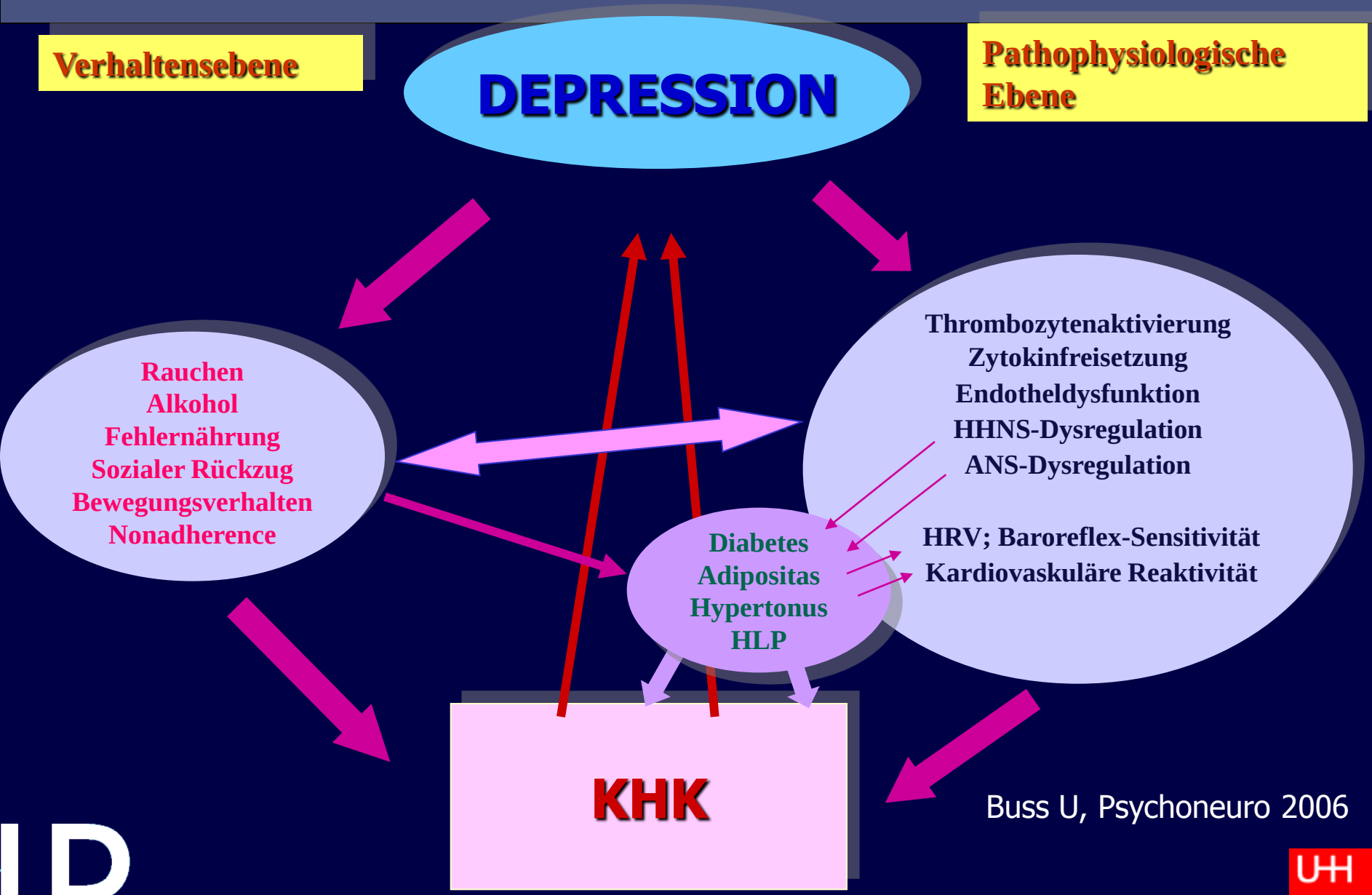
   (Nicholson A et al. Eur Heart J 2006; 27: 2763-2774)

Depression und Herzinsuffizienz-Inzidenz bei KHK-Patienten

(n=13.708; May et al., JAMA 2009)



„Depression als chronische Stresserkrankung“ (Deuschle 2010)



Buss U, Psychoneuro 2006

SWITCHD-Studie: Gruppenpsychotherapie senkt Mortalität bei Frauen mit KHK

Orth-Gomér K et al., Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2:25-32

Intervention

Two nurses with clinical experience from coronary care and independ[illegible]sultation work with cardiac patients were recruited for this intervention. They received intensive training from an expert clinical psycholog[illegible] They received intense training from an expert clinical psychologist [illegible] risk-factor profile[17] and attempted to control behavioral risk factors, attenuate negative emotions, improve coping skills, reduce stress, and improve social support.[17,18]

The intervention methodology followed basic principles of cognitive behavioral intervention programs: communication of cardiovascular health knowledge, methods for self monitoring, recognizing cognitive distortions, cognitive restructuring, skills training, and role playing.[11,19]

The intervention was provided in 20 sessions, each 2 to 2.5 hours

Kognitiv-behaviorales Stressmanagement bei Frauen

SWITCHD: Orth-Gomér K et al., Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2:25-32

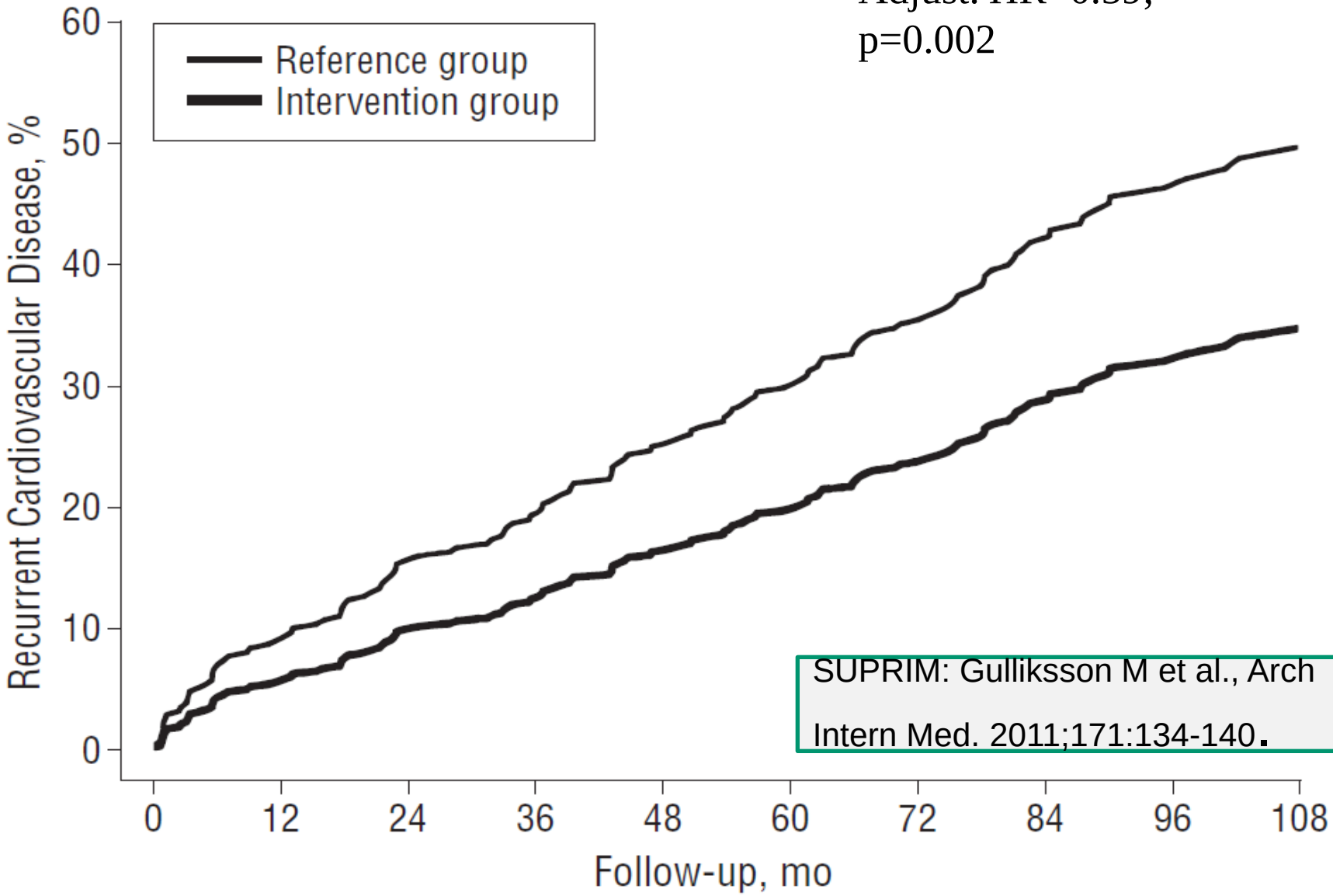
- ***237 Frauen nach KHK-Event (61 ± 9 J.)***

- ***Randomisiert in usual care oder Intervention:***
  - 20 Doppelstunden CBT / Stressmanagement über 1 J.
  - Gruppen à 4-9 TN, TN-Rate: 85%
  - Inhalte: „communication of cardiovascular health knowledge, methods for self monitoring, recognizing cognitive distortions, cognitive restructuring, skills training, and role playing "
  - Durchgeführt durch trainierte / supervidierte nurses

- ***Ergebnisse: Gesamtmortalität über 7 Jahre bzw. 9 Jahre***
  - ➔ usual care: 16 bzw. 20 %
  - ➔ Interventionsgruppe: 5,3 bzw. 7,1 %

HR = 0.31
p = 0.008

Kognitiv-behaviorales Stressmanagement in geschlechtshomogenen Gruppen und kardiale Events (2)



SUPRIM: Gulliksson M et al., Arch Intern Med. 2011;171:134-140.

Kritik an vielen gut kontrollierten und randomisierten Studien

- *„Forschung kann professionelle (psychotherapeutische; Anm. d. V.) Prozesse nicht determineren, sondern nur informieren.“* (Buchholz 2012, S.164)

- Hohe interne Validität zu Lasten der klinischen Aussagekraft
- Unklar, zu welchem Zeitpunkt man spezifischen Untergruppen von Herzpatienten welche Psychotherapie in welcher Dosis anbieten soll
  ➔ Unterschiede Männer vs Frauen ?
  ➔ Unterschiede in Bezug auf Bildung und Schichtzugehörigkeit ?
  ➔ Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren ?
- Unzureichende Berücksichtigung der individuellen Präferenzen

(zit. n. Bardé & Jordan 2015)

Kollaborative Behandlungsansätze depressiver KHK-Patienten

- Niedrigschwelligere Angebote mit partizipativer Entscheidungsfindung
- Psychosoziale Beratung
- Bedarfsweise Empfehlung einer antidepressiven Behandlung
- Spezifische Psychotherapie im Einzel- und/oder Gruppensetting

- ***Studien:***
  ➔ Bypassing the Blues (Rollman et al., 2009)
  ➔ TEAMcare-Studie (Katon et al., 2010)
  ➔ COPES-Studie (Davidson et al., 2010)
  ➔ CODIACS Vanguard-Studie (Davidson et al., 2013)
  (➔ SPIRR-CAD (Albus et al., 2011))
- Ergebnisse:
  ➔ signifikante Besserung der depressiven Symptomatik
  ➔ Wirksamkeit bzgl. des Risikoprofils und der Gesundheitskosten (TEAMcare)

Grundlagen der Konzeptualisierung psychokardiologischer Interventionen

- ***Herzkrankheit = verhaltensbedingte Störung ?***
  ➔ R lifikation maladaptiver Verhaltensweisen (Ris
  Ziel: v ävention
- ***Herzkran rung ?***
  ➔ Stressredu
  Ziel: psychophysiolog

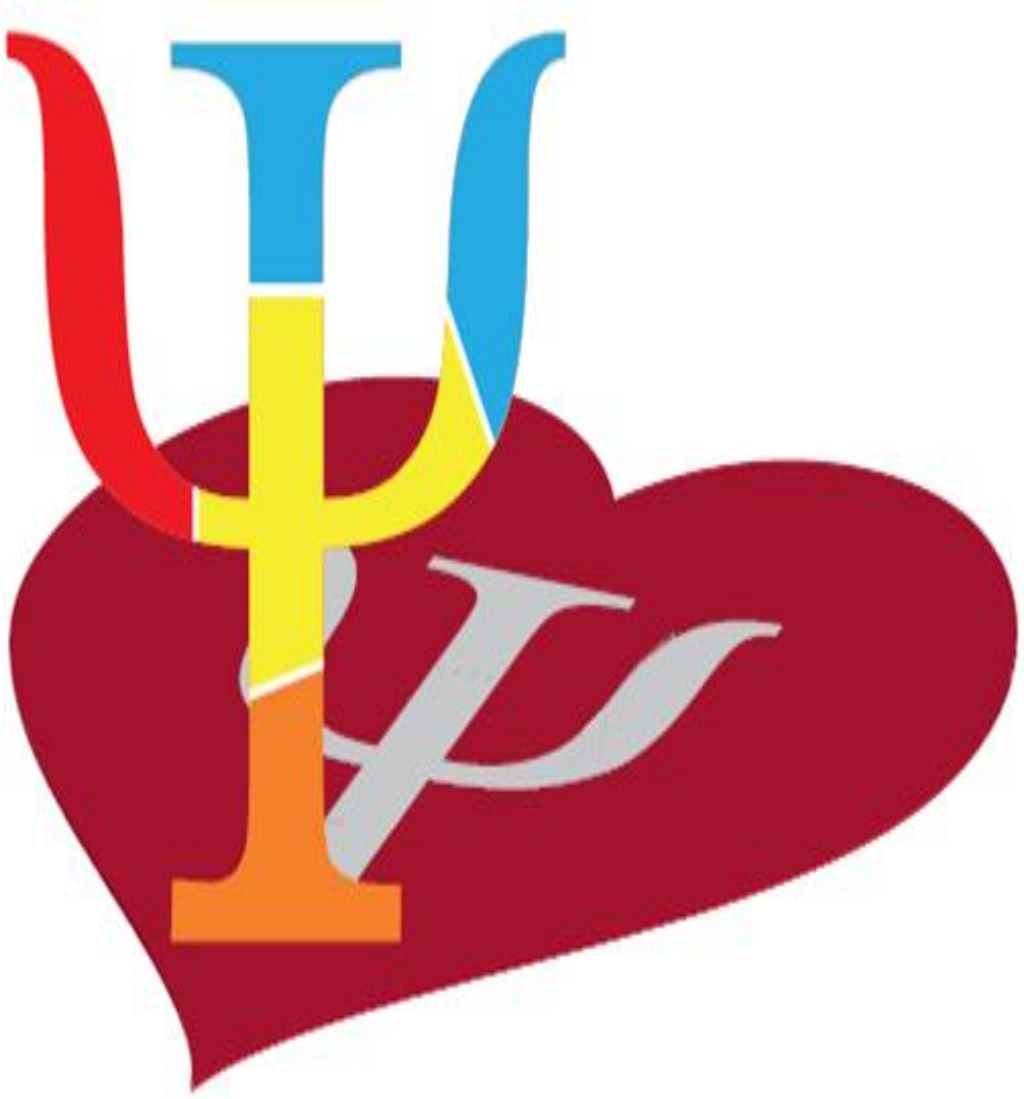
Domäne der Verhaltensmedizin

- ***Herzkrankheit = psychischer Stressor***
  der Krankheitsbewältigung
  lität, ggf. Sekundärprävention
  psychischer Traumatisierung
  sychosomatischen Symptome
  sowie ltenden Faktoren und
  biopsychose

Domäne der Psychotherapie i.e.S.

(mod. n. Herrmann-Lingen 2013)

Vortrag 31. Kongress des Wildunger Arbeitskreis für Psychotherapie e.V., Bad Wildungen, 12.-16. März 2016

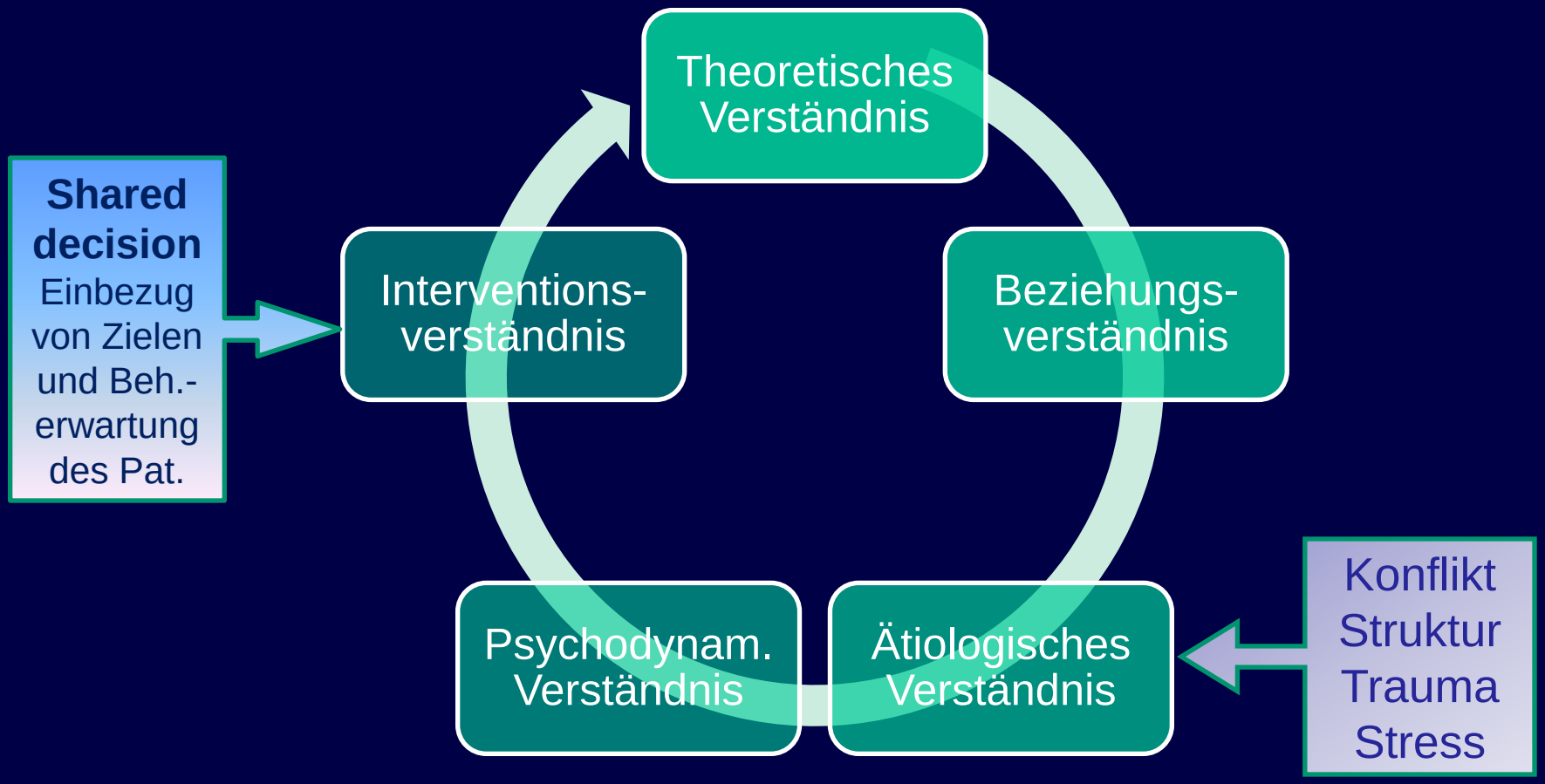


Herausforderungen an die Psychokardiologie: Leben mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

,

Dipl.-Psych. Dr. phil. Annegret Boll-Klatt
Institut für Psychotherapie
Universität Hamburg

Die prozesshafte Konzeptualisierung des Einzelfalls als Gegenpol zum Gießkannenprinzip



(mod. n. Jungclaussen 2013)

Psychodynamische Diagnostik

Pathogenetische Faktoren	Typische Beispiele	ICD-10
Aktuelle krankheitsbezogene und / oder psychosoziale Belastungen	Angst vor Fortschreiten der Erkrankung Arbeitsplatzverlust	F 43.2 F 32.0 / 1
Akute psychische Traumatisierung	ICD-Schockabgaben, Reanimation	F 43.0
Innere(neurotische) Vulnerabilität aufgrund unverarbeiteter biographisch determinierter Konflikte	Unbewusste Ängste vor Abhängigkeit Labilisierung von Selbstwert und Identität aufgrund des Verlustes der Unversehrtheit	F 33 F 40 F 45
Beeinträchtigte Funktionsfähigkeit der psychischen Struktur	Defizite in Affektausdruck, -differenzierung,- regulation Selbstwertregulation	Z 73.1 F 60
Frühere Belastungen / Traumatisierungen und ihre Verarbeitung	Retraumatisierung durch kardiologische Interventionen bei (früherem) sexuellen Missbrauch	F 43.1
Psychoorganische Beeinträchtigungen	Reduzierte Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisfähigkeiten	F 06.7

Psychodynamische Diagnostik

Pathogenetische Faktoren	Typische Beispiele	ICD-10
Aktuelle krank[illegible] und / oder p[illegible]	Angst vor Fortschreiten der Erkrankung Arbeitsplatzverlust	F 43.2 F 32.0 / 1
Akute psych[illegible]ierung	ICD-Schockabgaben, Reanimation	F 43.0
Innere(neurotisch[illegible]rabilität auf[illegible]isch det[illegible]	Unbewusste Ängste vor Abhängigkeit Labilisierung von Selbstwert und Identität aufgrund des Verlustes der Unversehrtheit	F 33 F 40 F 45
Beeinträchtigt[illegible]fähigkeit der p[illegible]	Defizite in Affektausdruck, -differenzierung,- regulation Selbstwertregulation	Z 73.1 F 60
Frühere Belastungen / Traumatisierungen und ihre Verarbeitung	Retraumatisierung durch kardiologische Interventionen bei (früherem) sexuellen Missbrauch	F 43.1
Psychoorganische Beeinträchtigungen	Reduzierte Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisfähigkeiten	F 06.7

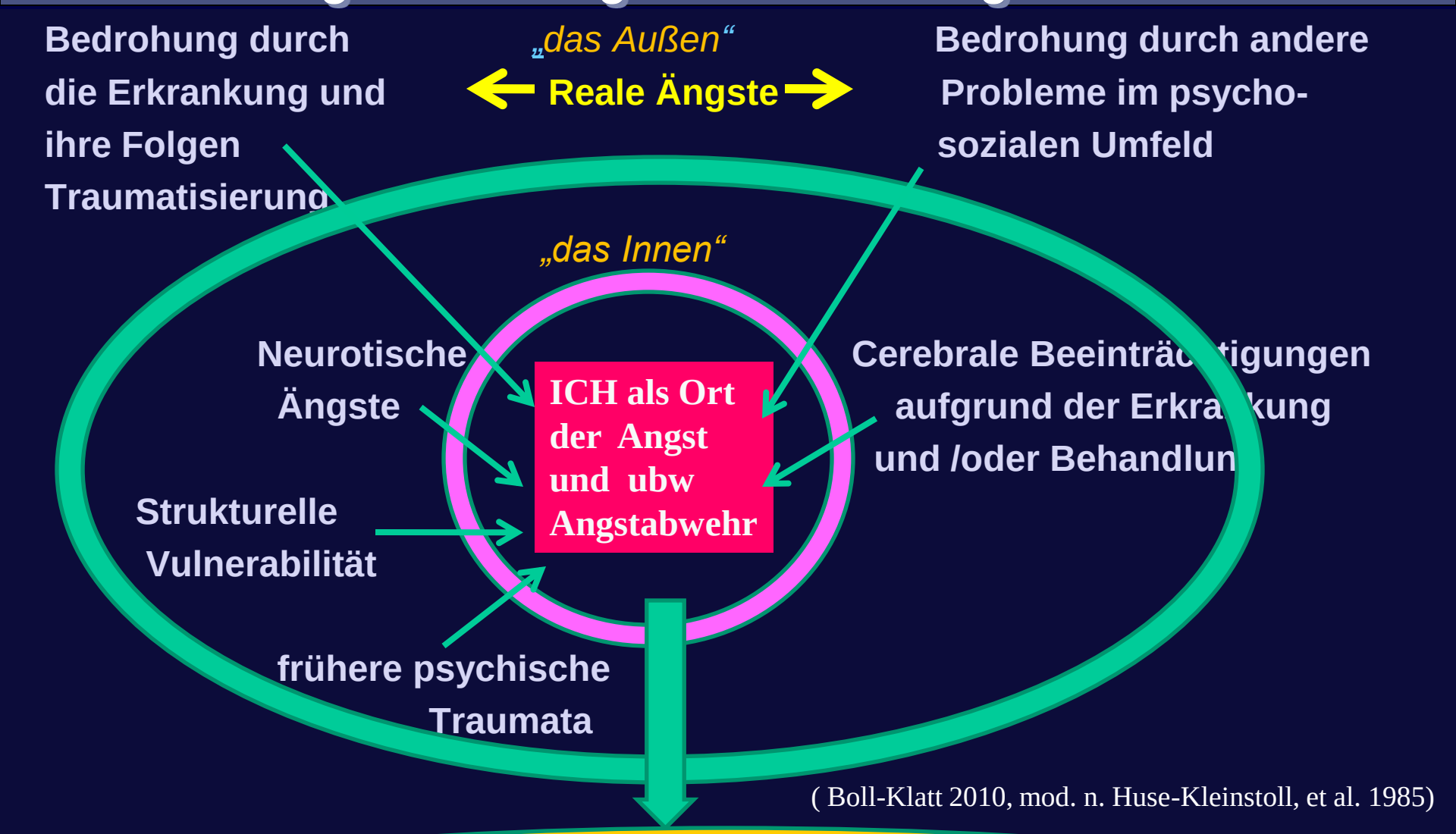
Stresspathologie

Traumapathologie

Konfliktpathologie

Strukturpathologie

Verwobenheit realer und neurotischer Angst, der cerebralen Integrationsfähigkeit und der Angstabwehr



(Boll-Klatt 2010, mod. n. Huse-Kleinstoll, et al. 1985)

Bewusst erlebte psychische Belastung > Aktivierung von (bewussten) Bewältigungsstrategien >>> Reduzierung von Angst, Depression etc.

Generelle Empfehlungen für eine psychodynamisch-psychotherapeutische Behandlung von KHK-Patienten (1)

- Berücksichtigung der Therapiemotivation
- Differenzierung verbalisierter Ängste hinsichtlich des Zusammenwirkens realer und neurotischer Angst
- Flexible Orientierung an den Möglichkeiten und an der Behandlungserwartung des Pat.
- Gutes kardiologisches Basiswissen
- Zusammenarbeit mit Kardiologen und Hausarzt
- Teilnahme des Pat. am psychodynamischen Erforschen
- Bevorzugte Nutzung von Klarifikationen anstelle von Deutungen

Das Konzept der krankheitsinduzierten narzisstischen Krise

- „Jede Erkrankung stellt eine narzisstische Kränkung dar, sie erschüttert das anscheinend naturgegebene Gefühl der Unverletzbarkeit und Allmacht“ (Schüßler 1998, S, 383).

Psychodynamisches Verstehen: narzisstische Krise und Narzissmus

„Kränkungen machen krank, und Krankheit bedeutet Kränkung.“ (Boll-Klatt 2014)

Narzisstische Krise als psychodynamisches Konstrukt, das psychische und psychosoziale Risikofaktoren mit der Postinfarktdepression psychologisch plausibel verbinden kann.

Psychodynamische Sicht auf KHK- Patienten

- In psychoanalytischen Forschungen über 6 Jahrzehnte roter Faden der *narzisstischen Pathologie* (Moersch 1980)
- „Herzpatienten sind Märtyrer ihres Ich-Ideals“(Dunbar 1943)
- Psychische Disposition: hohes Ich-Ideal (Ermann 2005)

- „Kompensatorisches Leistungsverhalten“ (Langosch, 1989)
- Konzentration auf die Selbstwertregulation durch Leistung und Streben nach Anerkennung zu Lasten zwischenmenschlicher Beziehungen.

- Komplex aus Enttäuschung, Ärger, Aggression und Depression bei Herzinfarktpatienten im Zentrum der innerpsychischen Problematik als Folge defizitärer Selbstwertregulation (Hahn 1971)

Negative Affektivität bei narzisstischen Krisen

- Spezielle Formen der Depression, gekennzeichnet durch Verlust von Sinn, Gefühlen der Leere und Ratlosigkeit

- Depressive Ängste (Angst vor Versagen und Scheitern), ***Scham, Neid,*** verdeckte und / oder offene Aggression

- Bei KHK-Patienten anstelle narzisstisch-depressiver Affektivität häufig Somatisierungen, diffuse Spannungen, vegetative und Angstsymptome („male depression“ ??)

Narzisstische Krise : vor- und unbewusste Bedeutungszuschreibungen an das Krankheitsereignis

- Beschädigungen der körperlichen Integrität als Beschädigungen der personalen Integrität („ego infarction“; Hackett & Cassem 1968)

- (Todes-)Angst nicht nur als Folge der Bedrohung der physischen sondern auch der psychischen Existenz, um so mehr, je ausgeprägter die narzisstische Akzentuierung der Persönlichkeit

Beispiele für konfliktassoziierte Bedeutungszuschreibungen an das Infarktereignis

- Zerstörung von Unversehrtheits- und Unverletzbarkeitsfantasien

- Kontrollverlust : - „den Körper nicht im Griff haben“
  „der Feind im eigenen Körper“
  - Infragestellung bzw. Zerstörung von Zukunftsplänen

- Entlarvung der eigenen Schwäche; unbewusste Identifikationen mit dem „schwachen“ Primärobjekt

- Aktualisierung von Wünschen nach Intimität, Passivität und Versorgung bei gleichzeitiger Angst vor emotionaler Nähe

- Status- und Prestigeverlust, finanzielle Einbußen als existenzieller Wertverlust (Boll-Klatt 2014)

Empfehlungen für eine psychodynamisch-psychotherapeutische Behandlung von KHK-Patienten (2)

- Anerkennung der Krise
- Identifikation der Krankheitsbedeutung(en)
- Berücksichtigung von Schamangst und Schamaffekten
- Stärkung der narzisstischen Regulationsfähigkeit
- Ggf. Dichotomie zwischen grandioser Omnipotenz und grandioser Nichtigkeit thematisieren
- Entwicklung eines „Dazwischen“
- Trauer um reale und antizipierte Verluste
- Bei alexithymer Strukturpathologie: Mentalisierungsbasierte Therapie nach Fonagy

- In späteren Therapiephasen ggf. Bearbeitung des narzisstischen Beziehungsmodus

Die narzisstische Dynamik im Arzt-Patient-Beziehungsgefüge in der Kardiologie

PatientInnen	ÄrztInnen
❖(Todes-)Angst	❖ Machbarkeitsinszenierung und Maschinenparadigma (Jordan 2009) Suggestion der Heilung
❖ Verleugnung von Angst	❖Verschmelzung mit überwertigen Ideen eigener Größe; Rettungsphantasien
❖ Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung ggf. mit Projektion des Ich-Ideals	❖ Enttäuschung, Ärger; Gefühle des Scheiterns und des Versagens; innere Ablehnung des Pat
❖ Mangel an Adherence und Compliance	❖ Hilflosigkeit; Ohnmacht; Niederlage; Unvermögen, Endlichkeit des Lebens zu thematisieren; Unvermögen, eigene Grenzen anzuerkennen
❖ Progredienz der Erkrankung trotz Ausschöpfung aller Behandlungsoptionen	

Fazit

- KHK als Somato-Psychosomatose
- Bedeutung der Depression für Lebensqualität, Morbidität und Mortalität
- Heterogenität der Behandlungsstudien; positiver Trend in den Behandlungsergebnissen
- Adaptive Psychotherapiekonzepte statt Gießkannen-Prinzip
- Die narzisstische Krise als nutzbringendes theoretisches Konzept für psychodynamische Behandlungsansätze in dieser Patientengruppe
- Identifizierung narzisstischer Interaktionen in der Arzt-Patient-Beziehung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !