

Traumafolgestörungen in der Herzmedizin

Volker Köllner¹

¹ Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow/Berlin und Universitätsmedizin Charité, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Kurzfassung

Auch eine körperliche Erkrankung oder eine medizinische Behandlung kann von Patienten als traumatisch erlebt werden und eine vollständige oder subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung auslösen, wenn dabei mindestens ein Ereignis die Traumakriterien erfüllt. Kommt es zu einer Reihe unterschiedlicher Belastungen, sind Anpassungsstörungen häufig, die ebenfalls mit einer deutlich reduzierten Lebensqualität einhergehen. Bei Patienten nach Herztransplantation oder AICD-Implantation führt eine auf die Erkrankung bezogene PTBS zu einer deutlich höheren Mortalität.

Im klinischen Alltag bleibt eine PTBS oft unerkannt, wenn nicht gezielt nach ihr gefragt wird. Es ist davon auszugehen, dass Traumakonfrontation, EMDR und narrative Expositionstherapie auch bei einer PTBS als Folge körperlicher Krankheit effektiv sind, Therapiestudien speziell zu dieser Patientengruppe stehen aber noch aus.

Schlüsselwörter

Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Myokardinfarkt, AICD, Herztransplantation

Traumatic disorders in cardiac medicine

Abstract

A physical illness or medical treatment can also be experienced by patients as traumatic and can trigger a complete or sub-syndromic post-traumatic stress disorder if at least one event fulfills the trauma criteria. If there are a number of subliminal burdens, adjustment disorders are common, which are also associated with a significantly reduced quality of life. PTSD related to the disease leads to significantly higher mortality in patients after heart transplantation or AICD implantation. In everyday clinical practice, PTSD often goes undetected unless one specifically asks about it. It can be assumed that trauma confrontation, EMDR and narrative exposure therapy are also effective for PTSD as a result of physical illness, but therapy studies specifically for this patient group are still pending.

Keywords

Posttraumatic Stress Disorder, Adjustment Disorder, Myocardial Infarction, AICD, Heart Transplantation

1 Körperliche Erkrankungen als Trauma

Durch die Einführung einer revidierten Traumadefinition des DSM-IV erweiterten sich Kategorien potenziell traumatischer Erlebnisse und es wurde ausdrücklich ermöglicht, eine schwere körperliche Erkrankung als potenziell traumatisches Ereignis in Betracht zu ziehen. In der Folge entstanden in der 2. Hälfte der 1990er-Jahre die ersten Forschungsarbeiten zu Traumafolgestörungen u. a. in der Transplantations- und Intensivmedizin, der Kardiologie und der Onkologie. Mit einiger Verzögerung fand auch die psychische Belastung der Angehörigen dieser Patienten Beachtung. Maercker (2009) führte in seiner schematischen Einteilung traumatischer Ereignisse medizinisch bedingte

Traumata neben Typ-I- und Typ-II-Traumata als eigenständige Kategorie ein und formulierte weiteren Forschungsbedarf für diese Traumakategorie.

Ein Konzept, das die Unterschiede zwischen medizinischen und anderen Traumata herausarbeitet, ist das Modell der „enduring somatic threat (EST)“ von Edmonson (2014). Dieses Konzept beschreibt die konzeptuell und klinisch relevanten Besonderheiten medizinischer Traumata:

- Während das Trauma meist außerhalb der betroffenen Person zu verorten ist (z. B. Unfälle, Gewalttaten, Naturkatastrophen), liegt bei einer durch Krankheit verursachten PTBS das traumatische Ereignis meist im Körperinneren.

- Während Traumata normalerweise in der Vergangenheit liegen (und das Ende der realen Bedrohung eine Voraussetzung für den Beginn einer Traumakonfrontation ist), dauert die Bedrohung bei einer Traumatisierung durch eine körperliche Krankheit in der Regel an. In den meisten Fällen stellt das traumatische Ereignis eine akute Exazerbation einer chronischen Krankheit dar. Die Angst der Betroffenen ist folglich auf die Zukunft gerichtet.
- Wesentliche Unterschiede gibt es auch in der Art und den Konsequenzen von Vermeidungsverhalten und Hyperarousal-Symptomen. Die internalen Stimuli der Erkrankung (z. B. Herzklopfen) werden durch Hyperarousal verstärkt und können in der Regel nicht vollständig vermieden werden. Vermieden werden hingegen häufig an die Krankheit erinnernde Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Untersuchungstermine oder die Einnahme von Medikamenten. Dies führt ebenso wie die physiologischen Auswirkungen von Hyperarousal im ungünstigsten Fall zu einem tatsächlichen Anstieg der Mortalität, also zu einer erneuten realen Bedrohung.

Das EST-Modell erscheint somit als vielversprechendes Rahmenkonzept, um die Entstehungsbedingungen, den Verlauf und die Behandlung von stressassoziierten Erkrankungen im Verlauf körperlicher Erkrankungen erforschen zu können (Köllner, 2019). So konnte bereits ein Zusammenhang zwischen einer als Folge der Herzerkrankung ausgelösten PTBS und der Angst vor einem Progress der Erkrankung nachgewiesen werden (Fait et al., 2018).

2 Wechselwirkungen zwischen Traumatisierung, PTBS und Herzerkrankung

Bei der Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen Traumatisierung und Herzerkrankung muss zunächst zwischen dem Vorliegen einer Traumatisierung und einer PTBS unterschieden werden, da ja nicht aus jedem Trauma auch eine Traumafolgestörung resultiert. In einer bevölkerungsbasierten Studie zeigte sich, dass das Risiko für eine Herzerkrankung beim Erleben eines Traumas in der Vorgeschichte ohne Traumafolgestörung nur gering erhöht war, das Risiko stieg aber deutlich beim Vorliegen einer PTBS (Spitzer et al. 2009).

Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer PTBS gibt es eine wechselseitige Beeinflussung: Einerseits können lebensbedrohliche kardiale Ereignisse, wie ein Herzinfarkt oder Schockserien durch einen implantierten Cardioverter-Defibrillator (AICD) eine PTBS auslösen, andererseits gibt es zunehmend

Belege dafür, dass eine PTBS das Risiko für Herzerkrankungen (speziell koronare Herzerkrankung und Herzrhythmusstörungen) vergrößert und zu einer erhöhten kardial bedingten Sterblichkeit führt. Zunächst konnte gezeigt werden, dass bei Vietnamveteranen eine PTBS mit höheren Cholesterinwerten als Risikofaktor für eine koronare Herzerkrankung (KHK) einherging. In der Folge konnte auch in einer prospektiven Studie nachgewiesen werden, dass es bei Veteranen mit PTBS zum gehäuftem Auftreten tödlicher und nichttödlicher Herzinfarkte kam. Bei Patienten mit einem AICD zeigte eine prospektive Studie über 5 Jahre, dass eine auf die Erkrankung bezogene PTBS mit einer deutlich erhöhten Mortalität einhergeht, die Hazard-Ratio betrug unabhängig von anderen Risikofaktoren 3.45 (1.57-7.60, $p = 0.002$; Ladwig et al., 2008).

In einer Metaanalyse über 6 Studien mit zusammen 402.274 eingeschlossenen Patienten konnte gezeigt werden, dass die Hazard-Ratio, eine koronare Herzerkrankung zu bekommen, für Patienten mit PTBS gegenüber Patienten ohne PTBS (unabhängig von der Art des Traumas) 1.55 betrug. Wenn bezogen auf den Effekt einer komorbiden Depression adjustiert wurde, sank die HR auf 1,27 (95% CI 1,08-1,49), blieb aber immer noch signifikant (Edmondson et al., 2013). Wurde nur eine auf die Herzerkrankung bezogene PTBS betrachtet, lag die Risk Ratio aber bei 2,00 (95% CI 1,69-2,37) (Edmondson et al., 2012). Dieser Unterschied verdeutlicht die wechselseitige Beeinflussung von KHK und PTBS. Während das kardiale Risiko bei einer PTBS insgesamt wahrscheinlich u. a. durch die psychophysiologische Aktivierung und ein schlechteres Gesundheitsverhalten steigt, kommt bei einer auf die Herzerkrankung ausgelösten PTBS das Risiko durch spezifisches Vermeidungsverhalten (z. B. Medikamenteneinnahme; Husain et al., 2018) hinzu.

3 Frühe Traumatisierung und Gesundheitsverhalten

Eine besondere Rolle als Risikofaktor spielt das Erleben von sexueller Traumatisierung, Gewalt und schwerer Vernachlässigung in der Kindheit. Felitti et al. (1998) fanden in der „Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“, dass Traumatisierung in der Kindheit mit einem schlechteren Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter und einer erhöhten Prävalenz von KHK, chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD), Bronchialkarzinom und anderen chronischen Erkrankungen verknüpft ist. Es zeigte sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit dieser Ereignisse in der Kindheit und riskantem Gesundheitsverhalten auch noch durchschnittlich 50 Jahre später. Patienten mit 4 und mehr belastenden Kindheitsereignissen hatten gegenüber nicht belasteten Personen eine um den Faktor 4–12 erhöhte Wahrscheinlichkeit,

alkoholabhängig zu sein. Rauchen und riskantes Sexualverhalten waren um den Faktor 2–4 sowie Bewegungsmangel und Adipositas um den Faktor 1,4–1,6 erhöht, jeweils unabhängig von sozioökonomischen Einflussgrößen.

Diese Zahlen sprechen für die Hypothese, dass Menschen schon sehr früh einen destruktiven Umgang mit sich selbst lernen können, den sie dann ihr Leben lang beibehalten, wenn sie ihr Selbstwertgefühl nicht durch die korrigierende Erfahrung einer wertschätzenden Beziehung oder mit Hilfe einer Therapie verbessern können. Die Ergebnisse dieser Studie können einen neuen Zugang zu Patienten mit schlechter Adhärenz hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens schaffen:

Das Festhalten an einem die Gesundheit schädigenden Verhalten löst bei

den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oft Ärger, Ablehnung oder Hilflosigkeit aus. Typisch sind Gedanken wie: „Warum soll ich jemanden helfen, der sich selbst immer weiter schädigt“ oder „Wie soll ich ihm helfen, wenn er selbst nicht mit macht“. Solche Gefühle verderben uns die Freude an der Arbeit und blockieren letztlich den Zugang zum Patienten. Ein Blick in die Lebens- und Lerngeschichte – ggf. auch mit Hilfe eines psychosomatischen Konsils – zeigt bei einem Teil dieser Patienten eine von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung geprägte Biographie. Selbstfürsorge wurde nie gelernt und nicht selten wurde ein Selbstbild entwickelt nach dem Motto „Ich bin es nicht wert, gut und fürsorglich behandelt zu werden“. Vorwürfe sind in dieser Konstellation nicht hilfreich, besser wäre z.B. die Frage: „Was macht es Ihnen so schwer, gut und pfleglich mit sich umzugehen?“ In diesem Fall greifen isolierte Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu kurz und es liegt nahe, Patienten, die von solchen Programmen nicht profitieren bzw. früh abbrechen auf das Vorliegen der o. g. Belastungsfaktoren zu untersuchen. Möglicherweise könnte dann durch die Bearbeitung solcher dysfunktionalen emotionalen und kognitiven Schemata erst die Voraussetzung für selbstfürsorgliches Verhalten geschaffen werden (Köllner, 2019).

4 Störungsbilder

Die **akute Belastungsreaktion (F43.0)** beinhaltet neben Intrusionen, traumabezogenem Vermeidungsverhalten, vegetativer Übererregung und Angstsymptomen auch dissoziative Symptome wie Derealisation und Depersonalisation. Die Symptomatik tritt unmittelbar nach der traumatischen Situation auf und klingt in der Regel auch ohne spezifische Therapie nach Stunden oder Tagen wieder ab. Da eine akute Belastungsreaktion und insbesondere dissoziative Symptome mit einem erhöhten Risiko für eine PTBS einhergehen, sollten entsprechende Symptome erfasst und die betroffenen

Patienten nachbeobachtet werden, um ggf. eine spezifische Therapie anbieten zu können. Aufgrund der guten Spontanprognose ist eine traumaspezifische Therapie jedoch nicht erforderlich, bei Bedarf sollten aber Beratung und supportive Gespräche angeboten werden. Von Känel et al. (2018) konnten in einer randomisierten Studie an 190 Patienten, die während eines akuten Koronarsyndroms hohen Distress erlebten, zeigen, dass ein frühes psychosomatisches Counseling von einer Stunde in den ersten zwei Tagen zu einer Reduktion der PTBS-Rate im Langzeitverlauf zu führen scheint. Entgegen der Ausgangshypothese erwies sich hierbei aber ein traumafokussiertes Vorgehen einem eher psychoedukativ ausgerichteten allgemeinen „Stress-Counseling“ nicht als überlegen. Die Autoren leiten hieraus den Schluss ab, dass analog zum Vorgehen bei der akuten Belastungsreaktion insgesamt psychotherapeutische Unterstützung und Edukation angeboten werden sollte, raten aber von einem traumafokussierten Vorgehen ab.

Sinnvoll kann es bei ausgeprägten Symptomen sein, die Betroffenen darüber zu beraten, dass diese nicht als Hinweis auf eine psychische Erkrankung zu werten sind, sondern als normale Reaktion auf eine schwere psychische Belastung, die sich meist von selbst wieder zurückbildet. Wenn dies wider Erwarten in den nächsten 2 Wochen nicht geschieht, sollten die Betroffenen aber ermutigt werden, professionelle Hilfe aufzusuchen. Schlaf- oder Beruhigungsmittel (Benzodiazepie) sollten bei der akuten Belastungsreaktion nicht eingesetzt werden, da sie den Spontanverlauf eher behindern.

Zur Prävalenz akuter Belastungsreaktionen bei körperlichen Erkrankungen gibt es nur wenige Studien. Für Tumorkrankheiten werden Prävalenzen zwischen 2,4% und 25% angegeben. Nach akutem Myokardinfarkt fand sich bei 4% der Betroffenen eine akute Belastungsreaktion, nach akutem Lungenversagen (ARDS) mit Langzeitbeatmung wurden bis zu 44% beschrieben.

Bei der Diagnose einer **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, F43.1)** sollte auf einen genügenden zeitlichen Abstand zwischen dem traumatischen Ereignis und der Diagnosestellung geachtet werden, um eine Verwechslung mit akuten Belastungsreaktionen zu vermeiden. Nicht selten tritt eine PTBS mit verzögertem Beginn auf, d. h. die Symptomatik wird erst nach Abschluss der medizinischen Akutbehandlung und Rehabilitation manifest, wenn der Patient wieder in seinem häuslichen Umfeld ist.

Eine PTBS kann nach ICD-10 dann diagnostiziert werden, wenn Wochen bis Monate

- nach einem außerordentlich belastenden Ereignis (Traumakriterium)

- wiederholt unausweichliche, mit heftigen negativen Emotionen verbundene Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses (z. B. des Infarkts) in Gedächtnis, Träumen oder Tagträumen auftreten (**Intrusionen**).
- Weitere Kernsymptome sind emotionaler Rückzug; Gefühlsabstumpfung, und **Vermeidung** von Reizen, die an das Trauma erinnern könnten sowie
- vegetative Symptome der Übererregbarkeit (**Hyperarousal**) wie Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen.

Auch Angst und depressive Verstimmung sowie ein Substanzmissbrauch (häufig im Sinne einer Selbstmedikation) werden häufig beobachtet. Das Vollbild der Störung ist dabei mit z.B. 3-5% nach akutem Koronarsyndrom deutlich seltener als eine posttraumatische Partialsymptomatik, die bei 13-20% der Patienten etwa in Form auffälliger Werte auf Selbstbeurteilungs-Fragebögen zutage tritt. Eine PTBS tritt vor allem dann auf, wenn der Patient ein dramatisches Ereignis (z. B. Reanimation, Serie von ICD-Schocks, heftige Schmerzen, extreme Dyspnoe) bewusst miterlebt und hierbei Todesangst, Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit durchlitten hat. Jüngere Patienten entwickeln häufiger eine PTBS, vermutlich, weil eine Herzerkrankung mit den erforderlichen Anpassungsleistungen im jungen Alter ein besonders unerwartetes und einschneidendes Lebensereignis darstellt und noch stärker mit sozialen Rollen in Familie und Beruf interferiert als im höheren Lebensalter. Auch Patienten nach einem Aufenthalt auf einer Intensivstation mit Langzeitbeatmung (besonders nach Durchgangssyndrom) haben ein erhöhtes PTBS-Risiko (Übersicht bei Köllner, 2019). Entscheidend ist hierbei das subjektive Erleben von Todesangst, weniger die objektive Gefahr.

Zur validen Erfassung der PTBS-Diagnose bei Patienten im medizinischen Kontext ist ein strukturiertes Abfragen der Symptome in der Anamnese sinnvoll, da die Patienten eher selten spontan davon berichten. Sinnvoll sind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehaklinik Fragen wie: „Wie haben Sie die Krankheit bis jetzt verarbeitet? Gibt es Bilder oder Erinnerungen, die Sie noch verfolgen und belasten? Quälen Sie oder Sorgen und Ängste bezogen auf die Zukunft?“ Das explizite Fragen nach solchen Symptomen ist notwendig, da die Patienten diese als Folge des PTBS-typischen Vermeidungsverhaltens selten spontan berichten und ihre hohe Belastung in der Folge unerkannt bleibt.

Fragebögen sind sowohl zum Screening als auch zur Verlaufsmessung geeignet. Sie neigen aber dazu, die Prävalenz der PTBS zu überschätzen und sind in der Regel nicht für Traumatisierungen im medizinischen Kontext entwickelt oder validiert (Einsle et al., 2012).

Anpassungsstörungen (F43.2). In der Literatur wird zunehmend über das Störungsbild einer subsyndromalen PTBS berichtet. Hierbei liegen zwar wesentliche Symptome einer PTBS vor, die diagnostischen Kriterien werden jedoch nicht voll erfüllt. Auch für diese subsyndromalen Störungsbilder ist ein negativer Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen nachweisbar. Diagnostisch sollten sie als Anpassungsstörung (F43.2) klassifiziert werden. Die Neuformulierung des Konzepts der Anpassungsstörung in der ICD-11 gibt die Möglichkeit, stressbezogene Symptome in Folge körperlicher Krankheiten, die unter der Schwelle einer PTBS liegen, diagnostisch besser als stressbezogene Störung zu fassen (Maercker et al., 2007) als bisher. Symptomgruppen sind in diesem Konzept:

Präokkupation (gedankliches Verhaftetsein) wie übermässiges Grübeln, wiederkehrende und belastende Gedanken oder anhaltende Sorgen.

Anpassungsschwierigkeiten zeigen sich in einem Interesseverlust gegenüber der Arbeit, dem sozialen Leben, der Beziehung zu anderen und Freizeitaktivitäten. Der/die Betreffende kann Konzentrations- bzw. Schlafprobleme zeigen.

Akzessorische Symptome sind Angst, Depression, Vermeidung oder Störung des Sozialverhaltens (Schroth & Köllner, 2018).

Für dieses neue Konzept der Anpassungsstörung liegt mit dem Adjustment Disorder New Module (ADNM) inzwischen auch ein Fragebogen vor, der an Patienten mit körperlichen Erkrankungen validiert wurde (Lorenz et al., 2016). Eine aktuelle Kurzform dieses Fragebogens (ADNM-6) steht im Internet kostenlos zur Verfügung.

5 Besondere Problemkonstellationen

Transplantationsmedizin

Transplantationen finden in der Regel nach einer längeren Wartezeit statt. Sie wurden deshalb auch als „geplantes Trauma“ bezeichnet, was die besondere Möglichkeit bietet, Strategien zur Prävention und Frühintervention einer PTBS zu entwickeln. Richtungsweisend für die Erforschung der Bedeutung der PTBS in der Organmedizin waren die Studien der Arbeitsgruppe um Amanda Dew und Arthur Stukkas aus Pittsburgh. Bahnbrechend für die Erforschung der PTBS in der Kardiologie war ihre Untersuchung an 191 Patienten im Langzeitverlauf nach Herztransplantation auf psychische Komorbidität und deren Auswirkung auf das Operationsergebnis. Alle Diagnosen wurden mit strukturierten Interviews gesichert. Bereits in den ersten Interviews nach 2 und 7 Monaten zeigte sich ein vergleichsweise hoher Anteil an Patienten mit PTBS. Diese erwies sich nach Depression und Anpassungsstörung mit einer Prävalenz von 17 % nach 3 Jahren als dritthäufigste psychische Störung. Patienten mit einer PTBS hatten ein um das 14-fache

erhöhte Mortalitätsrisiko, verursacht durch eine Abstoßungsreaktion. Eine PTBS war somit stärkster Prädiktor für Mortalität im ersten Jahr nach der Transplantation. Als mögliche Ursache wurde Non-compliance bei Kontrolluntersuchungen und Medikamenteneinnahme als Folge des PTBS-bedingten Vermeidungsverhaltens angenommen.

Die PTBS trat so gut wie immer im ersten Jahr nach der Transplantation auf und verlief meist chronisch. Risikofaktoren waren weibliches Geschlecht, psychische Vorerkrankungen und geringe soziale Unterstützung. Als traumatisches Ereignis wurden u. a. bedrohliche Episoden während der oft mehrjährigen Wartezeit auf ein Spenderherz angegeben (Dew et al. 1999, 2001). Auch bei einer Untersuchung an Patienten vor und nach Lungentransplantation stammten die traumatischen Ereignisse mehrheitlich aus der Wartezeit und bezogen sich nur selten auf die als rettend erlebte Transplantation (Jacobs et al., 2015). Lediglich 12 % der Patienten mit PTBS hatten psychotherapeutische Unterstützung erhalten.

In einer neueren Studie fanden Favaro et al. (2011) mit 12 % eine vergleichbar hohe Prävalenz der PTBS wie Dew et al. Ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS waren hier depressive Episoden in der Vorgeschichte. Sowohl eine voll ausgebildete als auch eine subsyndromale PTBS wirken sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus (Köllner et al., 2003).

Angehörige lebensbedrohlich Erkrankter

Während zunächst nur die Patienten im Fokus des wissenschaftlichen Interesses standen, zeigte sich in den letzten Jahren, dass insbesondere nach invasiven Prozeduren im Bereich der High-tech-Medizin Angehörige höhere Belastungswerte und PTBS-Prävalenzen aufwiesen als die Patienten selbst. So fanden Dew et al. (2004) bei Angehörigen herztransplantierten Patienten 22,5% PTBS und 34,5% Anpassungsstörungen. Bunzel et al. (2007) fanden bei keinem Patienten (36m, 2w), dem ein Kunstherz eingesetzt worden war, aber bei 27% der Partner (26w, 1m) eine PTBS. Ein Erklärungsansatz ist, dass Bilder von der Situation des Patienten eher von den Angehörigen wahrgenommen werden als von ihm selbst. Hinzu kommt, dass soziale Unterstützung v. a. dem Patienten und weniger den Angehörigen angeboten wird. Als Risikogruppe sind auch Angehörige anzusehen, die eine Reanimation des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder während eines gemeinsamen Ausflugs miterleben mussten.

In einer eigenen Untersuchung zeigten etwa 1/3 aller Angehörigen von Organtransplantierten bzw. Wartelistenpatienten Symptome einer psychischen Störung. Am häufigsten waren hier Anpassungsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen. Nur einem geringen Teil von ihnen war professionelle Hilfe angeboten worden, obwohl ein Großteil der Betroffenen entsprechenden Bedarf äußerte (Bachem et al., 2019).

6 Therapie

Obwohl es inzwischen weit über 100 Studien zur Prävalenz von PTBS und Anpassungsstörung bei körperlichen Krankheiten gibt und ihre ungünstigen Auswirkungen auf Krankheitsverlauf, Mortalität und Lebensqualität klar nachgewiesen wurde, gibt es bisher nur sehr wenige Studien zur Therapie bei dieser Patientengruppe, allerdings mit deutlich steigender Tendenz in den letzten Jahren (Köllner, 2019).

Therapie der Anpassungsstörung

Eine Anpassungsstörung stellt eine Indikation für eine Psychotherapie dar, wenn sie mit niederschweligen Angeboten (Psychosomatische Grundversorgung) nicht ausreichend behandelbar ist. Anpassungsstörungen können auch das erste Symptom bei chronisch maladaptiven, bislang aber kompensierten Persönlichkeitszügen darstellen (z.B. übersteigertes Leistungsideal, das mit Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit nicht mehr erfüllt werden kann). In diesen Fällen kann über die Behandlung der Anpassungsstörung eine therapeutische Beziehung etabliert werden, die anschließend eine Bearbeitung der Persönlichkeitsproblematik ermöglicht (Herrmann-Lingen et al., 2019).

Einer der wenigen evidenzbasierten störungsspezifischen Therapieansätze ist das Therapieprogramm für Anpassungsstörungen, kurz TAPS. Der Ansatz basiert auf kognitiv-behavioralen Interventionen mit dem Schwerpunkt, Problemlösestrategien zu entwickeln. Verglichen mit Patienten ohne Therapie zeigte eine Pilotstudie erste Erfolge indem Angst und Wut reduziert und die Stimmung stabilisiert werden konnte (Reschke & Teichmann, 2008). Erste vielversprechende Befunde gibt es auch für internetbasierte Behandlungsprogramme. Unter anderem bietet die Universität Zürich die Teilnahme an Studien an, welche interaktive Programme zur Behandlung von Depressionen und Anpassungsstörungen einsetzt. Das neue Stress-Response-Modell nach ICD-11 legt nahe, dass bestimmte Therapieansätze der PTBS auch für die Anpassungsstörung hilfreich sein können. Dabei ist insbesondere an kognitive Umstrukturierung und Expositionstherapie zu denken. Erste Studien zeigten auch einen Benefit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Patienten mit Anpassungsstörungen (Schroth & Köllner, 2018). Zur Therapie der Anpassungsstörung im Sinne einer ungünstigen Verarbeitung kardialer Erkrankungen besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Therapie der PTBS

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung allgemein ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das

traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. Diese sollte laut aktueller S3-Leitlinie jedem Patienten mit PTBS angeboten werden (Schäfer et al., 2019). Bei Patienten mit Herzerkrankungen besteht allerdings auch bei Therapeuten häufig eine Hemmung, Exposition anzuwenden aus der Sorge heraus, durch die hiermit verbundene Belastung ein akutes kardiales Ereignis auszulösen. Shemesh et al. (2011) konnten in einer randomisierten Studie (Vergleich zwischen Konfrontation in sensu und Psychoedukation) jedoch nachweisen, dass Traumakonfrontation weder zu relevanten Puls- oder Blutdruckanstiegen während der Sitzungen (im Durchschnitt nur 0,5 mmHg mehr als in der Kontrollbedingung, im 95%-Konfidenzintervall maximal 7,1 mmHg Differenz, was ebenfalls klinisch unbedenklich ist) noch zu vermehrten kardialen Ereignissen oder gar Todesfällen im Langzeitverlauf führte. Es fand sich aber eine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptome in der Subgruppe der hoch belasteten Patienten.

Die Ergebnisse dieser Studie und die klinische Erfahrung sprechen dafür, dass zur Behandlung von Patienten im medizinischen Kontext die gleichen Verfahren wirksam sind und eingesetzt werden sollten, für die eine Evidenz hinsichtlich Wirksamkeit bei der PTBS insgesamt vorliegt. Allerdings besteht nach wie vor dringender Forschungsbedarf v. a. zu der Frage, ob sich durch die Therapie der PTBS deren negative Folgen auf den somatischen Krankheitsverlauf abmildern lassen. Konzeptuelle Überlegungen sprechen dafür, dass EMDR aufgrund der möglicherweise kürzeren Konfrontationszeiten für kardiologische Patienten weniger belastend ist, allerdings fehlen auch hierfür empirische Belege.

Eine Psychopharmakotherapie sollte nach aktueller S3-Leitlinie weder als alleinige noch als primäre Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden (Schäfer et al., 2019).

Da sich krankheitsübergreifend geringe soziale Unterstützung als starker Prädiktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTBS erwies, könnten therapeutische Gruppen hilfreich sein, da sie die Möglichkeit von sozialer Unterstützung und Disclosure miteinander verbinden. Vielen Patienten fällt es leichter, in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener über traumatische Erlebnisse zu berichten als in ihrem persönlichen Umfeld. Sinnvoll scheint es auch, Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da Betroffene oft nichts über dieses Störungsbild wissen und in den Kliniken kein routinemäßiges Screening erfolgt. Ein Beispiel für gute Information der Betroffenen und den Aufbau eines therapeutischen Netzwerkes ist der Bundesverband der Organtransplantierten (www.bdo-ev.de).

Stellenwert der Rehabilitation

Der zeitliche Umfang einer psychosomatischen Rehabilitation von im Durchschnitt 5- maximal 8 Wo-

chen ist für eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR sehr begrenzt. Deshalb lassen sich diese wirksamsten Maßnahmen bei der Behandlung der PTBS bevorzugt im ambulanten Setting durchführen. Eine Ausnahme stellt eine Typ 1-Traumatisierung durch ein umschriebenes Krankheitsereignis dar, die in der Rehabilitation z. B. mit EMDR angegangen werden kann. Es eignet sich der geschützte Rahmen der Rehabilitation für die Patienten häufig besonders gut, um entsprechende Symptome erstmalig zuzulassen und anzusprechen. Darüber hinaus stellt die Rehabilitation eine wertvolle Quelle zum Aufbau für Therapiemotivation, zur Unterstützung während längerer ambulanter Therapien, zur Rehabilitation komorbider Begleiterkrankungen oder nach Akuttherapie zur Reintegration auf dem Arbeitsmarkt bzw. zur sozialmedizinischen Weichenstellung dar (Kreutzer & Köllner, 2020).

Literatur

- Bachem R, Baumann J, Köllner V. ICD-11 Adjustment Disorder among Organ Transplant Patients and Their Relatives. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16(17), 3030; <https://doi.org/10.3390/ijerph16173030>
- Bunzel, B., Laederach-Hofmann, K., Wieselthaler, G. et al. (2007). Mechanical circulatory support as a bridge to heart transplantation: what remains? Long-term emotional sequelae in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26, 384–389.
- Dew, M. A., Kormos, R. L., Roth, L. H. et al. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, 549–562.
- Dew, M. A., Kormos, R. L., DiMartini, A. F. et al. (2001). Prevalence of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 42, 300–313.
- Dew, M. A., Myaskovsky, L., DiMartini, A. F. et al. (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine*, 34, 1065–1082.
- Edmondson D, Richardson S, Falzon L et al (2012) Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PloS one* 7:e38915
- Edmonson D, Kronish IM, Shaffer JA. (2013) Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *Am Heart J*. 166: 806-814.
- Edmondson D (2014) An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Social and Personality Psychology Compass* 8(3): 118–134.

- Einsle, F., Kraft, D. & Köllner, V. (2012). Accurately diagnosing post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used? *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 434–438.
- Fait K, Vilchinsky N, Dekel R et al. (2018) Cardiac-disease-induced PTSD and Fear of illness progression: Capturing the unique nature of disease-related PTSD. *Gen Hosp Psychiatry*. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.02.011.
- Favaro, A., Gerosa, G., Caforio, A. L. et al. (2011). Post-traumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *General Hospital Psychiatry*, 33, 1–7.
- Felitti, V. J., Andra, R. F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Herrmann-Lingen C, von Känel R, Köllner V. Trauer und Belastung – von der Reaktion zu Störung. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. (Hrsg.): *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg, Springer, 3. Aufl. 2019 87-95
- Husain SA, Edmondson D, Kautz M et al. (2018). Posttraumatic stress disorder due to acute cardiac events and aversive cognitions towards cardiovascular medications. *J behave Med*. 41: 261-268.
- Jacobs J, Brandsch S, Michael T, Schäfers H-J, Wilkens H, Köllner V. Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten auf der Warteliste und nach einer Lungentransplantation. *PsychotherPsychMed* 2015; 65(07): 255-260
- von Känel R, Barth J, Princip M. et al. (2018) Early Psychological Counseling for the Prevention of Posttraumatic Stress Induced by Acute Coronary Syndrome: The MI-SPINT Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87: 75-84
- Köllner V, Einsle F, Schade I, Maulhard T, Guliemos V, Joraschky P. Psychosoziale Belastung und Lebensqualität bei Patienten nach Herz- oder Lungentransplantation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2003; 49: 262-274
- Köllner V. Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In Maercker A. (Hrsg.): *Traumafolgestörungen*. Heidelberg: Springer, 5. Aufl. 2019: 443 – 460
- Köllner V. Psychische Erkrankungen als Ursache für eine gestörte Adhärenz in der Kardiologie. *Herzmedizin* 4/2019, S. 101- 106
- Kreutzer L, Köllner V. Traumafolgestörungen in der Rehabilitation. 2020; 59: im Druck
- Ladwig K H, Baumert, J, Marten-Mittag B. et al. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1324–1330.
- Lorenz A, Bachem R, Maercker A. The Adjustment Disorder – New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *Int J Occup Environ Med* 2016; 7: 215-220
- Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a cardiology patient sample. *Psychopathology* 2007, 40: 135-146
- Maercker A. (2009) Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 3. Auflage. Heidelberg, Springer
- Reschke K, Teichmann K. Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für Patienten mit Anpassungsstörungen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 2008; 2: 97–102
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg.): *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer, 2019
- Schroth S, Köllner V. Anpassungsstörungen: eine schwierige Diagnose. *PSYCH up2date* 2018; 12: 399 – 409.
- Shemesh E, Annunziato RA, Weatherley BD (2011) A randomized controlled trial of the safety and promise of cognitive-behavioral therapy using imaginal exposure in patients with posttraumatic stress disorder resulting from cardiovascular illness. *J Clin Psychiatry*. 2011, 72:168-174.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H. et al. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 71, 1012–1017.



Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Volker Köllner

Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung
Lichterfelder Allee 55
D-14513 Teltow
und

Universitätsmedizin Charité

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

volker.koellner@charite.de