

## Angst und Depression bei COPD

# Unterschätzte Komorbidität?

KLAUS KENN, KERSTIN KÜHL

Trotz der hohen Prävalenz psychischer Probleme bei COPD-Patienten werden diese erstaunlich selten vom Arzt und vom Patienten angesprochen. Dabei verschlechtern Angst und Depression nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen. Es kommt auch häufiger zu Exazerbationen, und die Zahl der Krankenhausaufenthalte steigt. Die Autoren des nachfolgenden Beitrags plädieren deshalb dafür, diese oft „totgeschwiegenen Probleme“ zu erfragen und bei der Behandlung mit zu berücksichtigen.



© K. Kenn

„Da sitze ich am Fenster und schaue den anderen beim Leben zu ...“ (Zitat einer COPD-Patientin).

— Wir wissen heute, dass die COPD nicht mehr nur als pulmonale Erkrankung zu sehen ist. Vielmehr bestimmen eine Reihe von extrapulmonalen Begleitphänomenen die Krankheitsausprägung mit, beeinflussen den Verlauf und sind somit für den gesamten Behandlungsansatz von Bedeutung.

Die psychische Komorbidität spielt neben Veränderungen am kardiovaskulären System, der Muskulatur, dem Knochenskelett

sowie metabolischen Phänomenen eine immer noch vergleichsweise wenig realisierte und scheinbar untergeordnete Rolle.

Bisher wurde in Studien vor allem die Depression beleuchtet. Aktuell rücken nun zunehmend Angst- und Paniksymptome in den Fokus. Für COPD-Patienten sind aber nicht nur Angst oder Panik bei Atemnot von Bedeutung, sondern viele leiden auch unter Progredienz- oder krankheitsspezifischen Ängsten, die sich auf die Endphase des Lebens („End of Life Fear“) beziehen.

### Körperliches und psychisches Befinden hängen zusammen

Mit Blick auf die Bedrohlichkeit des Hauptsymptoms Atemnot ist ein sich gegenseitiges Bedingen von körperlichem (Atemlimitation) und psychischem Befinden (Not beim Atmen) nicht überraschend. Atemnot, Angst und Depression können sich bei fortschreitender COPD im Sinne eines jeweiligen Circulus vitiosus verselbstständigen.

Die körperliche Leistungslimitierung trägt im Verlauf zum Rückzug aus dem Alltag und in der Folge zur sozialen Isolation bei, wodurch sich wiederum Angst und Depression verstärken. Studien zeigen, dass aufgrund dessen sowohl die unmittelbare Lebensqualität, aber auch die Exazerbationshäufigkeit und die Rehospitalisationsrate negativ geprägt werden. Ob es sich insgesamt um tatsächliche Komorbiditäten oder relevante Koinzidenzen handelt, ist noch nicht abschließend zu beurteilen.

### Prävalenz von Angst und Depression

Angaben zur Prävalenz von Angst und Depression bei COPD-Patienten variieren erheblich. Generalisierte Angststörungen werden in einer Häufigkeit von 2–16%, Panikstörungen von 8–67%, depressive Symptome und Depressionen zwischen 11 und 80% sowie Angstsymptome in einem Bereich von 10–75% angegeben [1]. Diese jeweils sehr großen Prävalenzbereiche lassen erkennen, dass uns exakte Angaben hierzu bislang fehlen. Ebenso ist nicht beantwortet, ob in der Gruppe der COPD-Patienten, die ihre Erkrankung überwiegend über einen Nikotinabusus akquiriert haben, die Neigung zu psychischen Problemen nicht schon primär größer ist.

Die unterschiedlichen Prävalenzangaben lassen sich auf methodisch unterschiedliche Diagnoseansätze zurückführen. Erhebungen durch Interviews, die die Kriterien psychischer Störungen z.B. nach ICD-10 überprüfen, finden lediglich Prävalenzen zwischen 6 und 39%, wohingegen eine deutlich größere Anzahl Betroffener (32–79%) in Fragebögen Angst-, Panik- und Depressionssymptome bejaht. Hier erschweren unterschiedliche Erhebungsinstrumente ebenso wie die Heterogenität der untersuchten Patientenkollektive mit verschiedenen Schweregraden die Interpretation. Auch dürfte die Frage, welchen Kulturen die untersuchten Kollektive angehören, eine Rolle spielen.

Als Risikofaktoren für das Auftreten von Angst und Depression werden dauerhafte funktionelle Beeinträchtigungen, ein zunehmender Verlust an Krankheitskontrolle sowie Nachlassen therapeutischer Erfolge trotz hoch dosierter Medikation gesehen. Häufige und schwerwiegende Exazerbationen gehen mit einer gravierenderen psychischen Begleitsymptomatik einher [2].

### Manifestation meist schon in frühen Stadien

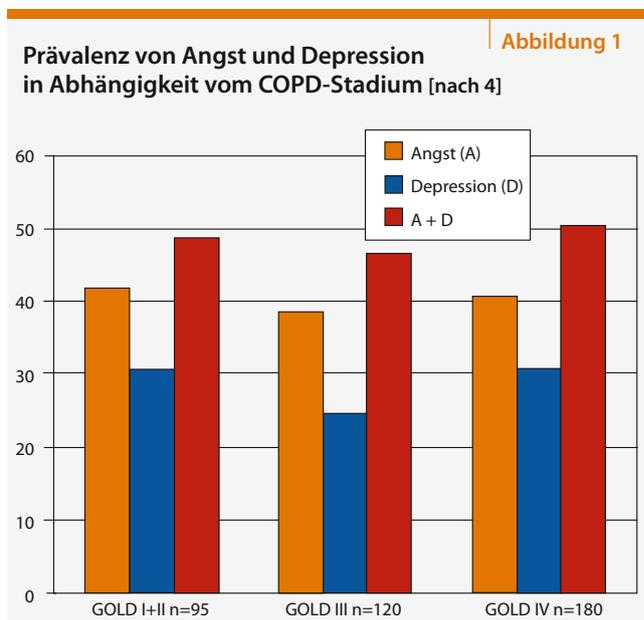
Offenbar manifestieren sich Angst und Depression bereits in den frühen Stadien der COPD und erfahren bei zunehmendem Schweregrad keine wesentliche Verstärkung. In einer umfangreichen schwedischen Studie [3] konnte gezeigt werden, dass das Ausmaß von Angst im Stadium I und II mit ca. 40% ebenso häufig war wie im Stadium III (38%) und Stadium IV (40%). Auch depressive Syndrome waren bereits in frühen Stadien in gleichem Ausmaß vorhanden wie bei den höheren Schweregraden (III und IV) (Abb. 1). Diese Ergebnisse konnten durch eine eigene Studie (nicht veröffentlichte Daten 2011) an 133 COPD-Patienten bestätigt werden.

Die Lebensqualität wird durch das gleichzeitige Vorhandensein von Angst und/oder Depression ganz wesentlich negativ geprägt. Die erwähnte schwedische Studie zeigte bei 383 untersuchten Patienten im St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) im Vergleich zu COPD-Patienten ohne psychische Komorbidität eine um zwölf Punkte schlechtere Lebensqualität. Bedenkt man, dass bereits ein Unterschied von vier Punkten als klinisch relevant betrachtet wird, wird die Bedeutung der negativen Beeinträchtigung durch Angst und Depression erkennbar.

### Signifikante Zunahme der 1-Jahres- und 3-Jahres-Mortalität

Inwieweit auch der weitere klinische Verlauf durch das Vorhandensein von Angst und Depression geprägt ist, zeigte sich in einer amerikanischen Veröffentlichung aus dem NETT-(National Emphysema Treatment Trial-)Projekt. Hier konnte bei 610 Patienten mit einem hohen BDI-(Beck Depression Inventory-) Fragebogen-Score eine signifikante Zunahme der 1- und 3-Jahres-Mortalität gesehen werden. Zudem war die Hospitalisationsfrequenz im Jahr vor Beginn der Studie ebenfalls signifikant höher.

Auch eine Studie an 491 COPD-Patienten aus dem asiatischen Raum [4] zeigt, dass sowohl Angst als auch Depression die Exazerbations- und auch Rehospitalisationsrate von COPD-Patienten signifikant negativ prägen. Hierdurch werden ältere Daten [5] bestätigt: Bei einer kleineren Gruppe (43 Patienten) wurde eine



hochsignifikante Zunahme von Rehospitalisationen bei Patienten mit Angst und Depression beschrieben.

Nicht zu vernachlässigen ist die Bedeutung einer negativen psychischen Beeinträchtigung bei COPD-Patienten im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft. Es findet sich eine negative Korrelation zwischen 6-Minuten-Gehstrecke und Ausmaß von Depression und Angst [6]. Dies bedeutet, dass eine klinisch relevante psychische Komorbidität die Fähigkeit oder Bereitschaft zu körperlicher Aktivität einzuschränken scheint.

### Wann beginnt die Angst vor dem Ende?

COPD-Patienten machen sich bereits frühzeitig Gedanken zu ihrem Sterben. Eine Quote von fast 100% an Patienten mit so genannter „End of Life Fear“ [7] konnten wir in einer eigenen, noch nicht veröffentlichten Studie zwar nicht bestätigen. Dennoch stellt der prospektive, angstvolle Blick auf die letzte Lebensphase, insbesondere auf die Art des Sterbens, für viele Patienten eine große Belastung dar.

Wurden die Patienten gefragt, was sie sich von ihren behandelnden Ärzten erwarten, ergaben sich folgende Wünsche: Angaben zum weiteren Verlauf der Erkrankung, zur therapeutischen Beeinflussung, zur Prognose und insbesondere zur Frage, wie das eigene Sterben aussehen wird.

### Totgeschwiegene Probleme

Trotz der hohen Prävalenz relevanter psychischer Probleme von COPD-Patienten werden diese im Alltag erstaunlich wenig zwischen Ärzten und Patienten kommuniziert. Es finden sich Studien, in deren Kollektiv kein Patient je mit den behandelnden Ärzten über seine Ängste gesprochen hat [8]. Zudem fühlten sie sich deutlich zu wenig über ihre Erkrankung informiert.

Im Rahmen der eigenen Studie mit 133 Patienten zeigte sich, dass insbesondere COPD-Patienten im Stadium II ein höheres Ausmaß an „End of life“-Ängsten aufweisen. Eine mögliche In-

terpretation ist, dass die erste Konfrontation mit der Diagnosestellung und die Beobachtung des Verlaufs bei anderen Patienten in der Klinik sehr schockierend ist. Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zeigen bei erfolgreicher Krankheitsbewältigung trotz chronischer Atemnot und progredientem Krankheitserleben nicht unbedingt eine Zunahme der „End of Life“-Ängste.

### Therapierealität

Die Diskrepanz zwischen Prävalenz und Behandlungshäufigkeit der psychischen Komorbidität von COPD-Patienten ist erheblich. In einer amerikanischen Telefonbefragung von 1334 Patienten konnte gezeigt werden, dass bei 61% der Befragten psychische Probleme, insbesondere Angst, vorlagen. Davon waren lediglich 31% medikamentös therapiert [2]. Auch in der bereits erwähnten NETT-Studie [9] erhielten lediglich 37% der betroffenen Patienten Medikamente.

Zur Behandlung bietet sich die Gruppe der Serotonin-Reuptake-Hemmer in niedriger Dosierung an. Bei massiver Atemnot sollte der frühzeitige Einsatz von Morphinanaloga erfolgen.

Erfreulicherweise konnten bereits geringe Interventionen in Form von zweimaliger Verhaltenstherapie zu einer signifikanten Abnahme von Angst und Depression im Verlauf führen [10]. Eine umfassende pneumologische Rehabilitationsbehandlung über zwölf Wochen reduzierte bei 30 COPD-Patienten auch ohne

psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung das Ausmaß an Angst und Depression. Eine Kombination aus Rehabilitation und psychotherapeutischer Intervention führte in der Kontrollgruppe sogar zu einer hochsignifikanten Verbesserung des psychischen Befindens [11].

Ähnliches konnten wir in einer eigenen Studie mit 93 Patienten im COPD Stadium III–IV zeigen [12]. Depression, Angst und Panikstörungen nahmen nach komplexer multimodaler pneumologischer Rehabilitation auch ohne gezielte psychotherapeutische oder pharmakologische Intervention signifikant ab.

### Literatur

1. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB: Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004, 58(1):65–70.
2. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Souček J, Richardson P, Wray NP, Stanley MA: Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005, 127(4):1205–1211.
3. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Suppli Ulrik C, Brøndum E, Nieminen MM, Aine T, Hallin R, Bakke P: Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med* 2006, 100(1):87–93.
4. Xu W, Collet JP, Shapiro S, Lin Y, Yang T, Platt RW, Wang C, Bourbeau J: Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *Am J Respir Crit Care Med* 2008, 178(9):913–920.
5. Dahlen I, Janson C: Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest* 2002, 122(5):1633–1637.
6. Al-Shair K, Dockry R, Mallia-Milanes B, Kolsum U, Singh D, Vestbo J: Depression and exercise capacity limitation in COPD. *ERJ* 2008, 32 (Suppl. 52):587s.
7. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG: Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care: differences between patients with COPD, cancer, and AIDS. *Chest* 2002, 122(1):356–362.
8. Gardiner C, Gott M, Small N, Payne S, Seamark D, Barnes S, Halpin D, Ruse C: Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. *Palliat Med* 2009, 23(8):691–697.
9. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND, Make BJ, Emery CF, Diaz PT, Benditt JO, Mosenifar Z, McKenna R, Jr., Curtis JL et al: Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2007, 167(21):2345–2353.
10. Livermore N, Sharpe L, McKenzie D: Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *Eur Respir J* 2010, 35(3):557–563.
11. de Godoy DV, de Godoy RF: A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2003, 84(8):1154–1157.
12. Kuhn C, Kühl K, Rief W, Kenn K: Prevalence of psychiatric disorders in seriously-ill COPD patients. *ERJ* 2008, 32(Suppl. 52):309s.

### Resümee

Die Prävalenz von Depression, Angst und insbesondere Panikstörungen bei COPD-Patienten ist hoch und für den weiteren Verlauf relevant. Sie geht mit gehäuften Krankenhauseinweisungen, längeren Liegezeiten im Krankenhaus, häufigeren Arztkonsultationen und einer verschlechterten Lebensqualität einher. Zudem gibt es Hinweise auf ein vorzeitiges Versterben dieser Patienten.

Nur ein Drittel der Patienten wird entsprechend medikamentös oder psychotherapeutisch adäquat behandelt. Auch das Ausmaß so genannter „End of Life“-Ängste lässt es sinnvoll erscheinen, das Vorliegen solcher Ängste bei unseren Patienten frühzeitig zu erfragen, um behutsam in eine Kommunikation hierzu eintreten zu können. Allein das Ansprechen dieser Themen bzw. das Relativieren mitunter erheblich übersteigter und katastrophisierender Zukunftsängste sowie therapeutische Palliationszusagen für die Zukunft sind für die Patienten enorm entlastend.

Von daher müssen wir die Realisierung und Behandlung psychischer Begleitphänomene unserer COPD-Patienten unbedingt in das Portfolio unserer Therapiemaßnahmen aufnehmen. Eingedenk der limitierten medikamentösen Effekte bei COPD-Patienten im Hinblick auf Atemnot und Lungenfunktionseinschränkung eröffnet ein solcher Therapieansatz neue Chancen und Möglichkeiten.



**Dr. med. Klaus Kenn**

Schön Klinik Berchtesgadener Land  
Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin  
Malterhöh 1  
D-83471 Schönau am Königsee  
E-Mail: [KKenn@Schoen-Kliniken.de](mailto:KKenn@Schoen-Kliniken.de)

**Koautorin:** Dr. Kerstin Kühl, Psychologische Psychotherapeutin, Marburg