



Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen - Bewegungstherapeutische Interventionsmöglichkeiten

Dr. med. Tobias Freyer, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Freiburg

Fachtagung „Interdisziplinäre Bewegungstherapie – Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht“
Deutsche Sporthochschule Köln, 01.03.2013

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Reduzierte Lebenserwartung psychisch Kranker

Diagnostic group	Age										
	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
All Swedish men	45.0	40.3	35.5	31.0	26.5	22.3	18.3	14.6	11.4	8.6	6.3
Schizophrenia	37.1	32.9	28.6	24.6	20.7	17.2	14.0	11.3	9.0	7.2	5.6
Affective psychosis	35.6	31.9	28.3	24.7	21.0	17.6	14.4	11.6	9.2	7.3	5.7
Other functional psychoses	29.1	25.6	22.0	18.8	15.9	13.3	11.2	9.4	7.8	6.5	5.3
Organic psychosis	30.2	26.0	21.8	17.4	13.2	9.6	6.8	5.1	4.2	3.6	3.2
Substance abuse	29.4	26.0	22.9	20.1	17.4	15.0	12.9	10.8	9.0	7.3	5.7
Neurosis	35.1	31.0	26.9	23.0	19.4	16.1	13.2	10.7	8.6	7.0	5.5
Personality disorder	30.9	26.9	23.2	19.7	16.6	13.8	11.5	9.6	8.0	6.6	5.3
Mental retardation	39.1	34.6	30.2	25.9	21.9	18.2	14.8	11.9	9.4	7.4	5.7
Other diagnoses	26.7	23.2	19.9	17.0	14.4	12.3	10.4	8.9	7.6	6.4	5.3

Expectation of remaining life for men in the general population and men who were psychiatric inpatients
aus: Hannerz et al., Public Health 2001

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Mortalität bei Patienten mit „severe mental illness“ (SMI) – Suizide oder natürliche Ursachen?

Physical diseases with increased frequency in severe mental illness

Disease category	Physical diseases with increased frequency
Bacterial infections and mycoses	Tuberculosis (+)
Viral diseases	HIV (++), hepatitis B/C (+)
Neoplasms	Obesity-related cancer (+)
Musculoskeletal diseases	Osteoporosis/decreased bone mineral density (+)
Stomatognathic diseases	Poor dental status (+)
Respiratory tract diseases	Impaired lung function (+)
Urological and male genital diseases	Sexual dysfunction (+)
Female genital diseases and pregnancy complications	Obstetric complications (++)
Cardiovascular diseases	Stroke, myocardial infarction, hypertension, other cardiac and vascular diseases (++)
Nutritional and metabolic diseases	Obesity (++), diabetes mellitus (+), metabolic syndrome (++), hyperlipidemia (++)

(++) very good evidence for increased risk, (+) good evidence for increased risk

aus: Leucht et al., *Acta Psychiatr Scand* 2007

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

„Mortalitätsraten-Ratios“ psychiatrisch stationär behandelter Patienten in Dänemark (N=1.480.608)
mod. nach Laursen et al., J Clin Psychiatry 2007

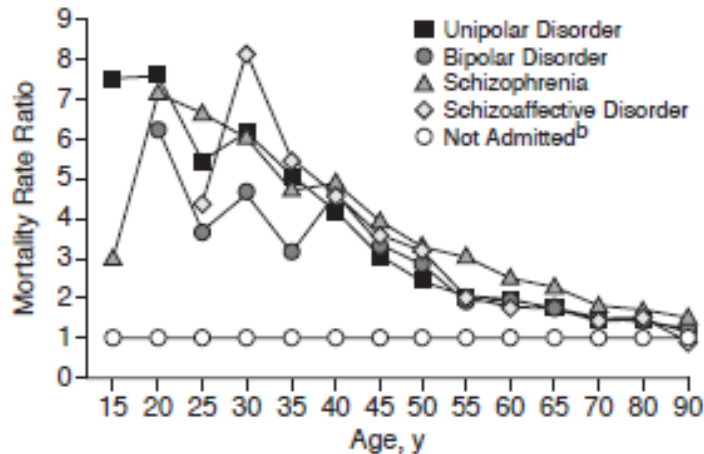
	Unipolare Depression	Bipolar affektive Strg	Schizo- affektive Strg	Schizo- phrenie
Todesursache				
<i>Natürlich</i>				
Kardiovaskulär	1.59 / 1.47	1.58 / 1.67	1.60 / 1.63	2.07 / 1.72
Tumor	1.15 / 1.19	1.02 / 1.03	1.13 / 1.05	1.24 / 1.32
Zerebrovaskulär	1.95 / 1.63	1.90 / 1.78	3.10 / 2.14	2.81 / 1.94
Respiratorisch	2.04 / 2.11	2.87 / 2.17	2.47 / 2.18	3.39 / 3.24
Metabolisch	1.64 / 1.50	2.47 / 2.01	4.16 / 2.35	3.56 / 1.69
Andere	2.55 / 2.23	2.84 / 2.83	2.75 / 2.59	5.67 / 3.92
<i>Unnatürlich</i>				
Suizid	25.91 / 37.22	23.98 / 43.22	34.51 / 58.81	25.38 / 45.59
Unfall	3.34 / 2.60	4.19 / 2.93	4.45 / 3.21	6.00 / 5.01
Homizid	1.95 / 3.77	5.09 / 5.86	- / -	12.47 / -

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

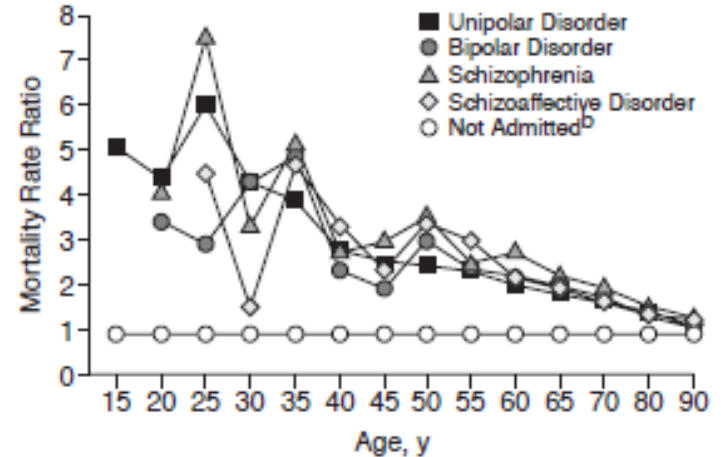
„Mortalitätsraten-Ratios“ psychiatrisch stationär behandelter Patienten in Dänemark (N=1.480.608)
mod. nach Laursen et al., J Clin Psychiatry 2007

Figure 1. Mortality Rate Ratio^a According to Admission Status

A. Natural Death, Males, Stratified by Age



B. Natural Death, Females, Stratified by Age



Pat. mit psychischen Erkrankungen haben eine reduzierte Lebenserwartung um 13-30 Jahre
Dies gilt in Ländern mit exzellentem Gesundheitssystem
60% dieser Reduktion ist auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Assoziationsmöglichkeiten für somato-psychische Komorbiditäten

1. Die somatische Erkrankung oder zur Behandlung eingesetzte Medikamente verursachen oder lösen auf biologischer bzw. physiologischer Ebene die psychische Störung aus (Beispiel: eine Schilddrüsenunterfunktion verursacht bzw. löst depressive Symptome aus).
2. Die somatische Erkrankung geht der Entwicklung einer psychischen Störung bei genetisch vulnerablen Personen zeitlich voraus (Beispiel: ein Morbus Cushing geht der Episode einer Major Depression voraus).
3. Die psychische Störung entwickelt sich als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und ihre Behandlung (Beispiel: eine Krebserkrankung löst eine schwere Anpassungsstörung aus).
4. Eine psychische Störung geht dem Beginn körperlicher Symptome bzw. Erkrankungen voraus und/oder kann sie ungünstig beeinflussen (Beispiel: eine unbehandelte depressive Störung beeinflusst den Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen).
5. Die somatische Erkrankung und psychische Störung sind nicht kausal miteinander verbunden, sondern zeitlich koinzident (Beispiel: eine posttraumatische Belastungsstörung und eine rheumatoide Arthritis).

aus: Härter, Baumeister, Bengel: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Springer 2007

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

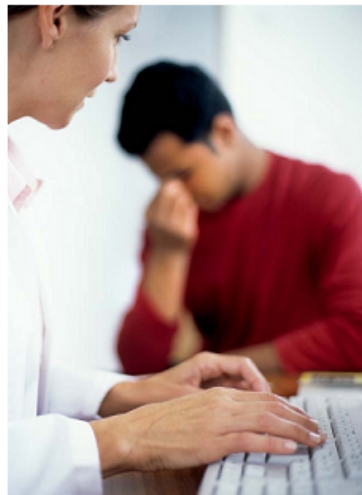
Gründe für höhere Raten körperlicher Erkrankung bei psychisch kranken Menschen inkl. Gründe für schlechtere Erkennung und Behandlung körperlicher Beschwerden

Patient und psych. Erkrankung:

- Reduzierte Aufsuchbereitschaft aufgrund Symptomen der psychischen Erkrankung (kognitive Defizite, soziale Isolation, Mißtrauen)
- Schwierigkeiten, empfohlene Behandlungsmaßnahmen inkl. Veränderung der Lebensgewohnheiten umzusetzen (Schlechtes Bildungsniveau, fehlendes soziales Netz, Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit)
- Lebensgewohnheiten und Gesundheitsrisiken (Nikotin- und Substanzenabus, Ernährungsgewohnheiten, Mangel an Bewegung, riskante Sexualpraktiken)
- Reduzierte Compliance
- Reduzierte Wahrnehmungsfähigkeit physischer Symptome (Kognitive Defizite, verminderte Schmerzwahrnehmung)
- Schwierigkeiten in der Kommunikation physischer Symptome

Behandlung:

- Unerwünschte Wirkungen psychotroper Medikation (Übergewicht, Typ-II-Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, Hyperprolaktinämie, etc.)



Gesundheitssystem:

- Mangel an integrierten Versorgungssystemen/Vernetzungen zwischen psychiatrischer und somatischer Behandlungspraxis
- Unklarheiten, wer für das Monitoring/die Behandlung körperlicher Beschwerden psychisch Kranker zuständig ist
- Mangelnder Zugang zum Versorgungssystem
- Fehlende Krankenversicherung

Psychiater:

- Tendenz auf psychische Symptome zu fokussieren (mit Vernachlässigung notwendiger Screening- und Verlaufsuntersuchungen)
- Defizite Kommunikation mit dem Patienten
- Physische Beschwerden werden als "psychosomatisch" interpretiert
- Mangelndes Wissen im Bereich der somatischen Medizin
- Fehlerhafte Überzeugungen ("Patienten mit psychischen Erkrankungen sind sowieso nicht in der Lage einen gesunden Lebensstil zu pflegen", "Gewichtszunahme ist ausschliesslich auf Medikation zurückzuführen", "Medikamenten mit weniger metabolischen/kardialen Nebenwirkungen sind weniger effektiv", etc.)

Andere Ärzte:

- Stigmatisierung
- Schlechtere Qualität der medizinischen Versorgung psychisch Kranker
- Physische Beschwerden werden als "psychosomatisch" interpretiert
- Komplexität und Zeitaufwand in der Behandlung psychisch kranker Patienten

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen

- Patienten mit „SMI“ haben 2-3fach erhöhtes Risiko
- 1/3 aller Todesfälle bei schizophrenen Patienten sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen
- „SMI“ Patienten erkranken signifikant früher als psychisch Gesunde

Risikofaktoren:

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Rauchen
- Diabetes
- Hyperlipidämie
- Bewegungsmangel
- ungesunde Ernährung
- (Medikation)

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Diabetes mellitus

- 10-15% aller Patienten mit Schizophrenie haben Diabetes (plus hoher Anteil undiagnostizierter Patienten)
- Assoziation schon lange vor Medikamenten-Ära beschrieben (Sir Henry Maudsley, „The Pathology of Mind“ 1879)

Risikofaktoren:

- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- ungesunde Ernährung
- positive Familienanamnese
- (Medikation)

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Respiratorische Erkrankungen

- Patienten mit „SMI“ haben signifikant höhere Raten an COPD (Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung), Bronchitis, Lungenemphysem
- 1/3 aller Todesfälle bei schizophrenen Patienten sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen
- „SMI“ Patienten erkranken signifikant früher als psychisch Gesunde

Risikofaktoren:

- Übergewicht
- Rauchen
- Bewegungsmangel

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Adipositas

- Patienten mit „SMI“ sind signifikant häufiger durch Übergewicht ($\text{BMI} > 25$) bzw. Fettleibigkeit ($\text{BMI} > 30$) betroffen

Risikofaktoren:

- ungesunde Ernährung
- Bewegungsmangel
- Medikation

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Osteoporose

- Patienten mit „SMI“ haben eine signifikant reduzierte Knochendichte

Risikofaktoren:

- Medikation (Prolaktinerhöhung)
- Bewegungsmangel
- Rauchen
- Alkoholabusus
- Mangelernährung
- mangelnde Sonnenlichtexposition

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Metabolisches Syndrom

Etwa 40 bis 60% aller Patienten mit „SMI“ erfüllen die u.g. Diagnosekriterien

Diagnostische Kriterien (mind. 3)	Cut-Off Werte
Taillenumfang	
Frauen	>88 cm
Männer	>102 cm
Triglyzeride	>150 mg/dl
HDL	
Frauen	<50 mg/dl
Männer	<40 mg/dl
Blutdruck	>130/>85 mm HG
Nüchtern Glukose	>110 mg/dl

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Behaviorale Interventionsstrategien

Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey

Scott Brunero *, Scott Lamont

Mental Health Liaison Nursing, Prince of Wales Hospital, EBB, NERU, rm 7, High st Randwick 2031, Sydney, NSW, Australia

Auch in dieser Studie:

Body Mass Index und Taillenumfang bei schizophrenen Patienten signifikant erhöht (M=30.75)

aber:

Patienten haben positive Einschätzung ihrer

Ernährungsgewohnheiten („avoiding too much sugar“)
und ihres Gesundheitsverhaltens („yearly blood pressure checks“) !

Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Behaviorale Interventionsstrategien

- Notwendigkeit spezifischer integrierter Interventionsprogramme aus
Diätberatung inkl. Psychoedukation und Coaching
Bewegungstherapie
Sportmedizinisches und psychiatrisches Monitoring

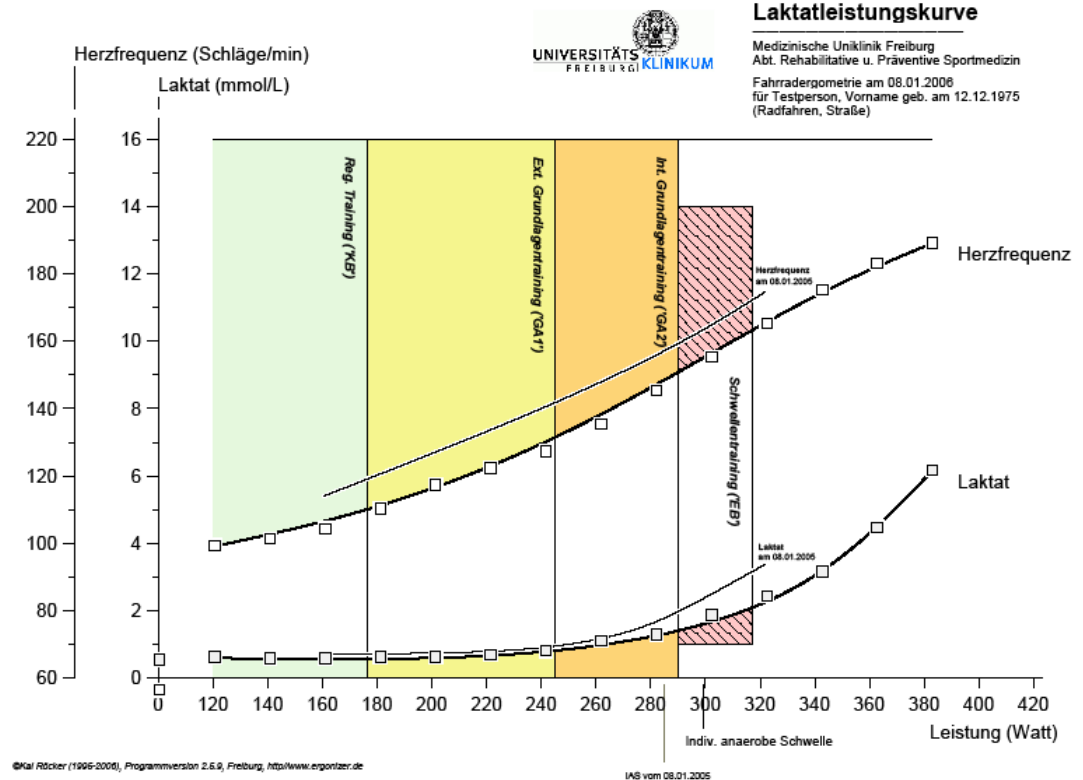
Somatische Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

Behaviorale Interventionsstrategien – „Stoffwechseltrack“

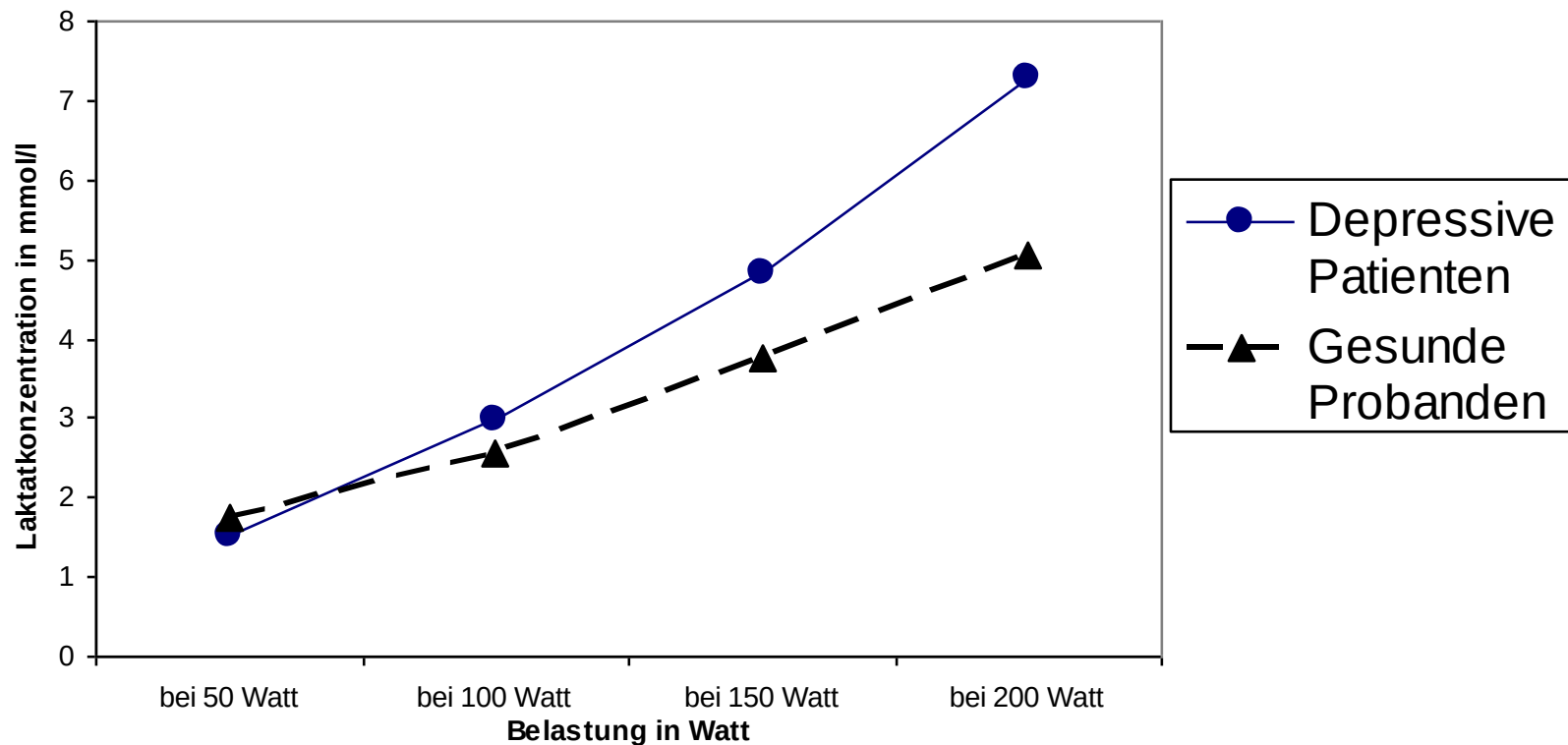
Ernährung (Psychoedukation + Coaching)	Bewegung
Diätberatung	Aktivitätsliste/-tagebücher führen
Packungstexte lesen lernen, Einkaufen gesunden Essens	Reduktion von TV-Konsum, Computerspielen, „Sofa“
Kochgruppe	Langsamer Trainingsaufbau
Differenzierung „Physiologischer vs. psychologischer Appetit“	Zunächst Walking und spielerisches Bewegen/Gymnastik
Ernährungspläne, -tagebücher	später Joggen, Ergometer, Ballsport, Kraftraum
kein Fast Food, Reduzierung zuckerhaltige Softdrinks	
Langsames Essen, häufige kleine Mahlzeiten	

Erhobene Parameter:

- Maximale Leistung (pMax) und pMax/kg
- Leistung an der Laktatschwelle (pLT) und pLT/kg
- Leistung an der indiv. anaeroben Schwelle (pIAS) und pIAS/kg



Laktatkonzentration unter Belastung



II Ergebnisse

	Mittelwert Patienten	SD Patienten	Mittelwert Gesunde	SD Gesunde	Z-Wert	Signifikanz 	Effektstärke nach Cohen
p(max)	137,43	44,44	203,26	74,04	-4,613	0,000	-1,078
p(max)/kg	1,84	0,64	2,77	0,93	-4,856	0,000	-1,165
p(LT)	72,60	23,17	104,14	40,96	-4,297	0,000	0,951
p(LT)/kg	0,96	0,30	1,44	0,57	-4,427	0,000	0,856
p(IAS)	102,25	30,19	128,37	50,32	-2,837	0,005	-0,629
p(IAS)/kg	1,35	0,39	1,77	0,69	-3,092	0,002	-0,749

50 Watt = Gehen auf ebener Erde

75 Watt = Gehen mit Einkaufstasche

100 Watt = Schnelles Treppensteigen



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM** **FREIBURG**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit