

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Psychotherapie in der Behandlung
und Prävention des
Tako-Tsubo-Syndroms: Empfehlungen
für die klinische Praxis aus einer
qualitativen Pilot-Studie //**
**Psychotherapy in treatment of the
Tako-Tsubo syndrome**

Wimmer E, Braunschmied N, Fiegl J
Eichenberg C, Weihs V, Piackova E
Huber K

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2020; 27
(3-4), 84-89*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Psychotherapie in der Behandlung und Prävention des Tako-Tsubo-Syndroms: Empfehlungen für die klinische Praxis aus einer qualitativen Pilot-Studie

E. Wimmer¹, N. Braunschmied¹, J. Fiegl¹, C. Eichenberg², V. Weihs³, E. Piackova³, K. Huber^{2, 3}

Kurzfassung: Das Tako-Tsubo-Syndrom (TTS), auch stress-induzierte Kardiomyopathie, „apical ballooning syndrome“ oder „broken heart syndrome“ genannt, steht in enger Beziehung zum individuellen Stresserleben und den biografischen Belastungserfahrungen der Betroffenen.

In diesem Beitrag werden Anregungen für Kardiologen, Internisten und Praktische Ärzte gegeben, bei welchen Patienten in welcher Erkrankungsphase und aus welchen Gründen psychotherapeutische Angebote in die klinische Praxis integriert werden können. Die Basis für die Empfehlungen bilden empirische Ergebnisse aus Interviews, die im Rahmen einer qualitativen Studie durchgeführt wurden. Die Analysen der Interviews zeigen, dass es jedenfalls sinnvoll wäre, im Kontext von TTS psychotherapeutische Beratung und Psychotherapie in das ganzheitliche Verständnis der

Erkrankung einzubeziehen. Ansatzpunkte für die Integration psychotherapeutischer Interventionen finden sich in der der akuten Phase, in der post-akuten sekundärpräventiven Phase, sowie in der Rezidivprophylaxe der Erkrankung.

Schlüsselwörter: Tako-Tsubo Syndrom, „broken heart syndrome“, stress-induzierte Kardiomyopathie, Psychotherapie

Abstract: Psychotherapy in treatment of the Tako-Tsubo syndrome. The Tako-Tsubo syndrome (TTS), also called “stress-induced cardiomyopathy”, “apical ballooning syndrome” or “broken heart syndrome”, is closely related to the individual’s stress experience and the biographical stress experiences of those affected.

In this article, suggestions for cardiologists, internists and general practitioners are given,

regarding for which patients, in which phase of the disease, and for what reasons, psychotherapy might be included in clinical practice. The recommendations are based on empirical results from interviews carried out as part of a qualitative study. The analyses of the interviews show that in the context of TTS it would make sense to include psychotherapeutic counselling and psychotherapy within a holistic understanding of the disease. Starting points for the integration of psychotherapeutic interventions can be found in the acute phase, in the post-acute secondary preventative phase, and in the prevention of relapse of the disease, respectively. *J Kardiol* 2020; 27 (3–4): 84–9.

Key words: Tako-Tsubo Syndrome, broken heart syndrome, stress-induced cardiomyopathy, psychotherapy

■ Einleitung

Unter dem Tako-Tsubo-Syndrom (TTS) – auch als „broken heart syndrome“, „apical ballooning syndrome“ oder stress-induzierte Kardiomyopathie bezeichnet – versteht man eine seltene Erkrankung des Herzens, die einem akuten Myokardinfarkt ähnelt, sich jedoch in einigen diagnostischen und vor allem pathophysiologischen Kriterien davon unterscheidet [1, 2]. Mittels Echokardiographie oder Koronarangiographie können 4 Typen von charakteristischen anatomischen Typen des TTS festgestellt werden [1]. Die Ursachen der Erkrankung sind weitgehend unklar, wobei als vordergründiger pathophysiologischer Mechanismus eine Reaktion auf erhöhte Katecholaminausschüttung diskutiert wird [3], welche die Folge großer physischer oder psychischer Belastung sein kann [4, 5]. Allerdings tritt das TTS in ca. 50 % der Fälle auch ohne erkennbare Stressfaktoren auf [3, 6–8].

Die Stress-basierte Theorie der Krankheitsentstehung beruht auf beobachteten oder berichteten ausgeprägten psychischen Stressbelastungen vor Einsetzen der Symptome, ausgehend von psychiatrischen Vorerkrankungen oder spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen [9–11], traumatischen Erlebnissen oder chronischen Stresserfahrungen [12–17]. Hier scheint der individuelle Umgang mit Stress und die Verarbeitung des Erlebten zur Entstehung beizutragen [10, 18]. Als Metapher hierfür findet sich seit langer Zeit bereits das „gebrochene Herz“ auch in der Literatur und in Überlieferungen [19].

Auf psychosozialer Ebene werden beispielsweise ethnische Unterschiede im Erleben der Krankheit, in der Schwere der Symptome und im Verlauf der Erkrankung beschrieben [20], aber es scheint auch soziale Einflussfaktoren zu geben [21]. Diese Felder sind jedoch noch wenig beforscht. Von der Erkrankung sind überproportional viele Frauen betroffen (Verhältnis 9:1 gegenüber Männern), die meisten davon im postmenopausalen Alter [22]. Einen besonderen Stellenwert nimmt daher der Faktor Geschlecht auf biologischer wie sozialer Ebene in der TTS-Forschung ein [23–25].

Psychosomatik und Kardiologie werden bereits seit langer Zeit gemeinsam thematisiert und auf klinischer Ebene beforscht [26], auch im Kontext der Psychotherapie [10, 27, 28], denn viele kardiologische Erkrankungen weisen starke psychosomatische bzw. somatopsychische Bezüge auf [29–32]. In Anlehnung an psychokardiologische Auseinandersetzungen [33] könnte eine psychotherapeutische Unterstützung und Behandlung der Betroffenen diese Grunderkrankungen mitberücksichtigen. Auch die Rolle psychiatrischer Vorbelastungen wie Depression, bipolare Störung, posttraumatische Belastungsstörung oder Angststörungen in der Ätiologie von TTS wird in diesem Kontext diskutiert [8, 17, 26] und bietet Ansatzpunkte für Überlegungen zu psychotherapeutischer Unterstützung der Betroffenen.

Die Perspektive der Psychoneuroendokrinologie und -immunologie versteht Psychotherapie als Beitrag, die Stressreaktion zu modulieren und hebt die Rolle psychotherapeutischer Interventionen besonders im Fall von maladaptiven Stressreaktionen hervor [34]. Sie ist geeignet, Patienten Strategien im Umgang mit Stress („coping“) zur Verfügung zu stellen und so auf unterschiedlichen Ebenen die psychische und physische Gesundheit positiv zu beeinflussen [35]. Psychologisch oder psychiatrisch fokussierte Arbeiten geben Empfehlungen für

Eingelangt und angenommen am 14. Februar 2020.

Aus der ¹Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, der ²Medizinischen Fakultät, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und der ³3. Medizinischen Abteilung, Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Wilhelminenspital, Wien

Korrespondenzadresse: Eva Wimmer, MA, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Campus Prater, A-1020 Wien, Freudplatz 1; E-Mail: eva.wimmer@sfu.ac.at

Interventionen in spezifischen Fällen, gehen jedoch nicht näher darauf ein, in welcher Weise und in welchem Kontext diese zu empfehlen sind [16]. Die Psychotherapie-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit TTS kann helfen, spezifische Indikationsstellungen zu geben.

Wie jemand Belastungen oder Stress definiert, wie, wann und warum sie auftreten, ob sie zu einem gegebenen Zeitpunkt als solche wahrgenommen werden – all diese Kriterien variieren nicht nur zwischen einzelnen Individuen, sie variieren auch abhängig von einer Vielzahl weiterer Faktoren wie Tagesverfassung, Gesundheitszustand, Geschlechterrollen, Persönlichkeit, Lebenseinstellung u. a. m. Diese Faktoren sind mittels standardisierter Verfahren nur schwer zugänglich und bedürfen der offenen, erklärend-verstehenden Zugänge qualitativer Forschungsmethoden [36–38]. Gerade für die Beforschung von Stresserleben und dem Erfahren psychischer Belastungen eignet sich die qualitative Herangehensweise durch ihren Fokus auf die subjektiven Erfahrungen der Erkrankten [39].

Die Überlegungen zu subjektivem Stresserleben, „coping“ und der Rolle von Psychotherapie bei TTS-Betroffenen führten zu den Fragen, welche grundlegenden Themen TTS-Patienten mit sich bringen und wie in diesen Fällen Psychotherapie sinnvoll eingesetzt werden kann. Mittels qualitativer Interviews¹ werden Daten zu diesen Fragestellungen erhoben; die Analyse der ersten Interviews wird mit vorläufigem und zunächst explorativem Anspruch hier vorgestellt.

■ Patienten und Methodik

Patienten und qualitatives Interview

Im Rahmen der qualitativen Untersuchungen zu psychosozialen Belastungen im Kontext des TTS und der Möglichkeiten des Einsatzes von Psychotherapie wurden an der Kardiologischen Abteilung des Wiener Wilhelminenspitals qualitative Interviews mit 6 TTS-Patienten durchgeführt. Diese bezogen sich weitgehend auf das individuelle Krankheitserleben, die subjektiven Erklärungen für die Erkrankung, die Ressourcen, auf die die Patienten zurückgreifen, sowie die Erfahrungen in der Klinik. Die hier präsentierten Ergebnisse sind vorläufiger Natur, da die Studie noch nicht vollständig abgeschlossen ist [1]; die ersten 6 Interviews der Erhebung bilden die Grundlage für die hier dargestellten Konzepte und Thesen². Weitere Interviews werden zu einer Vertiefung der Erkenntnisse führen und neue Aspekte hinzufügen. Die qualitativen Daten dienen somit der Ergänzung und Erweiterung quantitativer und klinischer Erhebungen sowie der Formulierung von Thesen für weiterführende Forschung.

Die Patienten wurden aufgrund ihrer Vorerkrankung mit TTS kontaktiert und zu einer Folgeuntersuchung eingeladen. Neben den klinischen Untersuchungen und Fragebogenerhebungen wurden im Zuge der Untersuchungen auch die Interviews geführt. Bis zum Zeitpunkt dieser Publikation wurden 6 Patienten interviewt, weitere sind geplant. Die Interviews dauerten zwischen 20 Minuten und 2 Stunden.

Das qualitative Interview [41] ist eine weit verbreitete Methode der empirischen qualitativen Forschung, die den Fokus auf die Erzählung der Patienten ermöglicht, ohne sie wie im Fall einer Fragebogenerhebung mit vorgefassten Konzepten zu konfrontieren [42]. Hier wurde mit einer Interviewform gearbeitet, die von Flick als *episodisches Interview* [43] konzipiert wurde. Dieses ermöglicht die Erforschung semantischen Wissens ebenso wie episodischen Wissens, wobei sich Erzählaufforderungen und konkretes Nachfragen ergänzen. Die subjektive Krankheitstheorie kann auf diese Weise ebenso rekonstruiert werden wie darüber hinaus gehende Erfahrungen und Erlebnisse rund um die Erkrankung mit TTS. Ein weiterer Aspekt der Befragung bezog sich auf Ressourcen, ein anderer auf die konkrete Behandlungssituation in der Klinik nach der Einlieferung und stationären Aufnahme.

In der darauffolgenden Analyse der Interviews interessierten vorrangig die Erzählungen der Patienten rund um die subjektiven Belastungen in der Vorgeschichte und das Erleben von Therapie und Behandlung des TTS. Eine themenanalytische Auswertung [44] ermöglichte die Einschätzung von relevanten Themen und Inhalten, die auf Ansatzpunkte für individualisierte Therapie des TTS, die Rolle von Ärzten in der kardiologischen Behandlung sowie Interventionsmöglichkeiten für Psychotherapie hinweisen. Die zentralen Themen aus den Interviews wurden mit dieser Auswertungsmethode zunächst aus dem Text abstrahiert und danach auf Ebene des Interviews und auf der Ebene des Erzählzusammenhangs kontextualisiert. Dieses Vorgehen wurde durch Anwendung der Software MaxQDA unterstützt. In weiteren Analyseschritten wurden die Themen auf ihren Bezug zur Forschungsfrage hin reflektiert und zu Themenblöcken zusammengefasst, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Themenanalyse

Die Ergebnisse der Themenanalyse fokussieren auf die subjektive Sichtweisen, Erlebnisse und Erfahrungen der Befragten einerseits und auf deren Bedeutung für die medizinische Praxis und die Anwendbarkeit von Psychotherapie andererseits. Zunächst werden die Themen dargestellt, die auf das subjektive Erleben von Stress abstellen. Dieses zeigt sich aus Sicht der Befragten ambivalent und variiert zwischen den Rollen von Privatperson und Patient. Die Erzählung über Erkrankung und Stresserleben bewegt sich zwischen der Leugnung von Stress einerseits und dem Fokus auf subjektiv wahrgenommene, konkrete krankheitsauslösende – belastende – Ereignisse.

Als weiteres zentrales Konzept erweist sich für die Patienten das medizinische Personal: sowohl als Quelle für Wissen um die eigene Erkrankung und damit als Beitrag zum Erleben derselben als auch für die Qualität der Situation in der Klinik und damit dem Verlauf der Erkrankung und dem Erleben der Zeit währenddessen und danach.

■ Vorläufige Ergebnisse

Erzählung über die Erkrankung und das Stresserleben aus der Sicht der Patienten

In der Erzählung über die individuelle Vergangenheit der Befragten werden Erlebnisse und Ereignisse als unterschiedlich stressrelevant beschrieben. Es fiel in der Analyse der Inter-

¹Die Interviews finden im Rahmen der Studie EK 10-093 „Tako-Tsubo-Syndrom: Stress-induzierte Kardiomyopathie in Österreich“ statt; siehe [1, 40]

²Zur Fallzahl in der qualitativen Forschung siehe [41]; zu qualitativer Forschung in psychosomatischer Medizin allgemein siehe [39]

views besonders auf, dass das Erleben von belastenden Situationen widersprüchlich geschildert wurde.

In der Interviewsituation war einerseits die Vermeidung der Auseinandersetzung mit den belastenden Themen zu beobachten (a). Andererseits fokussierten die Erzählungen auf vermeintliche belastende „Ursachen“ von TTS, die sie aufgrund ihres Wissens um die Erkrankung schildern (b). Diese beiden Aspekte der Erzählungen spiegeln Ambivalenzen wider, die die Patienten mit sich tragen. Indem sie einerseits versuchen, sich als Privatpersonen unerschütterlich und (vermeintlich) stressresistent zu zeigen, andererseits aber aufgrund ihres Wissens um die Erkrankung als stressbedingt versuchen, Erklärungen zu liefern, die sie zu „guten Patienten“ machen, finden sich diese beiden Aspekte der Krankengeschichte in den Interviews nebeneinander.

Als stressauslösend in der näheren oder fernerer Vergangenheit der Patienten wurden folgende Faktoren identifiziert: Verlust von geliebten Menschen oder nahen Angehörigen, Konflikte im familiären Umfeld, chronische Krankheiten, mehrfache konsekutive Erkrankungen und Unfälle, Geburt eines Kindes und Mehrfachbelastung, Fehlgeburten, häufiger Wohnortwechsel, Einbruch/Raub im Eigenheim³.

Diese Faktoren werden einerseits von den Patienten in den Erzählungen verharmlost (a), andererseits auf Nachfrage als Stressoren genannt (b).

a) Mich kann nichts erschüttern, ich bin nicht gestresst – Die Privatperson

Die Befragten berichten von der Zeit rund um ihre Erkrankung so, als ob es für sie völlig unerklärlich wäre, warum hier eine Belastung vermutet werden sollte. Für sie ist es nicht nachvollziehbar, dass und warum sie eine stressbedingte Erkrankung entwickeln sollten. Sie erzählen über ihr Leben als ein völlig „normales“. In den Erzählungen wird deutlich, dass sich die Patienten mittels für sie geeigneter Strategien gegen die Möglichkeit schützen, dass die geschilderte Lebens- oder Krankengeschichte als eine belastende wahrgenommen werden könnte. Aus einer psychotraumatologischen Perspektive kann hier von einer Erschöpfung der Anpassungsbemühungen und dem Versuch der Abwehr von belastenden Situationen ausgegangen werden [45]. Der dauerhafte Versuch, die eigene Vergangenheit als nicht belastend darzustellen und auf Bewältigungsstrategien zurück zu greifen, funktioniert nur begrenzt und kann ebenso zu chronischem Stress führen. In der Analyse zeigt sich das Bedürfnis der Befragten, zu funktionieren und trotz der Belastungen weiter „normal“ leben zu können. Die Befragten versuchen, Gefühle und das Spüren im Sinne der Abwehr auszuschalten. Um durch traumatische oder hochgradig belastende Situationen im Alltag nicht stark beeinträchtigt zu sein, wirken Abwehrmechanismen, die ein „normales“ und funktionales Leben ermöglichen [45]. Im Interview könnte dazu intensives Sprechen dienen oder der Versuch, von stressauslösenden Situationen abzulenken; im Leben werden Strategien wie Aufopferung für Angehörige oder Perfektionismus von den Befragten geschildert, die als Abwehr interpretiert werden können.

Nichts kann scheinbar die Ruhe erschüttern, die Patienten zeichnen sich selbst als „Fels in der Brandung“, als Rückhalt für andere. Diese Selbstsicht kann die Funktion haben, trotz der teils massiven Belastungen ein Bild von Normalität, von Funktionalität aufrecht zu erhalten. So gelingt es den Patienten, trotz ihrer Situation weiterhin für andere da zu sein, Betreuungspflichten zu übernehmen und sich aufzuopfern, ohne das als belastend zu schildern.

Im Gegensatz dazu steht die Rolle, die die Befragten als Patienten einnehmen. Hier stehen sie unter dem Eindruck, einen Stressor, einen Auslöser für ihre Krankheit liefern zu müssen.

b) Ich bin ein „guter“ Patient, eine „gute“ Patientin

Die Befragten nehmen ihre Rolle als Patienten mit einer besonderen Erkrankung sehr ernst. Sie folgen den Einladungen zu Vorsorgeuntersuchungen, partizipieren an Studien, erklären sich zu Interviews bereit. Für die Patienten in der vorliegenden Studie besitzt die Erkrankung einen gewissen Grad an Identifikation, sie erhalten besondere Aufmerksamkeit von ihrer Umwelt, den Angehörigen und von medizinischer Seite. In der psychosomatischen Medizin spricht man hier von einem Aspekt des Phänomens des „sekundären Krankheitsgewinns“ [46]. Dieser entsteht durch das Erfahren verstärkter Aufmerksamkeit oder andere Vorteile (z. B. Entlastung im Beruf) durch eine Erkrankung. Die Patienten fokussieren daher ihre Erzählung auf die vermeintlich erwünschten und sozial immer wieder verstärkten Aspekte ihrer Erkrankung, wie ein akutes Stresserleben oder eine Grunderkrankung. Auch während des stationären Aufenthalts aufgrund des TTS erfuhren sie, dass sich die Ärzte für bestimmte Aspekte ihrer Erkrankung in besonderem Ausmaß interessierten. Sie berichten von wiederholten Fragen nach möglichen belastenden Ereignissen in der unmittelbaren Vergangenheit und von allgemeinen Fragen nach Stress und Belastung durch das medizinische Personal.

In diesem Kontext lernten die Patienten, ihre Erkrankung als eine „stressbedingte“ zu deuten, sie hatten im Interview kein Problem, auf die entsprechende Frage zu antworten. Sie fokussieren auf ein Ereignis, das ihnen als mögliche Ursache der Erkrankung plausibel erscheint, das als traumatisch oder zumindest stark belastend gedeutet werden kann und erzählen über Todesfälle, Geburten, Streits, Trennungen, Fehlgeburten etc. – auch wenn diese Ereignisse in manchen Fällen bereits Jahre zurück liegen. Hier zeigt sich einerseits die akute Belastung durch einen Stressor als Auslöser, aber auch die Chronifizierung von Stress als Prädisposition für TTS.

Es stellt sich die Frage, wie die Befragten ihre Erkrankung und diese Ereignisse deuten würden, hätten sie keine diesbezügliche Aufklärung oder keine diesbezüglichen Fragen in der Klinik erlebt. Das „Wissen“ um Stress als Ursache oder zumindest beteiligter Faktor an zahlreichen Erkrankungen ist mittlerweile weit verbreitet und kann Ergebnisse von Untersuchungen zu diesem Thema verfälschen. Eine Person, die „weiß“, dass ihre Erkrankung durch Stress verursacht wurde, wird entsprechende Antworten geben oder zumindest versuchen, diese zu geben, um als „gute Patientin“ bzw. „guter Patient“ zu gelten.

³Diese Schilderungen finden sich z. T. auch in den Darstellungen von Weihs et al. (2013) wieder [39].

Umgang der Patienten mit der Ambiguität der beiden Aspekte

Die Befragten halten also einerseits die Fassade aufrecht, dass sie nichts erschüttern könne und dass das alles für sie nicht so schlimm sei, andererseits entsprechen sie aus ihrer Sicht den Wünschen der behandelnden Ärzte. Intensivere Nachfragen sind im Kontext der Situation im Krankenhaus im Regelfall nicht vorgesehen. Hier zeigt sich in den Interviews, dass es darum geht, Harmonie zu wahren, Konflikte zu meiden und – wenn möglich – den Vorgaben von außen zu folgen. So entlastet die Lieferung einer konkreten Stresssituation als Auslöser des TTS das medizinische Personal und entbindet es von weiterem Nachfragen oder Zuhören. Weiters ermöglicht diese Strategie auch für die Patienten die Distanzierung vom eigenen Erleben. Wenn eine Situation oder ein Erlebnis als auslösender Faktor definiert ist, kann die restliche Biografie als „nicht so tragisch“ abgeheftet werden. Die oben geschilderten Strategien zur Abwehr können in Kraft treten, andere Belastungen müssen nicht als solche adressiert werden.

Sich der Ambivalenz zu stellen und auszuhalten, dass man vielleicht keinen akuten Stressor bieten kann, der alles erklärt oder die Überlegung, dass es eher das subjektive Erleben von Belastung sein könnte als ein konkreter Auslöser, benötigt Stärke und Kraft, die in einer akuten Krankheitssituation nicht unbedingt verfügbar sind. Gegebenenfalls übernehmen Ärztinnen und Ärzte bereitwillig die gebotenen auslösenden Situationen und so bleiben die Patienten bei den Geschichten, die nun zu ihrer Krankengeschichte geworden sind.

Doch Ärzte spielen nicht nur für die Erzählung der Krankheit und die Struktur des Erlebens eine zentrale Rolle für die Befragten, auch in anderen Aspekten stehen sie im Zentrum.

Erfahrungen der Patienten in der Klinik und die Rolle von Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal in der akuten Behandlung von TTS

Im akuten Erkrankungsfall erleben die Befragten kompetente Ärzte, die sich Mühe geben und versuchen, die Situation zu verstehen und eine korrekte Diagnose zu stellen. Dieser erste Eindruck setzt sich fort, wenn es gelingt, die Erkrankung zu diagnostizieren, was ein längerfristiger Prozess sein kann. War dies erst spät der Fall, berichten die Patienten von Fehldiagnosen am Beginn der Krankengeschichte mit entsprechenden problematischen Therapien, Transfers zwischen Spitälern und Unsicherheiten auf beiden Seiten. Diese Sicht auf die Hilflosigkeit der behandelnden Ärzte kann hier nur aus der Perspektive der Patienten dargestellt werden und bezieht sich auf deren subjektives Erleben. Dennoch kann aus der Synthese der Erzählungen und der Zusammenschau der Schilderungen einzelner Krankheitsgeschichten eine Grundhaltung herausgelesen werden: Durch die Seltenheit der Erkrankung und die wenig eindeutigen Symptome, die sehr ähnlich einem akuten Myokardinfarkt sind, kann es zu Fehldiagnosen und -einschätzungen seitens der Mediziner kommen; die Patienten fühlen sich falsch behandelt und schlecht aufgehoben.

Die Therapie und die stationäre Betreuung von TTS-Patienten in der Klinik bietet für die behandelnden Ärztinnen, Ärzte und das Pflegepersonal eine besondere Chance, den Verlauf und die Prognose der Erkrankung durch soziale Ressourcen wie

Zuhören, Verständnis, Gesprächsbereitschaft positiv zu beeinflussen. Dies kann vom medizinischen Personal im Krankenhaus ebenso ausgehen wie in Form psychotherapeutischer Interventionen.

Sowohl die körperlichen als auch die psychischen Aspekte von TTS könnten so idealerweise bereits in der Klinik adressiert werden, wenn Gespräche stattfinden können. Für einige war es beispielsweise entlastend zu erfahren, dass die Erkrankung reversibel sei, auch wenn sie zu Schmerzen und stationärem Krankenhausaufenthalt führte, wobei der Grad der „Verharmlosung“ unterschiedlich wahrgenommen und von anderen auch als belastend empfunden wurde.

Wie sie die Situation im Krankenhaus nach der stationären Aufnahme erlebt haben, wird also von den Patienten als belastend oder unterstützend geschildert, je nach Qualität der persönlichen Zuwendung und des Verständnisses in der medizinischen Betreuung. Ärzte ebenso wie das Pflegepersonal stellen für die TTS-Erkrankten die zentrale Schnittstelle zwischen dem belastenden inneren Erleben und der körperlichen Komponente der Erkrankung dar. Die besondere Natur der Krankheit verleitet einerseits dazu, sie als „harmlos“ zu relativieren und so die Betroffenen mit ihrem dabei oft sehr heftig erlebten, schmerzhaften und akuten Erleben allein zu lassen; andererseits führen die Spezifika von TTS dazu, die Patienten offensiv nach traumatisierenden Erlebnissen, nach Verlusten oder besonderen – auch positiven – heftigen Gemütsregungen in der jüngeren Vergangenheit zu fragen. Die Patienten schildern diese Fragen als wiederkehrend: [sinngemäß] *„Das haben die mich im Spital schon zig mal gefragt.“*

Diese Fragen entspringen dem Wissen der Ärzte um die Genese der Erkrankung und erfolgen in bester medizinischer Sorgfalt. Eine neuerliche Stressbelastung von Patienten durch Befragungen liegt ganz sicher nicht im Interesse der behandelnden Personen; ebenso ist es nicht das Ziel von Fragen oder Gesprächen, das Thema möglicher psychosomatischer, stressbedingter Ursachen völlig auszuklammern oder nur am Rande zu streifen. Der Umgang mit eventuell belasteten und belastenden Krankengeschichten im Fall von TTS-Patienten gestaltet sich in der Situation am Krankenbett für alle Beteiligten nicht einfach.

Auch wenn die Patienten von hochgradigen Belastungen erzählen, gibt es dennoch zahlreiche Fälle von TTS, die auf keine unmittelbare Stressbelastung zurück zu führen sind [10]. Es können auch Erkrankungen, Therapien oder andere Prädispositionen TTS auslösen – in der Literatur werden u. a. Chemotherapie, Phäochromozytom oder Allergien genannt [13, 14]. Obwohl aus psychologischer Sicht die Kombination unterschiedlicher Persönlichkeitstypen und TTS oder von psychiatrischen Störungen und TTS [16] sehr interessant sein mag, kann für psychotherapeutische Interventionen ebenso wie für die ärztliche und pflegerische Begleitung von TTS-Patienten nur das individuelle Erleben der Krankheit im Zentrum der Beachtung stehen.

Aufgrund der zeitlichen Begrenztheit und der personellen Situation an vielen Kliniken wird eine stark auf das Individuum und die momentanen Bedürfnisse fokussierte Unter-

stützung nicht immer möglich sein. Umso wichtiger wäre es gerade für die Betroffenen einer Erkrankung mit starker psychosomatischer Komponente, wenn es psychotherapeutische Unterstützung gäbe. In wenigen bisherigen Studien empfehlen die Autoren psychologische, sozialarbeiterische oder psychiatrische Interventionen (auch langfristig) für TTS-Patienten [24]. Die ersten Analysen der Daten in der vorliegenden empirischen Untersuchung sprechen ebenfalls für Interventionen – vor allem auch psychotherapeutische.

■ Diskussion

Im Falle chronischer psychosozialer Belastungen kann es bei den Betroffenen zu einer Überreizung des Sympathikus oder unzureichender Aktivierung des Parasympathikus [47] und einer Erhöhung des Katecholaminspiegels kommen, der für TTS-Patienten charakteristisch ist [11]. Neben den akuten Stresssituationen gilt es auch, chronischen Stress als Ursache mit zu berücksichtigen [37]: Die ständige Sorge um Angehörige und die eigenen Lebensumstände sowie das Gefühl, komplett überlastet zu sein – „worn down to the bone“ [36] –, bilden die Grundstimmung für die vorherrschenden Lebenserzählungen der Patienten. Hier hat sich die Psychotherapie bereits als hilfreich und unterstützend in unterschiedlichen Kontexten erwiesen [11, 48]. Auf Basis der vorläufigen Ergebnisse der Studie kann empfohlen werden, diese Erkenntnisse auch in der Therapie von TTS und der Prävention von Rezidiven zu berücksichtigen, wenn die Erkrankung mit einem erhöhten psychischen Stresserleben einhergeht. Psychotherapie kann sich konkret also beispielsweise auf Trauerarbeit oder Unterstützung in besonderen Stresssituationen beziehen.

Erstkontakte mit Psychotherapie könnten bereits im Krankenhaus geschaffen werden, nach der Entlassung aus der stationären Behandlung ist die Aufnahme einer regelmäßigen Psychotherapie angezeigt, zumindest bei Patienten mit erhöhten Belastungen in der Vergangenheit oder psychischer Komorbidität. In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Themen aus den Analysen der Interviews mit Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen verknüpft.

Patienten, die für die vorliegende Studie befragt wurden, sind sich dessen bewusst, dass es sich beim TTS um eine Erkrankung mit psychischer Komponente handeln kann. Grundsätzlich besteht daher die Bereitschaft, sich auch auf psychotherapeutischer Ebene damit zu befassen. Auch wenn nicht alle der Befragten Erfahrungen mit Psychotherapie besitzen, haben sie doch bereits darüber nachgedacht oder andere Interventionen in Anspruch genommen (z. B. Psychopharmaka, verschrieben durch niedergelassene Ärzte); zum Zeitpunkt der Befragung war/ist keine/r der Befragten in psychotherapeutischer Behandlung.

Dass Stressgeschehen und subjektives Stresserleben für die Entstehung von TTS zentral sind, wurde bereits herausgestellt. Die Arbeit an der grundsätzlichen Haltung der Betroffenen zu Stress und Belastung scheint daher in der akuten Behandlung ebenso wie zur Prophylaxe von Rezidiven logische Konsequenz zu sein. Dies kann im Rahmen einer Psychotherapie ergänzend zur medizinischen Therapie im Krankenhaus geschehen.

In den Interviews zeigt sich die Tendenz der Befragten, ihre eigene Leidensfähigkeit zu überschätzen und unrealistische Ansprüche daran zu stellen, was für sie erträglich oder aushaltbar ist. Das Maß der psychischen Belastung – und damit des Stresses – wird von den Patienten unterschätzt, sie wollen sich gebraucht fühlen und verharren in Kontexten, die die Belastung auf hohem Niveau aufrecht erhalten. In anderen Fällen wird eine Belastung komplett geleugnet, die Befragten erklären sich für gesund und nicht gestresst. Die Erkrankung wird als unerklärlich und nicht in das persönliche Konzept passend abgetan, obwohl sich in den Erzählungen der Krankengeschichte und der Biografie durchaus Elemente von Überlastung, Stress oder belastenden Ereignissen finden. Diese Widersprüchlichkeit in den Schilderungen weist auf Prozesse hin, die einem besseren Umgang mit Stress entgegen laufen können.

■ Zusammenfassung und Zukunft

Da die bisherigen Ergebnisse der qualitativen Analysen vorläufig sind, müssen in der Folgeforschung weitere Interviews durchgeführt werden, um den Einsatz der Psychotherapie bei Patienten mit TTS zu untersuchen. Diese Forschungen sollten auch die Perspektive von Ärzten und anderem medizinischen Personal einbeziehen. Im Anschluss an die bisherigen Ergebnisse ergibt sich beispielsweise die Frage, ob es ausreichend ist, im Krankenhaus kurzfristige psychotherapeutische Interventionen zu setzen, um Rezidiven vorbeugen zu können oder ob es längerfristige Therapie braucht. Es könnte weiters erhoben werden, ob die Bereitschaft, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, steigt oder sinkt – je nachdem, wie über die Krankheit und den erlebten Stress gesprochen wird.

Die Psychotherapie arbeitet an der Eigenverantwortung und der Einstellung der Patienten zur eigenen Krankheit und Gesundheit. Ziel ist es dabei zu unterstützen, sich nicht als Opfer, sondern als agierende Person im medizinischen Kontext zu erleben und damit die Selbstwirksamkeit zu stärken. Diese Funktion von Psychotherapie wird besonders in der Phase nach der Diagnose von TTS wirksam und kann so auch als Vorbeugung von Rezidiven wirksam werden.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

■ Fragen zum Text

1. Welche Aspekte sind für das individuelle Krankheitserleben von PatientInnen mit Tako-Tsubo-Syndrom besonders bedeutend?
2. In welchen Bereichen kann Psychotherapie beim Tako-Tsubo-Syndrom eingesetzt werden?
3. Was sind Probleme während des stationären Aufenthalts, die von den Patienten geschildert wurden?

[■ Zu den Antworten ■](#)

Förderung

Dieses Forschungsprojekt wurde durch Mittel des Forschungsförderungsvereins Atherosklerose, Thrombose und vaskuläre Biologie (ATVB), Wien, sowie durch eine Förderung der Medizinischen Fakultät, der Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien, gefördert.

Literatur:

- Weihls V, Piackova E, Eichenberg C, et al. Das Tako-Tsubo-Syndrom – die stress-induzierte Kardiomyopathie. *J Kardiologie* 2019; 7-8: 193–7.
- Madhavan M, Prasad A. Proposed Mayo Clinic criteria for the diagnosis of Tako-Tsubo cardiomyopathy and long-term prognosis. *Herz* 2010; 35: 240–4.
- Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (Stress) cardiomyopathy. *New Engl J Med* 2015; 10: 929–38.
- El-Sayed AM, Brinjikji W, Salker S. Demographic and co-morbid predictors of stress (Takotsubo) cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2012; 110: 1368–72.
- Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *Eur Heart J* 2006; 27: 1523–9.
- Hassan SY, Tornvall P. Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. *Clin Auton Res* 2018; 28: 53–65.
- Chlus N, Cavayero C, Kar P, et al. Tako-tsubo cardiomyopathy: Case series and literature review. *Cureus* 2016; 8: e649.
- Waldenborg M, Sohalat M, Kähäri A, et al. Multidisciplinary assessment of takotsubo cardiomyopathy: a prospective case study. *BMC Cardiovascular Disorders* 2011; 11: 14.
- Christensen TE, Bang LE, Holmvang L, et al. Neuroticism, depression and anxiety in takotsubo cardiomyopathy. *BMC Cardiovascular Disorders* 2016; 16: 118.
- Compare A, Brugnera A, Spada MM, et al. The role of emotional competence in takotsubo cardiomyopathy. *Psychosomatic Medicine* 2018; 80: 377–84.
- Kastaun S, Schwarz NP, Juenemann M, et al. Cortisol awakening and stress response, personality and psychiatric profiles in patients with takotsubo cardiomyopathy. *Heart* 2014; 100: 1786–92.
- Celano CM, Torri A, Seiner S. Tako-tsubo cardiomyopathy after electroconvulsive therapy. A case report and review. *J ECT* 2011; 27: 221–3.
- Deininger HM, Radicke D, Buttler J, et al. Tako-tsubo cardiomyopathy: reversible heart failure with favorable outcome in patients with intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg* 2006; 105: 465–7.
- Eliades M, El-Maouche D, Choudhary C, et al. Takotsubo cardiomyopathy associated with thyrotoxicosis: A case report and review of the literature. *Thyroid* 2014; 2: 383–9.
- Smeijers L, Szabo BM, van Dammen L, et al. Emotional, neurohormonal, and hemodynamic responses to mental stress in tako-tsubo cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2015; 115: 1580–6.
- Kastaun S, Gerriets T, Tschernatsch M, et al. Psychosocial and psychoneuroendocrine aspects of Takotsubo syndrome. *Nat Rev Cardiol* 2016; 13: 688–94.
- Salmoirago-Blotcher E, Rosman L, Wittstein IS, et al. Psychiatric history, post-discharge distress, and personality characteristics among incident female cases of takotsubo cardiomyopathy: A case-control study. *Heart Lung* 2016; 45: 503–9.
- Hefner J, Csef H. Unfavorable stress management strategies in patients with Tako-Tsubo cardiomyopathy. *Int J Cardiol* 2013; 168: 4582–3.
- Effert T, Banerjee M, Paul NW. Broken heart, tako-tsubo or stress cardiomyopathy? Metaphors, meanings and their medical impact. *Int J Cardiol* 2017; 230: 262–8.
- Dias A, Franco E, Koshkelashvili N, et al. Racial and ethnic differences in Takotsubo cardiomyopathy presentation and outcomes. *Int J Cardiol* 2015; 194: 100–3.
- Rosman L, Dunsiger S, Salmoirago-Blotcher E. Cumulative impact of stressful life events on the development of takotsubo cardiomyopathy. *Ann Behav Med* 2017; 51: 925–30.
- Desmet W, Adriaenssens B, Dens Y. Apical ballooning of the left ventricle: first series in white patients. *Heart* 2003; 89: 1027–31.
- Stöllberger C, Finsterer J. Why does Takotsubo ("broken heart syndrome") affect more females than males? *Int J Cardiol* 2010; 147: 175–6.
- Lemor A, Ramos-Rodriguez AJ, De La Villa R, et al. Impact of gender on in-hospital outcomes in patients with Takotsubo syndrome: A nationwide analysis from 2006 to 2014. *Clin Cardiol* 2019; 42: 13–8.
- Chou AY, Saw J. Basis for sex-specific expression of Takotsubo cardiomyopathy, cardiac syndrome X, and spontaneous coronary artery dissection. *Can J Cardiol* 2014; 30: 738–46.
- Summers MR, Lennon RJ, Prasad A. Pre-morbid psychiatric and cardiovascular diseases in apical ballooning syndrome (Takotsubo/Stress-induced Cardiomyopathy). *J Am Coll Cardiol* 2010; 7: 700–1.
- Hermann-Lingen C, Albus C, Titscher G. Psychokardiologie. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2008.
- Titscher G, Praxisfelder in der Psychokardiologie. *Psychotherapie im Dialog* 2011; 1: 8–12.
- Lacey C, Mulder R, Bidgman P, et al. Broken heart syndrome - Is it a psychosomatic disorder? *J Psychosom Res* 2014; 77: 158–60.
- Schubmann R, Seekatz B. Psychokardiologie – Kardiopsychosomatik. Die Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. *ZKM* 2011; 2: 12–9.
- Bunz M, Kindermann I, Karbach J, et al. Psychokardiologie: Wie Herz und Psyche zusammenhängen. *Deutsch Med Wochenschau* 2015; 140: 117–24.
- Eichenberg C, Senf W. Einführung in die klinische Psychosomatik. UTB, München, 2019.
- Bardé B, Jordan J. Klinische Psychokardiologie. Beiträge zur Psychotherapie von Herzkranken, Brandes & Apsel, Frankfurt/Main, 2015.
- Malarkey WB, Tafur JR, Rutledge T, et al. Neuroendokrinologie und Psychoneuroimmunologie. In: Schubert C (Hrsg). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2015; 35–49.
- Solberg Nes L, Segerstrom SC. Positivfaktoren, Immunaktivität und Psychotherapie. In: Schubert C (Hrsg). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2015; 168–97.
- Wallström S, Ulin K, Omerovic E, et al. Symptoms in patients with takotsubo syndrome: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2016; 6: e011820.
- Wallström S, Ulin K, Määtä S, et al. Impact of long-term stress in takotsubo syndrome: Experiences of patients. *Eur J Cardiovasc Nur* 2016; 7: 522–8.
- Dahlviken RM, Fridlund B, Mathisen L. Women's experiences of takotsubo cardiomyopathy in a short-term perspective – a qualitative content analysis. *Scand J Caring Sci* 2015; 29: 258–67.
- Frommer J. Die Bedeutung qualitativer Methoden für die Forschung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie: Ein integrativer Ansatz. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1998; 44: 72–87.
- Weihls V, Szücs D, Fellner B, et al. Stress-induced cardiomyopathy (Takotsubo syndrome) in Austria. *Eur Heart J* 2013; 2: 137–46.
- Lamnek S. Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Beltz Verlag, Weinheim, 2015.
- Bauer M. The narrative interview. Comments on a technique for qualitative data collection. *LSE Papers in Social Research Methods. Qualitative Series* no 1, 1996.
- Flick U. Triangulation. Eine Einführung. 3. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Wiesbaden, 2011.
- Lueger M. Interpretative Sozialforschung: Die Methoden, UTB, Wien, 2010.
- Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2009.
- Hoyer J, Uhmans S, Köllner V. Lernpsychologische Grundlagen. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky R, et al. (Hrsg). *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und Klinische Praxis*. 7. kompl. überarb. Auflage. Urban & Fischer, München, 2011; 137–50.
- Picardi A, Tarsitani L, Tarolla E, et al. Negativfaktoren, Immunaktivität und Psychotherapie. In: Schubert C (Hrsg). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. 3. Auflage. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2018; 141–66.
- Olf M, de Vries GJ, Güzelcan Y, et al. Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32: 619–26.

Antworten von Seite 88

- 1) – Individuelles Erleben und Erfahren von Stress und Stressoren
 - Erfahrungen im Krankenhaus und mit Ärztinnen und Ärzten
 - Grundsätzliche Haltung zu Stress und Belastungen, persönliche Einstellungen
 - Vorerkrankungen
- 2) – Prävention
 - Im Kontext der Behandlung/Therapie im Krankenhaus, zur Unterstützung des medizinischen Personals
 - Prophylaxe von Rezidiven durch Psychotherapie im Anschluss an die Erkrankung für Strategien im Umgang mit Stress und Ressourcen
- 3) – Fehldiagnosen
 - Wiederholt gestellte Fragen zu auslösenden Faktoren (Retraumatisierung)
 - Bagatellisierung der Erkrankung

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)