

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SEELISCH UND KÖRPERLICH KRANK

Ist schon eine seelische Störung schwere Last genug, wird die Leidens-Kombination psychische und körperliche Erkrankung noch folgenschwerer. Das ist zwar nicht selten, wird aber nicht im notwendigen Ausmaß rechtzeitig vom Betroffenen beklagt und damit möglichst schnell und konsequent diagnostiziert und behandelt. Das gilt auf der seelischen Ebene vor allem für schizophrene und manisch-depressive Erkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, das höhere Alter generell, die Behandlung mit bestimmten Psychopharmaka usw. Auf der organischen Seite sind es besonders Herz-Kreislauf- sowie respiratorische (Atemwegs-)Erkrankungen, Diabetes mellitus, die Stoffwechselstörungen Hypo- und Hypernatriämie usw. Was also muss man wissen, um rechtzeitig und konsequent diese ohnehin doppelt belastende und meist riskante Leidens-Kombination gezielt zu diagnostizieren und ausreichend lange und konsequent zu therapieren? Ein Problem eigener Art, was gerade bei körperlich *und* seelisch Betroffenen von entscheidender Bedeutung ist.

Erwähnte Fachbegriffe:

Seelische Störung und körperliche Krankheit – Mortalität und seelische Erkrankung – Sterblichkeits-Risiko und seelischer Erkrankung – Schizophrenie und körperliche Erkrankung – Depression und körperliche Erkrankung – manisch-depressive Störung und körperliche Erkrankung – Borderline-Persönlichkeitsstörung und körperliche Erkrankung – Herz-Kreislauf-Erkrankung und seelische Störung – respiratorische (Atemwegs-)Erkrankung und seelische Störung – Diabetes mellitus und seelische Störung – Hyponatriämie und seelische Störung – Hypernatriämie und seelische Störung – Infektionen und seelische Störung – u. a. m.

Eine seelische Störung gehört zu den schwersten schicksalhaften Belastungen eines Menschenlebens. Sicher ist die Mehrzahl der fast 40 %, von denen man laut epidemiologischer Studie annimmt, dass sie mindestens einmal in ihrem Leben eine psychische Störung ertragen mussten, nicht so folgenschwer betroffen, dass das ganze Leben einen unglücklichen Verlauf nimmt. Ein nicht geringer Teil allerdings, nämlich jene mit schwereren psychischen Erkrankungen, muss mit entsprechenden psychosozialen Konsequenzen auf *allen* Ebenen rechnen. Und nicht nur das: Patienten mit ausgeprägteren seelischen Störungen sind über ihre seelische Belastung hinaus auch ernsteren körperlichen Risiken ausgesetzt. Das geht mitunter soweit, dass dadurch eine Verkürzung der Lebenserwartung droht, und zwar in einer erschreckenden Größenordnung von ein bis zwei Lebensjahrzehnten. Kurz: Seelisch *und* körperlich krank ist eine besonders schicksalhafte Bürde, eine schwere bio-psycho-soziale Last – und dies oft nicht nur für den Betroffenen selber, auch für sein näheres oder gar weiteres Umfeld.

Diese Erkenntnis ist schon alt und im Übrigen auch seit längerem statistisch objektivierbar. Und das bei mindestens 30 bis 50 % der psychiatrisch behandelten Patienten, was noch lange nicht alle Betroffenen betrifft. Denn ein nicht geringer Teil dieser Kranken ist weder fachärztlich diagnostiziert noch gezielt behandelt; nicht wenige suchen gar keinen Arzt auf bzw. haben keine entsprechende Möglichkeit dazu. Mit anderen Worten: Der erschreckende Prozentsatz dürfte in Wirklichkeit noch höher liegen.

Und wenn diese psychisch Erkrankten Kontakt mit einem Nervenarzt oder Psychiater oder einer psychiatrischen Institution aufnehmen (z. B. Ambulanz, Poliklinik, weitere Institution mit fachlicher Versorgung), dann bleibt dies auch noch häufig der einzige Zugang zu den gesundheits-erhaltenden Angeboten in unserer Zeit und Gesellschaft. An der allgemein-medizinischen Versorgung nehmen sie oft nicht teil, aus welchen Gründen letztlich auch immer. Das heißt dann aber, dass neben den psychischen Störungen organische Erkrankungen weder diagnostiziert noch therapiert werden, was von sich aus schon mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko mit möglicherweise begrenzter Lebenserwartung bedroht. Und darüber hinaus ein besonderes Problem, nämlich die unselige Verbindung von seelischen und körperlichen Krankheiten, wobei in beiden Richtungen die eine die andere folgenschwer verstärken kann.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu diesem gravierenden Problem in unseren Regionen (in anderen mit weniger effektivem Angebot zur Gesundheitserhaltung natürlich noch deutlich mehr). Dabei geht es vor allem um Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (in der internationalen und damit englisch-sprachigen Literatur als „severe mental illness (SMI)“ bezeichnet). Zwar ist diese besonders hart getroffene Gruppe bisher nicht allseits akzeptiert definiert, doch bezieht sie sich wenigstens orientierend auf schizophrene Erkrankungen, affektive Störungen (also Depressionen und manische

Hochstimmung) mit schwerem Verlauf, folgenreiche Suchterkrankungen sowie ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen. Gerade diese Patientengruppen sind nämlich in körperlicher Hinsicht besonders hohen Risiken ausgesetzt, wobei ihre medizinische Versorgung häufig noch zusätzlich erhebliche Defizite erkennen lässt.

Grundlage dieser Ausführungen ist der Fortbildungs-Artikel von W. Hewer und F. Schneider über *Somatische Morbidität bei psychisch Kranken* in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 7 (2016) 787 (weitere Einzelheiten siehe am Ende dieses Beitrags).

Sterblichkeit und seelische Erkrankung

Möglicherweise ist nicht jedem nachvollziehbar, dass ausgerechnet psychische Störungen, die vielleicht nach außen gesundheitlich weniger dramatisch auffallen, mit einer besonders hohen Sterblichkeit belastet sind. Doch die verfügbaren epidemiologischen Daten zur Mortalität psychisch Kranker sprechen eine deutliche Sprache. Im Einzelnen:

Eine so genannte „Übersterblichkeit“ seelisch Erkrankter wurde bereits vor Einführung der heute angewandten Psychopharmaka nachgewiesen. Dieser Hinweis deshalb, weil hier manchmal gewisse Parallelen diskutiert werden (d. h. ggf. Folgen von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, direkt belastenden Einflüssen u. a.). Auf jeden Fall gilt es aufgrund aktueller wissenschaftlicher Studien (so genannte Meta-Analysen, d. h. die systematische Auswertung der vorhandenen Fachliteratur) die schockierende Erkenntnis zu akzeptieren:

Das globale Sterblichkeits-Risiko bei psychisch Kranken ist auf etwa das Doppelte der Allgemeinbevölkerung erhöht.

Das irritiert und will bewiesen sein. Tatsächlich beruht diese Übersterblichkeit nur teilweise auf natürlichen Erkrankungs- und Todesfällen, nämlich etwa 60 % (und mehr?). Bis zu 40 % gehen auf unnatürliche Todes-Ursachen, d. h. Unfälle und vor allem Suizid zurück. Was sind nun die häufigsten Belastungsfaktoren dieser fast Zweidrittel rein bis überwiegend organisch bedingter, d. h. in diesem Fall natürlicher Todesfälle?

Am deutlichsten fällt diese unglückselige Belastung durch erhöhte Sterblichkeits-Risiken bei psychisch schwer betroffenen Patienten mit einer *schizophrenen* sowie *bipolaren (also manisch-depressiven) Erkrankung* auf. Auch Patienten mit einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung* sind offenbar überdurchschnittlich betroffen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Die Verkürzung der Lebenserwartung bei schizophrenen Patienten bewegt sich in einer Größenordnung von 10 bis 20 Lebensjahren. Angesichts dieser verstörenden Erkenntnis liegt es nahe, die Schizophrenie als eine die Lebenszeit wesentlich begrenzende Erkrankung zu bezeichnen (internationaler Fachbegriff: life shortening disease).

Das ist umso ungewöhnlicher, ja erst einmal schwer nachvollziehbar, weil sich hier – bildhaft gesprochen – eine sich „öffnende Schere“ bei dieser Krankheitsgruppe entwickelt. Oder kurz: Während die Lebenserwartung in der Allgemeinbevölkerung in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat, können diese schwer Betroffenen mit den erwähnten seelischen Störungen davon nicht profitieren.

Daran sind ganz bestimmte organische Krankheitsbilder beteiligt, wie aus einzelnen Studien in bestimmten Regionen dieser Welt hervorgeht. Beispiele: Am häufigsten Todesfälle in Folge respiratorischer (Lungenfunktion) und Harnwegs-Infektionen sowie Sepsis (Allgemeininfektion, „Blutvergiftung“). Hier werden übrigens nicht nur die entsprechenden körperlichen Leiden in Expertengruppen kontrovers diskutiert, sondern auch ein anderer Faktor, der schon erwähnt wurde. Gemeint ist eine patienten-bedingte Verzögerung der rechtzeitigen Diagnose-Stellung (und damit gezielten Therapie), weil man es an der gebotenen gesundheitlichen Sorgfalt fehlen ließ, insbesondere dem rechtzeitigen Arztbesuch, auch wenn das Angebot verfügbar ist. Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass selbst bei rechtzeitiger Konsultation dem untersuchenden Arzt aufgrund der dominierenden(!) seelischen Störung mit allen psychosozialen Folgen die organische Zusatz-Erkrankung nicht (sofort und mit den notwendigen Konsequenzen) auffallen dürfte.

Bei Krebserkrankungen ist die so genannte Befundlage uneinheitlich, je nach Studie. Es liegen jedoch auch Statistiken vor, wonach die Rate tödlicher Verläufe bei derartiger Doppelbelastung um ca. 30 % erhöht ist. Auch hier geht es vor allem um den Verdacht, dass das nicht rechtzeitige Bemerkens, Akzeptieren und erforderliche Handeln (nämlich der Arztbesuch) zu einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium und zu einer selteneren oder verspäteten Anwendung spezieller onkologischer Behandlungsverfahren führten dürfte. Oder kurz: Zu spät realisiert, diagnostiziert und therapiert.

Wie steht es nun mit dem ebenfalls oft kontrovers diskutierten Phänomen: Psychopharmaka und Mortalitäts-Risiko? Hier liegen nicht nur recht unterschiedliche Experten-Meinungen, sondern auch Studien vor, die das ohnehin komplexe Bild noch schwerer durchschaubar machen. Selbst wenn unerwünschte Arzneimittel-Wirkungen (also Nebenwirkungen) ernste, in Einzelfällen vielleicht sogar folgenreiche körperliche Konsequenzen haben können, so heißt dies aber nicht zwangsläufig, dass die Behandlung mit Arzneimitteln mit

Wirkung auf Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben mit einer globalen Erhöhung des Mortalitäts-Risikos verbunden sein muss. Im Gegenteil: Es gibt auch entsprechende Studien, die eine adäquate und rechtzeitige medikamentöse Behandlung seelischer Störungen als besonders protektiv (schützend) in Bezug auf die körperliche(!) Gesundheit beweisen.

Gleichwohl gibt es Einwände, die ernst zu nehmen sind. Dies betrifft vor allem die antipsychotisch wirkenden *Neuroleptika*, bei denen man sogar bei zunehmender und längerfristiger Dosierung Substanzverluste in bestimmten Regionen des Gehirns feststellen musste, was natürlich seine gesundheitlichen und auf die Lebenserwartung bezogenen Risiken hat. Hier muss man sich bei der so genannten Rezidiv-Prophylaxe, also dem Rückfallschutz gegen psychotische Symptome durch eine Dauermedikation, ggf. eine schonendere Behandlungsstrategie einfallen lassen. Die Alternative wäre eine Intervall-Therapie, die nur dann zum Einsatz kommt, wenn es das Krankheitsbild erfordert. Das hieße aber auch, sich auf die Behandlungs-Zuverlässigkeit (früher Compliance, heute Adhärenz genannt) verlassen zu können. Hier aber sieht es gerade bei schweren psychotisch Erkrankten oft wenig hoffnungsvoll aus, was dann wiederum eine Dauermedikation (z. B. durch eine mehrwöchig wirkende Injektion) nahelegt, mit den erwähnten ungünstigen Konsequenzen.

Welche zusätzlichen körperlichen Erkrankungen belasten besonders?

In ihrem Fortbildungs-Artikel über *Somatische Morbidität bei psychisch Kranken* gehen die Experten W. Hewer und F. Schneider dann auf ausgewählte somatische Komorbiditäten ein, sprich welche körperlichen Leiden belasten zusätzlich am häufigsten und wohl auch am folgenschwersten? Nachfolgend eine Auswahl unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung im Alltag der psychiatrischen Krankenversorgung. Im Einzelnen:

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Wie in der Allgemeinbevölkerung stellen kardiovaskuläre (also Herz-Kreislauf)-Leiden die häufigsten somatischen Komorbiditäten bei psychisch Kranken dar, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Dabei ist vor allem auf folgende Krankheitsbilder zu achten:

- *Koronare Herzkrankheit*: Erfreulicherweise hat die Zahl der Todesfälle an der so genannten ischämischen Herzkrankheiten (chronische Verläufe mit mangelhafter Blutversorgung oder akutem Herzinfarkt) in Deutschland zwischen 2003 und 2013 deutlich abgenommen. Dennoch ist die koronare Herzkrankheit nach wie vor die häufigste Todesursache in unserer Zeit und Gesellschaft. Die Lebenszeit-Prävalenz (also Häufigkeit innerhalb der Lebenserwartung) beträgt

bei Frauen 2,7 bis 10,0 %, bei Männern 9,2 bis 17,9 %. Ein Teil der Unterschiede geht auf den jeweiligen Sozialstatus zurück. Denn bei niedrigem liegt die Prävalenz etwa doppelt so hoch wie bei hohem. Konkrete Daten zur Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit bei Patienten mit schweren seelischen Störungen sind für Deutschland bisher nicht verfügbar. Man vermutet allerdings, dass sie deutlich erhöht ist.

Das hier auftretende Beschwerdebild zeigt übrigens, wie schwierig mitunter eine fundierte Differential-Diagnose (was könnte es sonst noch sein) ist. Typisch für eine koronare Herzkrankheit ist die durch Belastung ausgelöste Angina pectoris, wobei jedoch weniger der Brustschmerz, mehr die Atemnot behindert. Gerade Beschwerden im Herzbereich können jedoch auch rein seelischer Natur sein, insbesondere bei Depressionen und Angststörungen. Was nicht immer einfach auseinander zu halten ist, bevor dann organische Untersuchungsverfahren Klarheit geben (sofern der Patienten hier mitmacht).

- *Herzinsuffizienz:* Auch hier können ganz unterschiedliche Erkrankungen zugrunde liegen. So pflegen Ödeme (krankhafte Flüssigkeitsansammlung in den Geweben) zwar ein Leitsymptom der Herzinsuffizienz (Herzschwäche) zu sein, können aber auch andere Ursachen haben (z. B. gefäßbedingt, d. h. chronisch venöse Insuffizienz, ja sogar pharmakogene Ödeme durch bestimmte Arzneimittel).

- *Arterielle Hypertonie:* Die Frage, ob ein Bluthochdruck in psychiatrischen Untersuchungs-Kollektiven erhöht ist oder nicht, wird nicht einheitlich beantwortet. Das Problem ist jedoch angesichts der weiten Verbreitung dieser Störung ausgesprochen bedeutungsvoll, und zwar nicht nur kardiovaskulär (Herz-Kreislauf), sondern auch speziell die Gehirn-Gesundheit betreffend. Und hier vor allem was die Prävention von Schlaganfällen und Demenzen mit ihren seelischen und psychosozialen Konsequenzen anbelangt.

Ein Problem sind beispielsweise manche Psychopharmaka, die den Blutdruck senken können. Das führt natürlich bei zusätzlicher Gabe eines Antihypertensivums (blutdruck-senkenden Medikaments) zu unkontrollierbaren Risiken, die zuvor erkannt, abgesprochen und konsequent kontrolliert gehören. Hier gibt es dann nicht selten Konstellationen, die eine besonders sorgfältige Medikamenten-Wahl und Kontrolle nahelegen. Dies betrifft vor allem so genannte multimorbide Alterspatienten (mit mehreren Erkrankungen), wenn Blutdruckwerte unter 120/70 mmHg unterschritten werden. Das kann beispielsweise erst einmal zu kognitiven Defiziten führen (z. B. Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit), darüber hinaus schließlich zu ernsteren Kreislauf-Konsequenzen.

- Bei *arteriellen Durchblutungsstörungen und venösen Thrombembolien* (Blutpfropfbildungen) sind im Rahmen psychischer Erkrankungen erhöhte

vaskuläre (Gefäß- und damit Kreislauf-)Risiken zu beachten. Bestimmte Antipsychotika (beispielsweise gegen Sinnestäuschungen, Wahnbildungen u. a.) führen durch die eingeschränkte Mobilität (d. h. weniger Bewegung) bis hin zu ausgeprägter Antriebsminderung oder gar Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) zu erhöhten Thrombose-Risiken. Das gilt es zu beachten.

- **Respiratorische Erkrankungen**

Respiratorische Erkrankungen, also beispielsweise Pneumonien (Lungenentzündungen) und chronisch obstruktive (wörtlich: verschließende, also behindernde) Atemwegserkrankungen, sind bei Patienten mit schweren seelischen Störungen häufig und tragen wesentlich zu ihrer erhöhten Sterblichkeit bei. Hier allerdings findet sich ein Faktor, der zu beherrschen wäre, allerdings persönliche Beherrschung vorausgesetzt. Gemeint ist der Nikotin-Konsum, was als stark verbreitetes Zigaretten-Rauchen gerade bei seelisch schwerer Erkrankten erschreckend häufig ist.

Auf die erhöhte Sterblichkeit durch überproportional oft drohende Infektionen bei diesen Patienten wurde bereits hingewiesen. Die häufigsten schweren Infektionen sind nun einmal Pneumonien (Lungenentzündungen), die sich in einem breiten Spektrum körperlicher Krankheitszeichen und Beeinträchtigungen äußern. Die gilt es zu erkennen und gezielt zu behandeln, vorausgesetzt, der Arzt wird auch aufgesucht und seinen Empfehlungen konsequent nachgekommen.

Ein generell zunehmendes Leiden ist die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD), inzwischen eine der häufigsten und komplikations-trächtigsten körperlichen Zusatz-Krankheiten bei schweren seelischen Störungen. Oft bleibt diese Kombination bis in fortgeschrittene Stadien undiagnostiziert. Nicht selten kommen diese Patienten erst in ärztliche Behandlung, wenn zusätzliche Infekte atem-mäßig dazu zwingen (Luftnot!). Hier finden sich dann auch potentiell lebensbedrohliche Situationen, insbesondere im fortgeschrittenen Krankheitsstadium und Alter. Und bei der Gefahr einer so genannten respiratorischen Insuffizienz mit Atemdepression (Lungenfunktions-Versagen), wenn zusätzlich noch eine medikamentöse Sedierung (Dämpfung) vorliegt (z. B. bestimmte Psychopharmaka).

Auch das immer häufigere obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS – siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie) kann vor allem in diesem Zusammenhang bedrohliche Konsequenzen entwickeln, besonders wenn noch zusätzliche kardiovaskuläre Erkrankungen beeinträchtigen (z. B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörung). Auf jeden Fall ist die Häufigkeit dieses Leidens in psychiatrischen Kollektiven sehr hoch und beträgt in klinischen Stichproben ca. 25 % der Patienten mit einer schweren seelischen Störung.

Schließlich soll hier noch auf ein vergleichsweise seltenes, dann aber ggf. lebensbedrohliches Phänomen hingewiesen werden. Gemeint ist die so genannte Bolus-Aspiration mit Gefahr eines Bolus-Todes, d. h. ein Erstickungs- oder Schocktod (reflektorischer Herzstillstand und Kreislaufversagen). Das droht bei Atemwegs-Verlegung durch einen kompakten Fremdkörper, meist einen „verschluckten Nahrungsbissen“. Das findet sich gehäuft in psychiatrischen Einrichtungen und hier vor allem bei chronisch Kranken, nicht zuletzt mit einer Schizophrenie. Nach US-amerikanischen Erhebungen ist hier das Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das Zehnfache erhöht.

Ähnliches lässt sich inzwischen auch bei hirnorganisch Erkrankten objektivieren, die nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden. Kurz: Beachtung medikamentöser Risikofaktoren, angemessene Überwachung der Nahrungsaufnahme bei gefährdeten Patienten und gezieltes Personal-Training für entsprechende Notfallmaßnahmen.

- **Diabetes mellitus**

In Deutschland sind etwa 7 % der Bevölkerung an Diabetes mellitus, der chronischen Hyperglykämie („Zuckerkrankheit“) erkrankt. 80 bis 90 % davon an Typ-2-Diabetes, der meist auf entsprechendes Übergewicht zurückgeht. In der 5. Lebensdekade beträgt die Prävalenz dafür 1 bis 2 %, danach steigt sie stark an – je älter, desto eher in eigener Verantwortung. Was seelische Störungen anbelangt, so spricht man von etwa 10 bis 20 % Typ-2-Diabetes-Patienten mit zugleich schwerer psychischer Erkrankung.

Dabei gibt es offenbar einen mehr oder weniger direkten Zusammenhang zwischen Diabetes und Depression. Diese Zuckerkranken haben ein doppelt so hohes Risiko an einer Depression zu erkranken. Und umgekehrt ist auch bei Depressiven die Häufigkeit des Diabetes mellitus erhöht. Gleiches gilt für schizophrene Erkrankte: auch hier ein zweifach erhöhtes Diabetes-Risiko.

Natürlich spielen bei diesen Leidens-Kombinationen Psychopharmaka, Adipositas (Übergewicht bis zur Fettsucht) sowie Bewegungsmangel eine wesentliche Rolle und dies sowohl für Depressionen als auch Schizophrenien. Alles können sie jedoch nicht erklären. Denn interessanterweise gibt es Beobachtungen, wonach bereits vor Ausbruch einer Schizophrenie und vor allem vor Beginn einer Behandlung mit Psychopharmaka bei diesen Patienten gehäuft eine Störung des Glukose-Metabolismus (Zucker-Stoffwechsel) vorliegen könnten.

Die notwendige antidiabetische Therapie sollte vor allem Akut-Komplikationen und später Folge-Erkrankungen in Grenzen halten (Letzteres beispielsweise was den Befall von Gefäß- und Nervensystem anbelangt, in Fachbegriffen

Makro- und Mikroangiopathie, Neuropathie u. a.). Auch ist auf die ggf. notwendig werdende Psychopharmakotherapie ein besonderes Auge zu werfen (Auswahl und Verlaufskontrolle).

- **Hypo- und Hypernatriämie**

Eine Hyponatriämie (Erniedrigung des Natriumspiegels im Blut) kommt bei psychiatrisch behandelten Patienten in der Klinik mit ca. 5 % relativ häufig vor. Als Ursache finden sich meist Medikamente, allerdings nicht nur Psychopharmaka. Hypernatriämien (Erhöhung des Natriumspiegels) sind seltener und treten vor allem auf, wenn Patienten ihre Trinkmenge in kritischem Maß reduzieren, was z. B. bei wahnhaften Störungen, z. B. Vergiftungswahn möglich ist.

Eine sehr spezielle Form der Hyponatriämie, die aber trotzdem im Auge zu behalten ist, findet sich bei Patienten mit chronischer Schizophrenie und langjährig Abhängigkeits-Kranken: gemeint ist die so genannte psychogene Polydipsie. Hier wird weit über den alltäglich akzeptablen Bedarf hinaus Wasser konsumiert, und zwar zumeist im Verborgenen – bis hin zum lebensbedrohlichen Abfall des Natriums in der Blutbahn.

- **Weitere Störungen**

Schließlich muss im Rahmen von schweren seelischen Erkrankungen auch noch auf Veränderungen in der Wahrnehmung und vor allem Äußerung von Schmerzen hingewiesen werden. Oder konkret: Warnende oder gar Alarm-Schmerzen werden entweder nicht adäquat registriert oder entsprechend geäußert. Dies beispielsweise bei schizophrenen Patienten, bei chronischer Beeinträchtigung oder gar im (lebensbedrohenden) Akutfall. Das führt natürlich zu einer erschwerten Diagnose und damit Behandlung, z. B. was Knochensystem, Zahngesundheit, ja sogar Schwangerschafts-Komplikationen anbelangt.

Bedeutsam ist auch das so genannte Serotonin-Syndrom, eine zwar seltene, dafür ggf. gefährliche Nebenwirkung bestimmter Arzneimittel in riskanter Kombination mit anderen Medikamenten oder bei entsprechender Überempfindlichkeit.

Schlussfolgerung

Patienten mit schweren seelischen Störungen sind auch gehäuft von körperlichen Beeinträchtigungen mit ggf. erhöhtem Sterblichkeits-Risiko betroffen. Besonders zu berücksichtigen sind Herz-Kreislauf- und respiratorische (Atemwegs-)Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hyponatriämien, Infektionen und scheinbar seltene, aber dann gefährliche Risiken wie die Bolus-Aspiration.

Problematisch ist die Unspezifität vieler Krankheitszeichen, die sowohl durch psychische Störungen als auch körperlich verursacht sein können. Wichtig ist zudem die Erkenntnis, dass die seelisch belasteten Patienten ihre Beschwerden auch anders interpretieren oder zu spät, wenn nicht gar überhaupt nicht registrieren oder benennen und damit ihr Umfeld informieren können.

Deshalb ist es wichtig, dass nicht nur Ärzte, sondern auch das Personal in den Alters- und Pflegeheimen, nicht zuletzt aber auch Angehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn ein Auge darauf haben und entsprechende Empfehlungen oder konkrete Schritte einleiten.

Bei der körperlichen Routine-Untersuchung seelischer Kranker geht es dann um eigene Hinweise zur Vorgeschichte, am besten ergänzt durch die so genannte Familien-Anamnese der Angehörigen, wobei auch Rauchen, (mangelnde) körperliche Aktivität, (Fehl-)Ernährung u. a. zur Sprache kommen sollten. Und bei der körperlichen Routine-Untersuchung natürlich die konkreten Hinweise durch Gewicht und Bauchumfang, Blutdruck, Nüchtern-Blutzucker, Lipide (Blutfette), EKG, zahnärztlichen Status etc.

Und schließlich etwas, was vor allem die Medizin bzw. die entsprechenden Institutionen betrifft: „Zur Besserung der somatischen Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine intensivierete Integration von psychiatrisch-psychotherapeutischer und allgemein-medizinischer Patientenversorgung anzustreben – und zwar präventiv wie kurativ“, so die Experten Prof. Dr. W. Hewer von der Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göttingen sowie Prof. Dr. F. Schneider von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Aachen in ihrem Fortbildungsartikel *Somatische Morbidität bei psychisch Kranken* in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 7 (2016) 787.

Dort auch weiterführende Literatur-Hinweise, zu denen auch Fachbücher gehören wie F. Schneider (Hrsg.): *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2017 mit speziellen Beiträgen zu diesem Thema.