

01. November 2019

COPD: Eine neue Dreifach-Kombination bei Atemnot?

November 2019

COPD-Patienten und Behandler denken beim Begriff Dreifach-Kombination normalerweise an ein Dosieraerosol mit einer festen Kombination von 3 Wirkstoffen (LAMA/LABA/ICS). Davon profitieren möglicherweise jedoch nur Patienten mit häufigen Exazerbationen. Für alle Patienten mit Atemnot verspricht hingegen eine alternative Dreifach-Kombination aus dem Repertoire der Psychopneumologie Erleichterung und bessere Lebensqualität. Monika Tempel, Regensburg, Expertin für Psychopneumologie, erläutert den Behandlungsansatz für eine personalisierte psychopneumologische Therapie.

Ein überraschender Befund: Gleiches Krankheitsstadium – unterschiedliche Atemnot-Erfahrungen

Die objektiven Befunde von CT und Lungenfunktionstest stehen häufig im Widerspruch zu den subjektiven Atemnot-Erfahrungen von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. Wie kann es sein, dass Asthma- und COPD-Patienten bei gleichem Lungenbefund ihre jeweilige Atemnot so unterschiedlich erleben?

Eine allseits befriedigende Antwort auf diese Frage ist bisher nicht gefunden. Doch hat sich glücklicherweise – in Anlehnung an die Deutung des Phänomens „Schmerz“ – inzwischen folgende Betrachtungsweise des Phänomens „Atemnot“ durchgesetzt:

Die Atemnot-Erfahrung ist ein komplexer individueller Deutungsprozess von sensorischem Input, der stark von nicht-sensorischen Faktoren beeinflusst wird.

Kurz und bündig: **Atemnot ist das, was der Patient als Atemnot erfährt.**

Wovon hängt die Atemnot-Erfahrung ab?

Inzwischen haben zahlreiche Studien untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf die Atemnot-Erfahrung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen haben. Sie erbrachten u.a. Zusammenhänge zwischen:

- Atemnot und emotionalem Zustand (Angst, Depression)
- Atemnot und sozialem Kontext (Einsamkeit, Kritik, Stigma)
- Atemnot und Aufmerksamkeit

Die nachgewiesenen Zusammenhänge deuten bereits auf ein komplexes Wechselspiel hin. Noch anspruchsvoller wird die Ausgangslage, wenn man die Atemnot-Erfahrungen genauer unter die Lupe nimmt.

Es gibt verschiedene „Atemnöte“

Diese Überschrift bringt die Atemnot-Definition der ATS (American Thoracic Society) auf den Punkt:

- Atemnot ist die individuelle Erfahrung von Atembeschwerden.

- Sie besteht aus unterschiedlichen Empfindungen von wechselnder Heftigkeit.
- Körperliche, seelische, soziale und Umwelt-Faktoren wirken bei dieser Erfahrung zusammen.
- Atemnot kann weitere körperliche Reaktionen und Verhaltensweisen hervorrufen (Vgl. [Lexikon der Psychopneumologie](#)).

Um die „Atemnöte“ zu veranschaulichen, stelle ich hier das [Multidimensionale Atemnot-Profil](#) (1) vor.

Atemnot umfasst mindestens 2 Dimensionen:

- **die Wahrnehmungs-Dimension** (sensorische Dimension)
- **die Gefühls-Dimension** (affektive Dimension)

Zur Wahrnehmungs-Dimension:

Die sensorische Dimension beschreibt die **Intensität** (Wie stark ist die Atemnot?) und die **Qualitäten** (körperliche Atemanstrengung, Lufthunger, Brustenge, mentale Atemanstrengung, verstärkte Atmung).

Zur Gefühls-Dimension:

Die affektive Dimension gliedert sich in den **unmittelbaren Bereich A1** (Atembeschwerne, sofortige unangenehme Erfahrung) und den **längerfristigen Bereich A2** (emotionale Reaktionen wie Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Ärger, Frustration, Panik).

Sofort wahrgenommen werden bei einer Atemnot-Situation die sensorische Dimension und der unmittelbare Bereich der affektiven Dimension A1. Daraus resultiert das kurzfristige Verhalten (z.B. Flucht, Abwehr).

Dauerhafte Verhaltensänderungen (z.B. Vermeidung, Inaktivität) erfolgen als emotionale Antwort auf den längerfristigen Bereich der affektiven Dimension A2.

Was empfiehlt die Psychopneumologie für den Umgang mit den verschiedenen „Atemnöten“?

Seit einiger Zeit werden vermehrt Studien veröffentlicht, die nicht-pharmakologische Ansätze für die Behandlung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen untersuchen.

Vielversprechend sind die Ergebnisse beim Einsatz von

- Kognitiver Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy=CBT)
- Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie (Mindfulness-based Cognitive Therapy=MBCT)

Vor allem achtsamkeitsbasierte Verfahren aus dem Bereich der Mind-Body-Medizin sind effektiv und werden – bei angemessener Vermittlung – offensichtlich von vielen Patienten gerne angenommen.

Ein erprobter Ansatz ist das **MBCT (Mindfulness-based Cognitive Training=Achtsamkeits-basiertes kognitives Training)**. Es kombiniert Achtsamkeitsübungen und kognitive Methoden in einem (üblicherweise) 8-wöchigen Gruppen-Programm.

Für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen werden die Standard-Elemente des MBCT an die besonderen Befindlichkeiten (z.B. erhöhte Atemnot-Angst) angepasst. Die Grund-Elemente umfassen beispielsweise Übungen wie:

- **Achtsamkeit und Autopilot** (=automatische Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen)
- **Leben in meinem Kopf** (Umleiten auf Phänomene wie Herzschlag, Blutfluß oder auf den ganzen Körper=Body Scan)
- **Den herumstreifenden Geist sammeln** (z.B. durch Achtsamkeit auf Geräusche, achtsames Dehnen)
- **Vermeidung erkennen** (Tagebuch der angenehmen und unangenehmen Erfahrungen)
- **Erlauben, Gewährenlassen** („Mit dem Problem gegenwärtig sein“)
- **Gedanken sind keine Tatsachen!** (Gefühle, Gedanken und alternative Deutungen)
- **Selbstfürsorge** (u.a. Aktions-Plan)
- **Neue Erfahrungen erlauben und ausweiten**

Die Übungen sind einerseits allgemeingültig – werden in den einzelnen Sitzungen jedoch individuell auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der Teilnehmer abgestimmt. Ein besonderer Schwerpunkt ist das **tägliche, eigenständige Einüben von Achtsamkeit**.

Die 3 Dimensionen der Achtsamkeit

Achtsamkeit wird als Begriff inzwischen häufig verwendet, doch selten erklärt. Achtsamkeit bedeutet **in Verbindung, in Kontakt sein mit allem was gerade hier und genau jetzt geschieht**. In einem achtsamen Zustand sind Sie ganz bei dem, was Sie gerade tun und erfahren. Sie widmen sich dieser Sache voll und ganz, statt in der Vergangenheit herumzuirren oder sich durch die Zukunft ängstigen zu lassen. Sie sind tief mit dem gegenwärtigen Augenblick verbunden.

Die Studiengruppe um [Malpass A et al](#) (2) fokussiert bei ihrer Untersuchung auf eine „**Dreifach-Kombination**“ der Achtsamkeit:

- Umfassende Aufmerksamkeit
- Pure, nicht-deutende Aufmerksamkeit
- Flexible Aufmerksamkeit

Umfassende Aufmerksamkeit

Die erste Dimension der Achtsamkeit (umfassende Aufmerksamkeit) erlaubt Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, sich von den unangenehmen Atemnot-Erfahrungen der unmittelbaren affektiven Antwort A1 (siehe MDP) zu trennen oder zu distanzieren.

Eine Asthma-Patientin beschreibt im Zustand der umfassenden Aufmerksamkeit beispielsweise alle Einzelheiten ihrer Atemnot-Erfahrung – jedoch „**wie von oben**“. Es gelingt ihr dadurch, nicht von automatischen negativen Gedanken bedrängt und in Panik versetzt zu werden.

Umfassende Aufmerksamkeit kann auch als „**Panorama-Aufmerksamkeit**“ interpretiert werden – im Gegensatz zu „Ein-Punkt-Aufmerksamkeit“. Patienten erliegen nicht dem Sog, alles außerhalb der Atemnot aus dem Blick zu verlieren und sich ganz mit der Atemnot-Erfahrung zu identifizieren.

Damit erlaubt die umfassende Aufmerksamkeit dem Patienten einerseits, die sensorische Dimension der Atemnot zu erfahren – und gleichzeitig durch die Weite der Aufmerksamkeit seine emotionale Antwort zu beeinflussen.

Pure, nicht-deutende Aufmerksamkeit

Präsent sein, in der gegenwärtigen Wahrnehmung sein, ohne Gedanken und Bewertungen hinzuzufügen – das ist

eine weitere wichtige Übung des MBCT für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen.

In der Studie schildert eine COPD-Patientin, wie sie im Zustand der puren Aufmerksamkeit ihre Atemnot wahrnimmt, ohne den Versuch, zu kämpfen oder zu verzweifeln: „**Oh, es ist Atemnot – so ist es also!**“ Ihre Aufmerksamkeit ist ohne Bewertung, ohne Aufregung, ohne Katastrophendenken und ohne Panik.

Pure, nicht-deutende Aufmerksamkeit kann manchmal sogar dazu führen, **dass Patienten frühe Warnzeichen ihres Körpers entdecken, die auf eine beginnende Atemnot-Episode hinweisen.**

Ein COPD-Patient nimmt in der Studie beispielsweise erstmals wahr, daß er seine Schultern hochzieht, was seine Brustenge erst verursacht und dann seine Panik auslöst. Er entdeckt auch, dass sich seine Brustenge löst, sobald er die Schultern herunterzieht.

Die pure, nicht-deutende Aufmerksamkeit beeinflusst (mit Blick auf das MDP-Modell) sowohl die unmittelbare Wahrnehmungs-Dimension, als auch die Ebene der emotionalen Antwort im Bereich der langfristigen Verhaltensänderungen.

Umfassende Aufmerksamkeit

Eine subtile Herangehensweise erfordern die **Übungen zur Atem-Wahrnehmung** im MBCT (wie z.B. 3-Minuten-Atem-Raum). Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen lernen bei diesen Übungen ihren Atem möglicherweise auf eine Art kennen, wie sie ihn noch nie erfahren haben – nämlich jenseits der normalen anatomischen Atemwegs-Strukturen (Luftröhre, Lungenflügel). So wird die Atem-Erfahrung beispielsweise auf Bauch, Becken und Rücken ausgedehnt.

Manchmal erleben Patienten die Aufmerksamkeit auf den Atem als unangenehm. Dann kann die „**Umleitung**“ der Wahrnehmung auf entlegenere Körperteile (z.B Knie, Füße) hilfreich sein. Auch durch die „Body Scan“-Übung wird die Aufmerksamkeit weg von Grübeln und Katastrophendenken (an Brustenge und Atemnot) auf andere Bereiche des Körpers (Arme, Beine) gelenkt.

Im Sinne des MDP-Modells nimmt die Ausweitung und „Umleitung“ der Aufmerksamkeit Einfluß auf die Wahrnehmungs-Dimension der Atemnot und verändert dadurch die unmittelbare emotionale Reaktion.

Fazit für die Praxis

- Es gibt verschiedene „Atemnöte“ und unterschiedliche „Aufmerksamkeiten“.
- Die verschiedenen Dimensionen der Atemnot-Erfahrung zeigen ein komplexes Zusammenspiel – ebenso die einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit.
- Mit dem MDP-Modell der Atemnot lassen sich diese vielschichtigen Zusammenhänge untersuchen und beschreiben.
- Für die psychopneumologische Praxis ergeben sich daraus Anhaltspunkte für gezielte Interventionen mit Blick auf die individuelle Atemnot-Erfahrung eines Patienten.
- Eine aktuelle Studie erbrachte Hinweise darauf, daß möglicherweise Interventionen zur Schulung der Atemnot-Wahrnehmung für COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen hilfreicher sein könnten als die Inhalation von Kortikosteroiden.
- Es klingt wie Zukunftsmusik – aber vielleicht lautet die Empfehlung an Patienten mit fortgeschrittenen chronischen Lungenerkrankungen schon bald: „**Sie brauchen eine Dreier-Kombination im Dosieraerosol und eine Dreier-Kombination Achtsamkeit!**“
- Der Selbsthilfe-Kurs „**Atempause auf der LungenCouch: dösen – denken – durchatmen**“ stellt u. a. Achtsamkeits-Übungen für den Umgang mit Atemnot vor.



Monika Tempel
Sauerstoff und Sinn

Clermont-Ferrand-Allee 28 F
93049 Regensburg

Telefon 0941 / 208 59 52
E-Mail info@monikatempel.de

Literatur:

(1) Robert B. Banzett, Carl R. O'Donnell, Tegan E. Guilfoyle et al.: *Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research* *Eur Respir J.* 2015 Jun; 45(6): 1681-1691.

(2) Alice Malpass, Gene Feder and James W Dodd: *Understanding changes in dyspnoea perception in obstructive lung disease after mindfulness training.* *BMJ Open Respir Res.* 2018; 5(1): e000309.

(3) *Atempause auf der Couch:* <https://www.monikatempel.de/atempause-auf-der-lungencouch-doesen-denken-durchatmen/>. Letzte Aktualisierung 24.01.2019.