

Psyche und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Rainer Schubmann, Thomas Müller-Holthusen

Klinik Möneseesee, Psychosomatische und kardiologische Rehabilitation, Möneseesee-Körbecke

In den letzten Monaten wurden ungewöhnlich viele Übersichtsartikel zum Thema Psychosomatik und KHK veröffentlicht (Deuschle et al. 2002, Härter 2002, Kittel et al. 2002) – sollte es so sein, dass sich zu Zeiten knapper werdender Budgets die somatische Medizin hilfeschend an die Psychosomatik wendet? Für viele Psychosomatiker ist der Herzinfarkt auch ein psychosoziales Krankheitsgeschehen. Die Diagnose der Angina Pectoris ist schon vor 100 Jahren bekannt gewesen, 1875 wurde diesem Leiden der Charakter einer Neurose zugebilligt, 1930 beschrieb Krehl psychische Erregung und seelische Konflikte als höchst bedeutungsvoll für die Entstehung dieser Krankheit. Ein beachtenswerter Hinweis ist die Bedeutung des Verlustes eines Ehepartners, der häufig eine folgenschwere Änderung der sozialen Situation mit sich bringt. Untersuchungen ergaben, dass sehr viele Männer innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Tod der Ehefrau an einem Herzinfarkt (gebrochenem Herzen?) starben.

Bereits Mitte der 90er Jahre wurde in epidemiologischen Langzeiterhebungen an großen Bevölkerungskollektiven beobachtet, dass Depressionskranke etwa doppelt so häufig eine ischämische Herzerkrankung entwickeln wie Personen ohne diese psychiatrische Diagnose (Barefoot & Schroll 1996, Frazure-Smith et al 1995).

Dass eine Depression auch erheblichen Einfluss auf die Prognose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat, belegen sechs prospektive Studien (zit. nach Deuschle et al. 2002), die den Einfluss einer zu Beginn der Studie vorliegenden, eng definierten depressiven Episode untersuchten: Die Schätzungen des relativen Risikos in diesen neueren Untersuchungen lagen bei 2,1 bis 4,5 noch höher als bei den älteren Untersuchungen aus den 90er Jahren.

Der Rehabilitationsmedizin nähern sich zwei andere Publikation aus den letzten Monaten: Connerney et al. (2001) konnten an 207 Männern und 102 Frauen, die sich einer Bypass-OP unterziehen mussten, und von denen 63 (20%) zusätzlich an einer Depression litten (diagnostiziert nach standardisiertem Interview und BDI-

Fragebogen) zeigen, dass kardiale Ereignisse in den 12 Monaten nach der OP in der Gruppe der Depressiven signifikant häufiger auftreten (27% vs 10%).

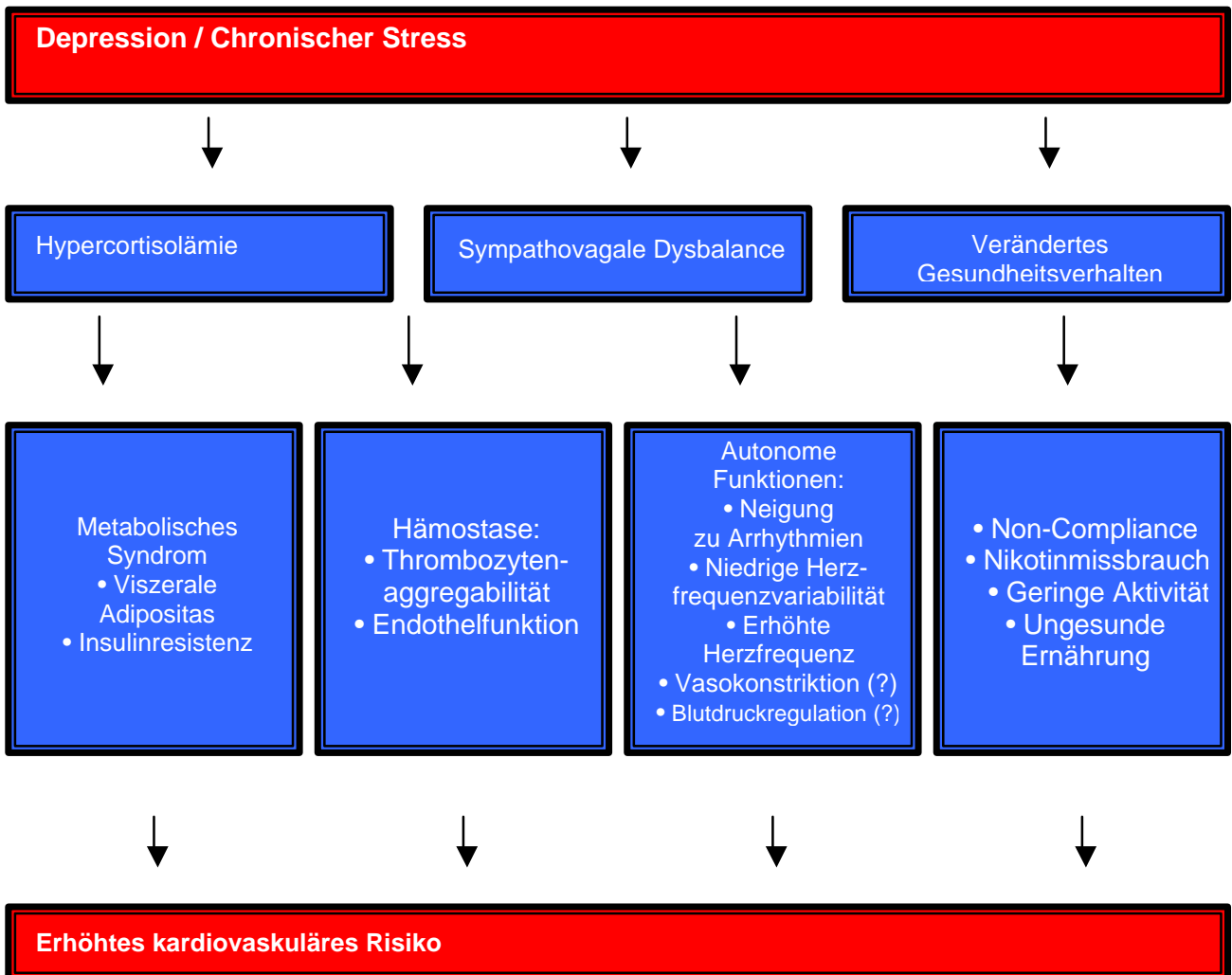
Kittel et al (2002) untersuchen die Häufigkeit und den Verlauf von Depressivität und Ängstlichkeit mittels HADS-D bei nahezu 1900 Patienten einer kardiologischen Rehabilitationsklinik (Mittleres Alter 59,5 Jahre): Zum Aufnahmezeitpunkt zeigten 16,3% der Rehabilitanden auffällige Angstwerte, 12,2% auffällige Depressionswerte. Am Ende der Rehabilitationsbehandlung wiesen nur noch 10,6% bzw. 8,1% auffällige Werte auf. Die Eingangswerte sowohl für Depressivität als auch für Angst liegen deutlich über den Werten in der Allgemeinbevölkerung (8,5% bzw. 5,9%, zit. nach Kittel 2002).

Wir selber haben in der Klinik Möneseesee im letzten Jahr in Kooperation mit der Psychosomatischen Abteilung der Universität Göttingen eine entsprechende Erhebung mit dem HADS-D durchgeführt. Da sich unter dem Dach unserer Klinik sowohl eine Psychosomatische Abteilung (CA Dr. Th. Müller-Holthausen) als auch eine Kardiologische Abteilung (CA Dr. R. Schubmann) befindet, wollten wir herausarbeiten, inwieweit eine über das übliche Maß der Konsiliartätigkeit hinausgehende Vernetzung in den therapeutischen Angeboten effektiv ist (Schubmann et al. 2003, Schubmann 1999). Das mittlere Alter unserer kardiologischen Studienpatienten (N = 152) lag mit im Mittel 68 Jahren deutlich über dem Altersschnitt der von Kittel et al (2002) untersuchten Patientengruppe. Ebenso waren nahezu 50% (N = 73) des von uns in der Klinik Möneseesee untersuchten Klientels Patienten nach einer Bypass- OP, davon 73% (N=59) Männer. Zum Aufnahmezeitpunkt in die Rehabilitation zeigten 18,3% der Patienten (12,5% der Männer, 33% der Frauen; $p=0,003$) auffällige HADS-Werte. Im Verlauf der Rehabilitation veränderten sich die Angstwerte von $5,8 \pm 3,7$ auf $4,4 \pm 3,6$ ($p<0,0005$), die Depressivitätswerte von $4,5 \pm 3,3$ auf $3,8 \pm 3,6$ ($p<0,0005$).

Die Abnahme der Angst war bei Männern (von 5,4 auf 4,5; $p < 0,0005$) und Frauen (von 6,9 auf 4,4; $p < 0,0005$) gleichermaßen signifikant, bei den Frauen aber ausgehend von tendenziell höheren Ausgangswerten ($p = 0,06$) stärker ausgeprägt, während sich die Depressivität nur bei den Männern signifikant besserte (von 4,3 auf 3,6; $p = 0,001$). Bei den Frauen fand sich hier nur ein statistischer Trend zur Besserung (von 4,8 auf 4,3; $p = 0,084$). Ein Effekt der Zuweisungsdiagnose fand sich dagegen nicht: Patienten mit und ohne Bypass-OP zeigten gleichermaßen signifikante Besserungen auf beiden HADS-Skalen. Gleiches galt für die Besserung der Angst der Patienten mit vs. ohne initial auffälligen HADS-Befund (HADS positiv: von 11,6 auf 8,4; $p < 0,0005$. HADS negativ: von 4,5 auf 3,5; $p < 0,0005$). Auch die Depressivität nahm sowohl bei initial auffälligen (von 9,0 auf 8,2) wie bei unauffälligen Werten (von 3,5 auf 2,8) in etwa gleichem Ausmaß ab. In ähnlicher Weise besserte sich die Depressivität bei Patienten mit aktueller Lebenspartnerschaft signifikant (von 4,3 auf 3,5; $p = 0,001$), während sie bei den Patienten ohne Partnerschaft auf tendenziell höherem Niveau (von 5,6 auf 5,1; $p = 0,18$) persistierte. Ganz offensichtlich bewährt sich eine kardiologische Rehabilitationsbehandlung, in der die psychosozialen Anteile der Erkrankung im Rahmen von fachübergreifenden Therapieansätzen mit einbezogen werden, auch bei lebensälteren Rehabilitanden.

Relativ wenig weiß man bisher über die pathophysiologischen Zusammenhänge von Depression und kardiovaskulären Erkrankungen. Es gibt zahlreiche Hinweise auf neurochemische und neuroendokrine Interaktionen, die zu einer Störung der autonomen Innervierung führen könnten. Die Bedeutung der sympathovagalen Imbalance als Trigger für elektrische Instabilität des Myocards ist seit Jahren bekannt. Es gibt auch Hinweise darauf, dass sich die Thrombozytenfunktion in Abhängigkeit von verschiedenen Stimmungszuständen verändert. Deuschle et al (2002) haben dies in der unten wiedergegebenen Abbildung sehr übersichtlich zusammengefasst.

Pathophysiologisches Modell
zum Zusammenhang zwischen Stress, Depression und kardiovaskulären
Erkrankungen



Wegen der vielfältigen Verknüpfungen von Herz und Psyche wurde vor einigen Jahren ein interdisziplinäres Forschungsvorhaben initiiert, die STATUSKONFERENZ PSYCHOKARDIOLOGIE (www.psychokardiologie.de) wurde begründet: weltweit besteht in der interdisziplinären Forschung Konsens darüber, dass hinsichtlich Ätiologie, Verlauf und der psychischen Bewältigung der koronaren Herzerkrankung psychosoziale Faktoren von zentraler Bedeutung sind. Inzwischen sind die Ergebnisse der Erforschung psychosozialer Krankheits- und Bewältigungsfaktoren in ihrem Umfang, ihrer Komplexität, Diversifikation und auch Widersprüchlichkeit für den Kliniker weitgehend unüberschaubar geworden. Deshalb erscheint eine

Systematisierung und Evaluation der vorhandenen Wissensbestände in der gegenwärtigen Situation notwendig. Dies soll in einer "Statuskonferenz Psychokardiologie" geschehen, an der nur durch eigene Forschungen ausgewiesene ExpertInnen mit dem Ziel teilnehmen, in interdisziplinärer und schulenübergreifender Kommunikation die konsensfähigen Wissensbestände in der Erforschung KHK-relevanter psychosozialer Faktoren festzustellen. Dadurch soll eine Bewertungsplattform geschaffen werden, von der aus nicht nur zukünftige Forschungsdesiderate bestimmt, sondern auf deren Grundlage auch klinisch-integrative Kooperationsmodelle praktisch sinnvoll gestaltet werden können. Die zeitgleich erfolgenden Bemühungen der Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Rehabilitation innerhalb der Gesellschaft für Kardiologie ermöglichen eine erfolgversprechende Koordination zu einem späteren Zeitpunkt.

Neben diesen vorrangig wissenschaftlichen Fragen ist das Erkennen und Behandeln komorbider psychischer Störungen bei somatischen Erkrankungen klinisch von hoher Bedeutung. Psychische Belastungen und Störungen können unabhängig von Ihrer pathogenetischen Verknüpfung mit der somatischen Erkrankung den Krankheitsverlauf, die Behandlungsdauer und auch die Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen entscheidend beeinflussen. Daher kommt der verbesserten Diagnostik und Therapie psychischer Störungen insbesondere auch in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Vernetzte Strukturen und indikationsübergreifende diagnostische und therapeutische Angebote wie z.B. in unserer Klinik in Kooperation mit wissenschaftlichen Instituten scheinen uns zukunftsweisend und erfüllen die Forderung am Ende des Übersichtsartikels von Deuschle et al. (2002) aus dem Deutschen Ärzteblatt: „Auf lange Sicht scheint es sinnvoll, die Kluft zwischen dem psychiatrisch-psychosomatischen und dem kardiologischen Fachgebiet besser zu überbrücken, damit Patienten, die an beiden häufigen Erkrankungen Depression und koronarer Herzkrankheit leiden, besser behandelt werden können.“

Literatur:

Barefoot, J., Schroll, M.: Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* (1996), 93: 1976-80.

Connerney, I., Shapiro, P.A., McLaughlin, J., Bagiella, E., Sloan, R.: Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *The Lancet* (2001), 385: 1766-1771.

Deuschle, M., Lederbogen, F., Borggrefe, M., Ladwig, K.-H.: Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko edepressiver Patienten. *Dtsch Ärztebl* (2002), 99:A 3332-3338.

Frazure-Smith, N., Lesperance, M.D., Talajic, M.: Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA* (1993), 270: 1819-1825.

Herrmann-Lingen, C., Buss, U.: Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Verlag für akademische Schriften (2002), Frankfurt/Main.

Herter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A., Bengel, J.: Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. *Rehabilitation* (2002), 41: 367-374.

Kittel, J., Engel, A., Hinz, A., Schwarz, R., Karoff, M.: Ängstlichkeit und Depressivität bei kardiologischen Patienten – Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung. *Herzmedizin* (2002), 19: 100-106.

Schubmann, R., Kümmel, M., Struwe, Ch., Herrmann-Lingen, Ch.: Depressivität und Ängstlichkeit bei kardiologischen AHB-Patienten. *DRV Schriften Band 40*, (März 2003), 405-406.

Schubmann, R.: EFQM-Modell Business Excellence für das Gesundheitswesen. *Westfälisches Ärzteblatt* (1999), 11: 16-17.

Anschrift der Verfasser:
Klinik Möhnese
Psychosomatik und Kardiologie
Rehabilitation und Prävention
Schnappweg 2
59519 Möhnese