

Psychokardiologie – Kardiopsychosomatik

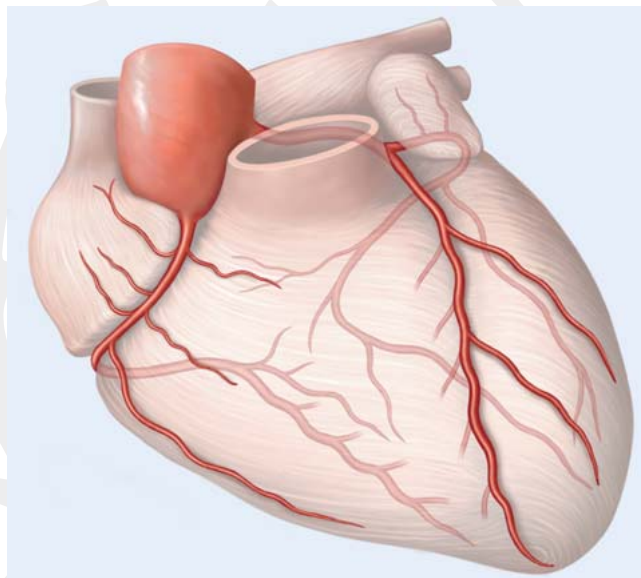
Die Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie

Rainer Schubmann, Bettina Seekatz

Zusammenfassung

Koronare Herzerkrankung und Depression werden sich nach Schätzungen der „Global Burden of Disease Study“ zu den beiden bedeutsamsten Ursachen für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen entwickeln. Immer öfter treten beide Krankheitsbilder nebeneinander auf; von einer wechselseitigen Beeinflussung wird ausgegangen. Seit etwa 15 Jahren hat sich die Psychosomatik als Partner der Kardiologie etabliert. Die Gründung der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) 2001 war eine Wegmarke, 2008 wurde ein „Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie“ publiziert. Ziel dieses Beitrags ist es, in praxistauglicher Form das vorhandene psychokardiologische Wissen zusammenzufassen und bezogen auf einzelne Krankheitsbilder bzw. Patientensubgruppen alltagsrelevante Hinweise zu geben.

Herzkrankheiten stellen unverändert die häufigste Todesursache in Deutschland dar [26]. Nach der 1997 in Lancet veröffentlichten „Global Burden of Disease Study“ [21] wird die koronare Herzerkrankung 2020 die bedeutsamste Ursache krankheitsbedingter Beeinträchtigungen sein, unmittelbar gefolgt von der Depression. Neben dem zunehmend häufigeren Auftreten beider Krankheitsbilder nebeneinander wird entsprechend den Studienergebnissen aus den letzten 2 Jahrzehnten auch von einer wechselseitigen Beeinflussung beider Krankheitsbilder ausgegangen [1, 6, 17]. Für viele Psychosomatiker war und ist der Herzinfarkt auch ein psychosomatisches Krankheitsgeschehen. Die Diagnose der Angina pectoris ist schon vor mehr



Verlauf der linken und rechten Koronararterien (Ansicht von ventral).
© Prometheus.

als 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 Verlusts eines Ehepartners, der häufig eine folgenschwere Änderung der sozialen Situation mit sich bringt.

Koronare Herzerkrankung und Depression

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 [2, 8]. Dass eine Depression auch erheblichen Einfluss auf die Prognose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat, belegen 6 prospektive Studien

(im Überblick [6]), die den Einfluss einer zu Beginn der Studie vorliegenden, eng definierten depressiven Episode untersuchten: Die Schätzungen des relativen Risikos für das Auftreten späterer kardialer Ereignisse in diesen neueren Untersuchungen lagen 2,1–4,5-fach höher als in älteren Untersuchungen aus den 90er-Jahren. Dies gilt bereits für Depressivität unter der Schwelle einer klinischen Diagnose, deutlicher jedoch für Patienten mit anfangs vorliegender depressiver Episode (Kriterien **Kasten 1**). In einer finnischen Studie aus dem Jahr 2003 konnte nachgewiesen werden, dass depressive Symptome bei älteren Menschen (über 70 Jahre) mit einem deutlich höheren Risiko des plötzlichen Herztods einhergehen [19].

Der Anteil an Patienten mit depressiver Störung unter denjenigen, bei denen eine Herzerkrankung diagnostiziert ist, wird mit 20–50% angegeben [17], darunter befinden sich bis zu 20% schwere Störungen. Im Rahmen der kardiologischen Routine-

behandlung bildet sich bei etwa der Hälfte der Patienten die Depressivität wieder zurück, bei der anderen Hälfte persistiert die psychische Komorbidität, jedoch ohne spezifische weitere Therapie.

Depressivität bei manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) ist weiterhin assoziiert mit einer ganzen Reihe anderer Beeinträchtigungen, wie z.B. niedrigerer Lebensqualität, häufigen kardialen Beschwerden, niedrigerer Rate der Rückkehr zur Arbeit und erhöhten Krankheitskosten sowie mangelnder Therapietreue [12, 17].

Koronare Herzkrankung und Angst

Angst gehört ebenso wie Schmerz zu unseren menschlichen biologischen Warnsystemen, ohne die wir nicht überleben könnten. Und dass Angst im Verlauf von Herzkrankungen wie Herzinfarkten, Herzoperationen oder Herzrhythmusstörungen auftreten kann, ist wohl jedem klar und zudem gut belegt [20]. Zum Problem wird Angst erst, wenn sie in unangemessenen Situationen und in zu starker Ausprägung auftritt. Erst dann kann eine Angststörung diagnostiziert werden. Angststörungen sind häufige psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern [15]. Lange Zeit gab es nur Hinweise darauf, dass ständig erhöhte Angst mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität assoziiert ist. Im Juli 2010 wurde nun eine Studie mit dem vielsagenden Titel „The Heart and Soul Study“ publiziert, die zeigen konnte, dass Angst ein eigenständiger kardiovaskulärer Risikofaktor ist [20]. Zwischen September 2000 und Dezember 2002 wurden in Kalifornien 1015 ambulante Patienten in die Studie eingeschlossen. Etwas über 10% (n = 106) erfüllten die Kriterien einer generalisierten Angststörung (GAD) nach psychiatrischem Interview und Fragebogenergebnis. Innerhalb der Nachbeobachtungszeit von im Mittel 5,6 Jahren traten bei den Patienten mit einer GAD im Durchschnitt pro Jahr bei 9,6% der Stichprobe Herz-Kreislauf-Ereignisse auf, in der Kohorte ohne Angsterkrankung nur bei 6,6% (p = 0,03). Werden aus der Gesamtheit der untersuchten Patienten diejenigen mit einer zusätzlichen Depression ausgeschlossen, ergibt sich ein

Kasten 1: Kriterien für eine depressive Episode (nach ICD-10: F32.0–2)

Kernsymptome

- gedrückte oder traurige Stimmung, in manchen Fällen auch vermehrte Reizbarkeit
- Interessenverlust oder Freudlosigkeit
- Verminderung von Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Weitere Symptome

- Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
- Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle
- vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
- psychomotorische Hemmung oder Unruhe
- Schlafstörungen
- verminderter oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung
- Suizidgedanken oder -handlungen

Obligate Kriterien

- durchgängig gedrückte Stimmung, die sich von Tag zu Tag wenig ändert
- mindestens 2 Wochen andauernd

F32.0 Kriterien für eine leichte depressive Episode sind erfüllt, wenn mindestens 2 Kernsymptome und 2 weitere Symptome vorhanden sind. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

F32.1 Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode sind erfüllt, wenn mindestens 2 Kernsymptome und 4 oder mehr weitere Symptome vorhanden sind und der betroffene Patient große Schwierigkeiten hat, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

F32.2 Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sind erfüllt, wenn die 3 genannten Kernsymptome und mindestens 5 zusätzliche Symptome vorhanden sind. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

entsprechendes Bild: Bei 9,2% der Patienten mit GAD kam es zu kardiovaskulären Ereignissen, bei der Gruppe ohne Depression und/oder Angst nur bei 6,9%.

Herzoperationen

Auch bei Patienten mit Herzoperationen hängt eine erhöhte psychische Komorbidität mit einem ungünstigeren Verlauf zusammen. Mit dem Genesungsverlauf von Patienten, bei denen nach der Bypassoperation eine Depression diagnostiziert wurde, befassen sich 2 Publikationen: Connerney et al. [4] konnten an 207 Männern und 102 Frauen, die sich einer Bypassoperation unterziehen mussten und von denen 63 (20%) zusätzlich an einer Depression litten (diagnostiziert nach standardisiertem In-

terview und BDI-Fragebogen), zeigen, dass kardiale Ereignisse in den 12 Monaten nach der Operation in der Gruppe der Depressiven signifikant häufiger auftreten (27 vs. 10%). Blumenthal et al. [3] untersuchten 817 bypassoperierte Patienten über einen Zeitraum von im Mittel 5,2 Jahren. Auch in dieser Studie zeigte sich ein entsprechendes Ergebnis: Eine Depression erwies sich als bedeutsamer unabhängiger Risikofaktor sogar für eine erhöhte Sterblichkeit nach der Bypassoperation.

Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz ist inzwischen eine „Volkskrankheit“, an der in Deutschland etwa 2–3 Mio. Menschen erkrankt sind. 2006 wurden 317 000 Patienten wegen ih-

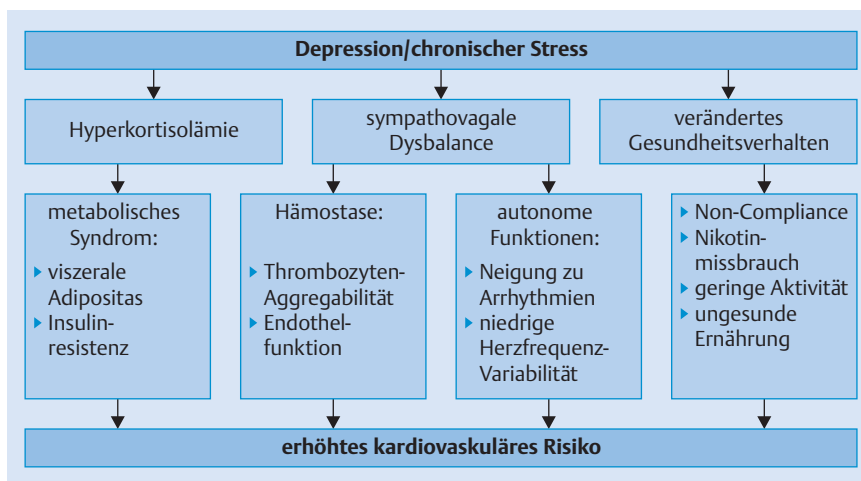


Abb. 1 Pathophysiologisches Modell zum Zusammenhang zwischen Stress, Depression und kardiovaskulären Erkrankungen. Aus [6].

rer Herzinsuffizienz stationär aufgenommen. Herzinsuffizienz war damit erstmals die häufigste Hauptdiagnose für krankheitsbedingte stationäre Krankenhausaufenthalte. Allein im Jahr 2006 betrug die Krankheitskosten 2,9 Milliarden Euro [22].

In den ersten 5 Lebensjahrzehnten leidet weniger als 1% der Bevölkerung an einer Herzinsuffizienz; am häufigsten tritt sie bei über 75-Jährigen auf. Die Herzinsuffizienz ist somit eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Männer sind häufiger betroffen als gleichaltrige Frauen. Herzinsuffizienz ist inzwischen eine der häufigsten internistischen Folgeerkrankungen.

Zeichen einer Depression wie Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit oder Schlafstörungen können auch Symptome der kardialen Erkrankung sein; eine Differenzialdiagnose kann daher schwierig sein. Die Prävalenz depressiver Störungen liegt bei ambulant behandelten Patienten bei bis zu 25%, bei stationär behandelten Patienten steigt die Rate auf bis zu 70% [17]. Es gibt einen direkt proportionalen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Herzinsuffizienz und der Schwere der Depressivität. Die Gruppe der herzinsuffizienten Patienten mit einer Depression verursacht etwa $\frac{1}{3}$ höhere Kosten im Gesundheitssystem als Herzinsuffiziente ohne Depression. Unabhängig von der Krankheitsschwere haben depressive Patienten mit Herzinsuffizienz ein 8-fach

höheres Mortalitätsrisiko 30 Monate nach der Diagnosestellung (im Überblick [17]).

Patienten mit Defibrillator

15% aller Todesfälle liegt in den Industrienationen ein plötzlicher Herztod zugrunde. Mehrheitlich ist eine KHK die Grunderkrankung [17]. Nachgewiesen ist, dass Arrhythmien häufig während erhöhter psychischer Belastung auftreten. In der Zeit vor Implantation eines Defibrillators (ICD) leiden etwa 40% der betroffenen Patienten an andauernden Zuständen von Todesangst [17]. Auch wenn nach der ICD-Implantation entsprechend einer Reihe von Untersuchungen die Lebensqualität signifikant ansteigt, sind die Beeinträchtigungen im Verlauf der Erkrankung bedeutsam [8, 17]: Angstzustände werden bei 13–38% der Patienten mit Defibrillator beobachtet, Erschöpfung und Depression bei 24–33%. Es gibt Hinweise darauf, dass ein nicht unerheblicher Anteil der betroffenen Patienten sogar an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden könnte (z.B. nach Reanimation und/oder mehrmaligen Elektroschockauslösungen). Die Datenlage ist hierzu allerdings noch nicht ausreichend.

Depression und Angst sind bei dieser Patientengruppe auch mit einer Dysfunktion der Herzratenvariabilität verknüpft. Diese Modifikation des autonomen Nervensystems könnte auch ein Erklärungsmodell für die ungünstigere Prognose dieser Subgruppe sein [19].

Pathophysiologische Überlegungen

Bisher weiß man relativ wenig 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 Myokards ist seit Jahren bekannt. Es gibt auch Hinweise darauf, dass sich die Thrombozytenfunktion in Abhängigkeit von verschiedenen Stimmungszuständen verändert. Deuschle et al. haben dies in **Abb. 1** sehr übersichtlich zusammengefasst [6].

Ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko durch **chronisches Stresserleben** lässt sich nicht direkt auf stressphysiologische Mechanismen zurückführen; die in **Abb. 1** genannten Faktoren modifizieren sich gegenseitig. Nachgewiesen ist, dass „chronischer Stress“ am Arbeitsplatz (hohe Anforderungen, niedriger Entscheidungsspielraum), mehrjährige Schichtarbeit in Verbindung mit Nacharbeit oder exzessive Überstunden risikobelastet sind. Bei Frauen spielen familiäre Konflikte sowie Doppelbelastungen eine besondere Rolle. Fast jeder 2. Herzinfarkt Kranke gab bei einer Befragung an, dass er sein Krankheitsschicksal u.a. auf sein Stresserleben zurückführt [17]. Es gibt so gut wie keinen Lebensbereich, der nicht mit dem Begriff „Stress“ in Verbindung gebracht wird.

Überwiegend wird Stress als negativ, als starke Belastung angesehen. Bei differenzierter Betrachtung des Phänomens lässt sich diese Sichtweise allerdings nicht halten. Der „Vater der Stressforschung“, der ungarisch-kanadische Forscher Hans Selye hat bspw. formuliert: „Stress ist die Würze des Lebens“. Stress ist – nach Selye – die unspezifische Antwort des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird, also aus dem Leben nicht herauszunehmen. Belastungen an sich sind also nicht schlimm, sondern wichtig und hilfreich zum Leben. Problematisch werden Belastungen (Stressoren) allerdings, wenn sie zu häufig und in zu hohem Ausmaß erlebt werden – sie werden häufig mit Stress (im Sinne von Selye) gleichgesetzt.

Therapieverfahren, mit denen psychosozialer Stress bei Patienten mit KHK positiv modifiziert werden konnte, haben in mehreren Metaanalysen überwiegend positive Effekte auf Gesundheitsverhalten, somatisches Risikoprofil und kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität bewiesen [17]. Generell handelte es sich um multimodale und multiprofessionelle Therapieangebote mit Patientenschulungen, Bewegungstherapie, geleiteter Entspannung (insbesondere progressive Muskelentspannung) und psychotherapeutischen Angeboten. Die anteilige Wirksamkeit einzelner Module konnte nicht bewertet werden.

Wenig geforscht und publiziert in Bezug auf Herzerkrankungen wurde bisher zu den Möglichkeiten der sich seit einigen Jahren zunehmend etablierenden „3. Welle“ der Verhaltenstherapie, u.a. der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR). MBSR ist ein von dem Molekularbiologen Jon Kabat-Zinn in den späten 70er-Jahren in den USA entwickeltes Programm zur Stressbewältigung durch gezielte Lenkung von Aufmerksamkeit und durch Entwicklung, Einübung und Stabilisierung erweiterter Achtsamkeit [14].

Das Programm enthält üblicherweise folgende Übungselemente:

- die Einübung achtsamer Körperwahrnehmung (Body-Scan)
- das sanfte und achtsame Ausführen einer Anzahl von Yogastellungen
- das Kennenlernen und Einüben des „Stillen Sitzens“ (Sitzmeditation)
- das achtsame Ausführen langsamer Bewegungen etwa in der Form der traditionellen Gehmeditation
- eine 3-minütige Achtsamkeitsübung (Breathing-Space)
- das Üben, Achtsamkeit auch bei alltäglichen Verrichtungen aufrechtzuerhalten

Das MBSR-Training wirkt unspezifisch auf den psychosomatischen Gesamtgesundheitszustand. In klinischen Studien konnten positive Wirkungen der MBSR-Kurse bei der Behandlung von chronischen Schmerzzuständen, häufigen Infektionskrankheiten, Ängsten oder Panikattacken, Depressionen, Hauterkrankungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Migräne,

Magenproblemen und dem Burn-out-Syndrom nachgewiesen werden. Positive Wirkungen bei psychokardiologischen Interventionen sind anzunehmen.

Typ-D-Persönlichkeit

Die Vorstellung, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale mit bestimmten Krankheitsbildern zusammenhängen könnten, ist nicht neu. Zwei amerikanische Wissenschaftler beschrieben z.B. bereits 1959 die Charakteristika der „Typ-A-Persönlichkeit“, die für das Auftreten von Herzinfarkten relevant sein sollten (im Gegensatz zu der sog. Typ-B-Persönlichkeit). Studien der Folgejahre konnten diese Befunde dann allerdings nicht stützen.

Etwa 35 Jahre später wurde von dem Holländer Johan Denollet das Konstrukt der Typ-D-Persönlichkeit als Risikofaktor für Herzpatienten eingeführt. Es gab Hinweise darauf, dass eine hohe negative Affektivität (nach Fragebogen-Selbstangabe) in Verbindung mit einer sozialen Gemehmtheit zu einer höheren Sterblichkeit führte [5]. Negative Affektivität (NA) wird von Denollet als dispositionelles Merkmal definiert und kennzeichnet Personen mit hoher emotionaler Labilität, die häufig negative Gefühlszustände erleben, gereizt oder missmutig sind. Soziale Inhibition (SI) ist auf der Verhaltensebene gekennzeichnet durch Unterdrückung des Gefühlsausdrucks in sozialen Situationen (Vermeidung von Zurückweisung und Bewertung durch andere).

Die Kombination von SI und NA wurde von Denollet als „distressed personality“ beschrieben, er führte dazu das Kürzel „Typ D“ ein. Zur Testdiagnostik wurde im Jahr 2000 der Fragebogen DS14 eingeführt. Die Skala besteht aus 2 Dimensionen, die mit je 7 Items negative Affektivität und soziale Inhibition messen sollen.

In aktuellen Studien [9, 11] zeichnet sich allerdings ab, dass die Typ-D-Persönlichkeit kein spezifisches Merkmal von Patienten mit Herzkrankheiten ist. Die höchsten Prävalenzraten finden sich in Stichproben mit psychosomatischen Patienten (62% [9]), während der Anteil der in der gleichen Studie untersuchten Patienten der kardiologischen Rehabilitation aus der Klinik Möhnesee (n = 285) bei 25% lag. Im Langzeit-Follow-up der bisher um-

fangreichsten Studie aus Deutschland [11] zeigten sich auch keine Unterschiede im Verlauf von Typ D und non-Typ-D.

Solange die Befunde zu bestimmten kardial anfälligen Persönlichkeitstypen so wenig konsistent sind, ist deren Berücksichtigung in der Praxis nicht zu empfehlen.

Der besondere Fall: Syndrom des gebrochenen Herzens (Tako-Tsubo-Kardiomyopathie)

Für diese seltene schwerwiegende Funktionsstörung des Herzens gibt es eine Vielzahl von Bezeichnungen, die sich alle in der Literatur wiederfinden: Stress-Kardiomyopathie, Tako-Tsubo-Syndrom, Syndrom des gebrochenen Herzens. Alle beschreiben ein akut einsetzendes Krankheitsbild, das erst seit Anfang der 90er-Jahre bekannt ist. Es sind etwa 200 Patienten mit dieser Erkrankung in Europa und Nordamerika beschrieben worden. Das Wissen über diese Erkrankung stützt sich auf Einzelfallbeschreibungen und auf wenige wissenschaftliche Daten [16, 25].

Die Symptome des Broken-Heart gleichen denen eines akuten Herzinfarkts. Die Prävalenz dieses „Syndroms“ wird bei akutem Koronarsyndrom mit 0,6–2,5% angegeben [26]. Plötzlich treten heftige Brustschmerzen und Luftnot auf. In diesem Stadium ist eine Unterscheidung zum Herzinfarkt ohne Herzkatheteruntersuchung nicht möglich. Das EKG zeigt fast immer die gleichen Veränderungen wie bei einem Herzinfarkt, im Serum lassen sich die Herzenzyme Troponin und Kreatinkinase (CK) ebenfalls nachweisen (oft allerdings nicht ganz so hoch wie beim Infarkt).

Hinweisgebend auf ein Tako-Tsubo ist fast immer die Echokardiografie des Herzens. Hier zeigt sich eine typische Bewegungsstörung an der Spitze der linken Herzkammer, das sog. „apical ballooning“: Die Herzspitze ist eindrucksvoll unbeweglich (Abb. 2). Von diesem Bild her ist auch der Name Tako-Tsubo abgeleitet: In Japan werden Tintenfische mit einer speziellen Tintenfischfalle gefangen, diese Falle hat die Form einer griechischen Amphore. Diese Falle wird in Japan Tako-Tsubo genannt.

Eine Bestätigung für diese besondere Form der Herzerkrankung ist dann die

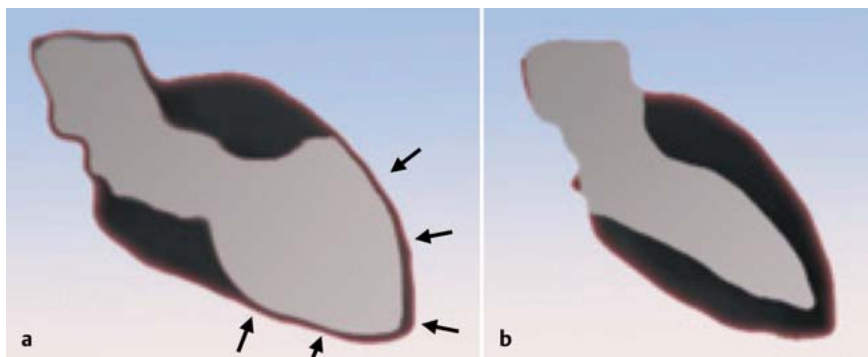


Abb. 2a und b a Linke Herzkammer mit ballonierter Herzspitze (Tako-Tsubo), b Linke Herzkammer bei normalem Herzmuskel. © J. Heuser/WikiCommons

Kasten 2: Screeninginstrumente

PHQ-D

Der PHQ-D ist die autorisierte Version des PRIME MD Patient Health Questionnaire, die in der Klinik Mönchsee in ihrer Kurzform zum Einsatz kommt. Es handelt sich um einen 15 Fragen umfassenden Selbstreport-Screeningtest, der auf den diagnostischen Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)“ der American Psychiatric Association basiert.

- 9 Fragen screenen nach einem depressiven Syndrom (PHQ-9). Ein Score von ≥ 9 spricht für ein depressives Syndrom. Maximal ist ein Score von 27 zu erreichen.
- 5 Fragen screenen nach einem Paniksyndrom. Eine positive Beantwortung aller Fragen im Angstteil spricht für ein Paniksyndrom.

GAD-7

Der GAD-7 ist ein 7 Fragen umfassendes Selbstreportinstrument, das nach generalisierter Angststörung (General Anxiety Disorder) screenet. Inhaltlich basiert der Test wie auch der PHQ-D u. a. auf den Symptomkriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)“ der American Psychiatric Association. Ein Score von ≥ 10 spricht für das Vorliegen einer Angsterkrankung. Maximal ist ein Score von 21 zu erreichen.

Herzkatheteruntersuchung: Im Gegensatz zum Herzinfarkt ist eine Stenosierung der Herzkranzgefäße nicht nachzuweisen. Bei der Kontrastmitteldarstellung der linken Herzkammer zeigt sich die auch im Ultraschallbild dargestellte Form der Amphore. Die Veränderungen am Herzmuskel bilden sich i. d. R. innerhalb einiger Wochen vollständig zurück, auch das EKG normalisiert sich fast immer. Nach überstandener Akutphase ist das Risiko für ein erneutes Auftreten sehr niedrig.

Entstehung und Entwicklung der Erkrankung sind nicht vollständig geklärt. Bei den untersuchten Patienten mit einer Stress-Kardiomyopathie sind deutlich erhöhte Blutspiegel der körpereigenen Stresshormone festgestellt worden (darum

auch Stress-Kardiomyopathie). Adrenalin, Noradrenalin, Metanephrin, Normetanephrin und Vanillinmandelsäure sind in höherer Konzentration gefunden worden als bei schweren Herzinfarkten. Es wird vermutet, dass die stark erhöhten Konzentrationen dieser Stresshormone zu einem Spasmus der Herzkranzgefäße führen.

Ursache des erhöhten Stresshormonspiegels könnte nach bisherigen Erkenntnissen eine Überaktivität des autonomen Nervensystems sein, das durch eine plötzliche Stresssituation (Syndrom des gebrochenen Herzens) zu viele Stresshormone produziert. Fast allen Patienten ist nämlich gemeinsam, dass die Symptome kurz nach einem emotional belastenden Ereignis wie bspw. dem Tod einer nahestehen-

den Person, der Trennung vom Partner, einem Unfall, einem Überfall, einer Naturkatastrophe, einer schweren Erkrankung oder auch nach einem ungewöhnlich positiven Ereignis (z. B. großer Lottogewinn) einsetzen. Fast alle betroffenen Patienten waren Frauen zwischen 62 und 75 Jahren. Warum gerade die Herzspitze bei Frauen in der Menopause so katecholaminsensibel ist, ist vollkommen ungeklärt.

Empfehlungen

Systematische Identifikation von psychischen Belastungen

Komorbide psychische Störungen bei Patienten mit Herzkrankheiten haben aufgrund ihrer ungünstigen Prognose eine hohe Behandlungsrelevanz. Nach einem kardialen Ereignis ist die systematische Identifikation von zusätzlich psychisch belasteten Patienten durch Screening sowie ggf. eine weitergehende fachspezifische Diagnostik notwendig. Empfehlenswert für die Routineanwendung in einer hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis ist die Verwendung eines standardisierten testpsychologischen Fragebogens (z. B. PHQ-D für Depression und Panik, GAD-7 für Angst, **Kasten 2**), die von Patienten innerhalb weniger Minuten ausgefüllt und auch von nicht ärztlichen Mitarbeitern rasch ausgewertet werden können.

Interdisziplinäre psychokardiologische Versorgung

Psychotherapeutische Behandlungen nach kardialen Ereignissen zeigen überwiegend positive Effekte [18,23]. Eine multimodale psychokardiologische Zusatzversorgung wird empfohlen [6,11,17], jedoch ist unklar, wie diese im klinischen Alltag umgesetzt werden kann. Neben einem psychosomatischen Konsiliardienst in Akutkrankenhäusern und ambulanter Psychotherapie bieten sich die Möglichkeiten einer kombinierten psychokardiologischen Rehabilitation an. In Kooperation mit dem Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg überprüfen wir in der Klinik Mönchsee, die sowohl eine kardiologische als auch eine psychosomatische Abteilung unter einem Dach vereint, die Effektivität einer ergänzenden interdisziplinären psycho-

kardiologischen Versorgung für psychisch belastete Patienten in der stationären kardiologischen Rehabilitation.

Das **psychokardiologische Behandlungskonzept** setzt sich aus bedarfsabhängiger Einzelpsychotherapie (überwiegend Verhaltenstherapie) und psychopharmakologischer Versorgung, psychokardiologischen Gruppen (🔵 **Kasten 3**) sowie Informationsvorträgen zur psychischen Belastung bei Herzpatienten zusammen, die in Kooperation der kardiologischen und psychosomatischen Abteilungen der Klinik angeboten werden.

Es liegen bisher nur Zwischenergebnisse vor [24]. Die Evaluation erfolgt in einem unizentrischen Kontrollgruppendesign mit Zeitstichproben zu 3 Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn und -ende sowie 6-Monats-Katamnese). Probanden mit kardiologischer Hauptindikation (AHB, medizinisches Heilverfahren) nehmen zu Reha-Beginn an einem Screening teil und werden bei erhöhter psychischer Belastung (PHQ-9 \geq 9, Panik 5/5, GAD-7 \geq 10) in die Studie eingeschlossen und der Interventions- oder Kontrollgruppe (IG, KG) zugewiesen. Die standardisierte kardiologische Rehabilitation stellt die Kontrollbedingung dar, das ergänzende psychokardiologische Behandlungskonzept der Klinik die Interventionsbedingung. Primäres Zielkriterium ist die psychische Belastung (Depression, Panik, Angst), sekundäre Zielkriterien sind Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung während der Rehabilitation.

Im Längsschnitt zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Patienten in KG und IG zu Reha-Ende in den primären Zielkriterien mit mittleren bis großen Effekten (Gesamtstichprobe: Depression $d = 1,17$, Panik $d = 0,57$, Angst $d = 0,82$; Einteilung nach Cohen: $d = 0,2$: kleiner Effekt, $d = 0,5$: mittlerer Effekt, $d = 0,8$: großer Effekt). Auch die Lebensqualität wird deutlich positiver beurteilt als zu Reha-Beginn ($d = 1,20$).

Es bestehen zu Reha-Ende allerdings keine Intergruppenunterschiede bez. der primären Zielkriterien; d.h. KG und IG unterscheiden sich nicht in der Verringerung von Depression, Angst und Panik. Auch für die Lebensqualität zeigen sich zu Reha-Ende keine Unterschiede zwischen KG und IG. Patienten der IG bewerten jedoch

Kasten 3: Psycho-kardiologische Therapiegruppe

Die verhaltenstherapeutisch orientierte psycho-kardiologische Therapiegruppe für depressive und ängstliche kardiologische Patienten hat folgende Inhalte:

Zeitstruktur

1-mal pro Woche 60 Minuten

Gruppenform

halboffene Kleingruppe

Indikation

Patienten, bei denen psychische Störungen in Zusammenhang mit einer Herzerkrankung eine bedeutsame Rolle spielen; entweder als (vorbestehende) Risikofaktoren oder als reaktive Störungen oder als Störungen, die durch eine Herzerkrankung ausgelöst worden sind. Des Weiteren Patienten, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung brauchen.

Ziele der Gruppe

- Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten
- Verbesserung des Wissens über psychische Krankheitsfaktoren
- Reduktion von psychischen Krankheitssymptomen
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung

den Rehabilitationsaufenthalt in Bezug auf die Bewältigung psychischer Probleme als erfolgreicher ($p = 0,005$; $d = 0,37$).

Dies entspricht den Ergebnissen einer vergleichbaren Interventionsstudie in der kardiologischen Rehabilitation [11]. Effekte von psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung sind verstärkt langfristig, also erst nach Ende des Rehabilitationsaufenthalts, zu erwarten. Denn erst im Alltag können Verhaltens- und Einstellungsänderungen erprobt werden und auch die Wirkung der meisten Psychopharmaka zeigt sich erst nach einigen Wochen. Die höhere Behandlungszufriedenheit der Patienten der IG kann als Zeichen für deren Wertschätzung des Eingehens auf psychische Beschwerden verstanden werden. Die abschließende Bewertung der psychokardiologischen Versorgung kann somit erst auf Grundlage der Ergebnisse der Katamnese erfolgen.

Medikamentöse antidepressive Therapie

Insgesamt kann gesagt werden, dass die psychische Komorbidität von Herzerkrankungen gut belegt ist. Zur Beantwortung

der Frage nach den geeigneten Behandlungsformen, ob medikamentöse oder nicht medikamentöse Therapie günstiger ist, gibt es noch unzureichende Befunde. Grundsätzlich besteht eine wissenschaftlich gesicherte Indikation zur medikamentösen antidepressiven Therapie einer Postinfarktdepression nur bei einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode nach ICD-10-Kriterien [17]. Die Empfehlung für eine antidepressive medikamentöse Behandlung bei Patienten mit Herzinsuffizienz mit entsprechender psychischer Beeinträchtigung hat z. B. nur den Evidenzgrad IIb (Nutzen einer Maßnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt). Substanzen aus der Gruppe der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden als Medikamente der 1. Wahl angesehen (🔵 **Tab. 1**, [17]). Bei komorbiden Angsterkrankungen sind Hinweise auf günstige Wirkungen einer Kombination von Psychotherapie mit anxiolytischen Therapiestrategien publiziert [17]. Wir haben in unserer Klinik gute Erfahrungen mit der engen Abstimmung der jeweils individuell notwendigen Therapie mit den Ärzten der psychosomati-

Tab. 1 Auswahl möglicher Antidepressiva [17].

Substanz	Halbwertszeit	Tagesdosis	Profil	relevante UAWs
Citalopram (Cipramil® u. a.)	33 h	initial: 20 mg Dauer: 20 (40) mg	nicht sedierend	Gruppe der SSRI: Häufig: besonders in der Anfangsphase Appetitlosigkeit, Übelkeit, gelegentlich Erbrechen, Diarrhö.
Fluoxetin (Fluctin® u. a.)	1–7 (15) Tage	initial 20 mg Dauer: 20 (60) mg	nicht sedierend	Vor allem unter höheren Dosierungen und unter Therapiebeginn: innere Unruhe und Agitiertheit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Tremor, Schwindel, Zwangsgähnen.
Paroxetin (Tagonis® u. a.)	16 h	initial: 20 mg Dauer: 20 (40) mg	nicht sedierend	Gelegentlich: sexuelle Funktionsstörungen.
Sertralin (Zoloft® u. a.)	26 h	initial: 50 mg Dauer: 50 (200) mg	nicht sedierend	

UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, SSRI: selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer

schen Abteilung gemacht. Die Verordnung von Antidepressiva und Anxiolytika erfolgt insgesamt restriktiv.

Fazit

Der verbesserten Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Störungen kommt eine besonders dringliche Bedeutung zu. Vernetzte Strukturen und indikationsübergreifende diagnostische und therapeutische Angebote sind zukunftsweisend und erfüllen die Forderung des Übersichtsartikels von Deuschle et al. [6] 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.“

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Verbindungen bestehen.

Online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1270884>

Zitierte Literatur

[1] Agelink MW, Maumann B, Sanner D, Kavuki I, Mueck-Weymann M. Komorbidität zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Depressionen. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 697–700

[2] Barefoot J, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation 1996; 93: 1976–1980

[3] Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet 2003; 362: 604–609

[4] Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin J, Bagiella E, Sloan R. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. Lancet 2001; 385: 1766–1771

[5] Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. Psychosom Med 1995; 57: 582–591

[6] Deuschle M, Lederbogen F, Borggrefe M, Ladwig K-H. Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko depressiver Patienten. Dtsch Ärztebl 2002; 99: A3332–A3338

[7] Francis JL, Weinstein AA, Krantz D et al. Association between symptoms of depression and anxiety with heart rate variability in patients with implantable cardioverter defibrillators. Psychosom Med 2009; 71: 821–827

[8] Frasure-Smith N, Lesperance MD, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. JAMA 1993; 270: 1819–1825

[9] Grande G, Jordan J, Kümmel M et al. Evaluation der deutschen Typ D-Skala (DS14) und Prävalenz der Typ D-Persönlichkeit bei kardiologischen und psychosomatischen Patienten sowie Gesunden. Psychother Psychosom Med Psychol 2004; 54: 413–422

[10] Grande G, Romppel M, Schubmann R, Patzer JM, Glaesmer PH, Herrmann-Lingen C. Typ D-personality and all-cause mortality in cardiac patients – data from a german cohort study. Psychosom Med 2011; im Druck

[11] Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2008

[12] Herrmann-Lingen C. Angst und Depressivität bei Herzpatienten – wie erkennen, wie behandeln? Herz 2001; 26: 326–334

[13] Heßlinger B, Härter M, Barth J et al. Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Nervenarzt 2002; 73: 205–218

[14] Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta Trade Paperbacks; 1991

[15] Köllner V, Berg G, Kindermann I. Angststörungen und funktionelle somatische Syndrome in der Kardiologie. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2513–2524

[16] Kotzerke M, Keim M, Haller C. „Apical ballooning“ des linken Ventrikels. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 2348–2351

[17] Ladwig KH, Lederbogen F, Völler H et al. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Kardiologie 2008; 2: 274–287

[18] Linden W, Phillips M, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. Eur Heart J 2007; 28: 2972–2984

[19] Luukinen H, Laippala P, Hukuri HC. Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly. Eur Heart J 2003; 24: 2021–2026

[20] Martens EJ, de Jonge P, Na B, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to Death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. The heart and soul study. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 750–758

[21] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498–1504

[22] Neumann T, Biermann J, Wasem J, Ertl G, Dietz R, Erbel R. Herzinsuffizienz: Häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte – Medizinische und ökonomische Aspekte. Dtsch Arztebl Int 2009; 106: 269–275

[23] Schubmann R. Verlaufsstudie psychologischer Effekte in der stationären Rehabilitation. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 107–108

[24] Seekatz B, Brüser J, Vogel H, Müller-Holtthausen T, Schubmann R. Kurzfristige Effektivität des interdisziplinären psychokardiologischen Behandlungskonzeptes für kar-

Sonderdruck für private Zwecke des Autors

Sonderdruck für private Zwecke des Autors

diologische Rehabilitanden mit erhöhter psychischer Belastung. Berlin: DRV Schriften; 2011 (im Druck)

- [25] **Sinning C, Keller T, Abegunewardene N, Kreitner KF, Münzel M, Blankenberg S.** Tako-Tsubo syndrome: dying of a broken heart? Clin Res Cardiol 2010; 99: 771–780
- [26] **Statistisches Bundesamt.** Herz-Kreislaufkrankungen nach wie vor häufigste Todesursache. Pressemitteilung Nr. 371 vom 18. 10. 2010. Im Internet: [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/10/PD10__371__232,templateId=renderPrint.psmI](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/10/PD10__371__232,templateId=renderPrint.psmI; Stand: 14. 12. 2010); Stand: 14. 12. 2010

Weiterführende Literatur

Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2008

Ladwig KH, Lederbogen F, Völler H et al. Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Kardiologie 2008; 2: 274–287. Im Internet: http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2008-06_psychosoziale-faktoren.pdf; Stand: 10. 02. 2011



Dr. med. Rainer Schubmann

Dr. Becker Klinik Möhnesees mit Zentrum Psycho-Kardiologie Schnappweg 2, 59519 Möhnesees
rschubmann@dbkg.de
www.psychokardio.de

Approbation 1984 in Hamburg. Seit 1998 Chefarzt der kardiologischen Abteilung an der Dr. Becker Klinik Möhnesees, einer Klinik für kardiologische und psychosomatische Rehabilitation. Zusatzbezeichnungen Psychotherapie, Rehabilitationswesen und Sportmedizin, Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR. In Kooperation mit der psychosomatischen Abteilung wurde 2007 das Zentrum Psycho-Kardiologie der Klinik gegründet. Seit 2003 Lehrbeauftragter für den Bereich Rehabilitation an der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen. Verfasser vielfältiger rehabilitationswissenschaftlicher Publikationen.



Dipl.-Psych. Bettina Seekatz

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, AB Rehabilitationswissenschaften
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
b.seekatz@uni-wuerzburg.de

Bettina Seekatz ist seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg im Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften. Sie arbeitet in verschiedenen Projekten zu den Themen Psychokardiologie und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation.

Anzeige