

Herz und Seele in Not

Ulrike Rudolph und Ulrich Laufs*, Leipzig



© Panther Media GmbH/Alamy Stock foto

Die wechselseitigen Zusammenhänge von Herz und Psyche bei Entstehung, Krankheitsverlauf und Prognose von kardiovaskulären Erkrankungen werden seit ca. zwei Jahrzehnten zunehmend erforscht. Die Psychokardiologie als Schnittstelle zwischen kardiovaskulären und psychosomatischen Erkrankungen beschäftigt sich mit diesen Wechselbeziehungen und leitet daraus entsprechende Handlungsempfehlungen ab. Neben den klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren, wie Rauchen, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas und Bewegungsmangel, sollten anamnestisch psychosoziale Risikofaktoren bei kardiologischen Patienten erfragt und berücksichtigt werden, um die kardiale Prognose zu verbessern.

Zu psychosozialen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören u. a. der sozioökonomische Status, Stress im Beruf und Familienleben und überdauernde negative Affektivität wie Angst, Depressivität oder Ärger (Tabelle 1) [1–3]. Ungünstige psychosoziale Faktoren erhöhen das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung um ca. das 1,5fache. Dies ist vergleichbar mit der durch erhöhte LDL-Cholesterinwerte oder Bewegungsmangel einhergehenden Risikosteigerung [4].

Fallbericht

Ein 52-jähriger Automechaniker (BMI 28 kg/m², Raucher mit 30 py) ohne bekannte Vorerkrankungen wird am Arbeitsplatz reanimationspflichtig. Nach erfolgreicher Reanimation bei Kammerflimmern wird durch den Notarzt ein Vorderwandinfarkt festgestellt. Im Krankenhaus wird in der Herzkatheteruntersuchung das verschlossene Vorderwandgefäß (Ramus interventricularis anterior) wiedereröffnet und ein Stent implantiert. Die linksventrikuläre Pumpfunktion ist mit 40 % mittelgradig reduziert. Zudem fallen eine arterielle Hypertonie und eine Hyperlipidämie auf. Neurologisch sind keine akuten Folgeschäden

*Prof. Dr. med. Ulrich Laufs

ersichtlich. Er ist wach und kooperativ. Der Patient wird in eine Rehabilitationsklinik entlassen. Nach anfänglich erfolgreicher Rauchentwöhnung äußert er beim ambulanten Kontrolltermin Zweifel am Risikofaktor Rauchen. Er meidet Menschenmengen, ihm sei vieles zu laut. Die Tabletten nimmt er, aber es fällt ihm schwer, manchmal würgt es ihn, ab und zu vergisst er die abendliche Statineinnahme. Vor der beruflichen Wiedereingliederung hat er große Sorge, dass er die Arbeit nicht mehr so schafft wie vorher. Er wirkt sehr angespannt. Auf Nachfrage gibt er an, mehrfach Suizidgedanken gehabt zu haben ...

Nach dem ersten Besuch ihres auf der Intensivstation liegenden Ehemannes ruft die Ehefrau aufgrund bei ihr aufgetretener pectanginöser Beschwerden und Dyspnoe den Notarzt. Im Krankenhaus wird eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie (Stress-Kardiomyopathie) diagnostiziert.

Tabelle 1: Psychosoziale Risikofaktoren

Stress im Beruf und Familienleben
Schicht-, Nacht- und exzessive Mehrarbeit
niedriger sozioökonomischer Status
mangelhafte soziale Unterstützung
soziale Inhibition (Unfähigkeit, Emotionen in Beziehungen zu kommunizieren)
Überdauernde negative Affektivität (Depressivität/Angst/Ärger)
Erschöpfung, Burnout, Schlaflosigkeit
Feindseligkeit
andere psychische Erkrankungen

Risikofaktoren berücksichtigen

Unbestritten ist Rauchen mit fast dreifach erhöhtem Risiko für Folgeschäden der wichtigste vermeidbare Risikofaktor. Auch das Vorliegen einer Depression verdoppelt das Risiko für kardiovaskuläre Todesfälle [4]. Die durch mentalen Stress induzierte myokardiale Ischämie ist häufiger als die belastungsinduzierte Ischämie.

Tabelle 2: Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit relevanter psychosozialer Mitbeteiligung

arterielle Hypertonie, hypertensive Herzerkrankung
Angina pectoris, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt
pAVK
Akute und chronische Herzinsuffizienz
Z. n. Aortokoronarer Bypass-Operation
tachykarde Herzrhythmusstörungen (supraventrikulär und ventrikulär)
Z. n. kardiopulmonaler Reanimation
Z. n. Implantation eines Defibrillators (ICD)
Versorgung mit einem Kunstherz-System (LV-AD, BiV-AD)
Herztransplantation

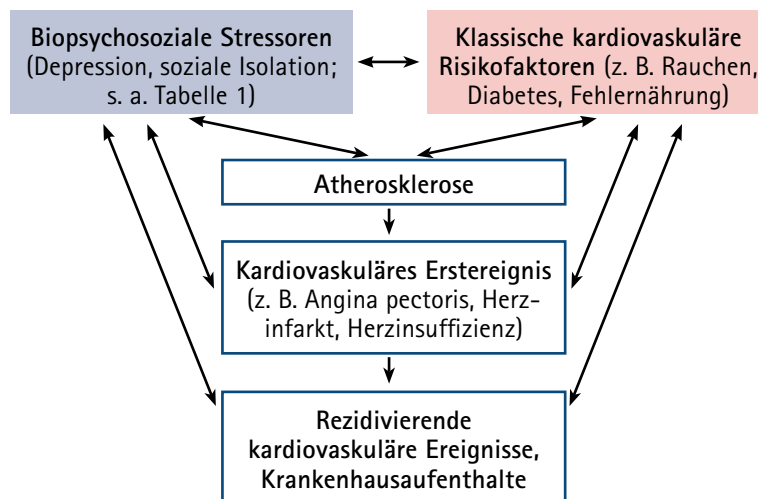


Abbildung 1: modifiziert nach [8].

Die biopsychosozialen Risikofaktoren – also somatische, psychische und soziale Faktoren – tragen auch aufgrund ähnlicher pathophysiologischer Entstehungswege zu allen kardiovaskulären Erkrankungen bei (Abbildung 1, Tabelle 2) und bedingen sich zum Teil gegenseitig. Als psychosoziale Schutzfaktoren gegen Entstehung und ungünstige Verläufe einer koronaren Herzerkrankung gelten gute soziale Unterstützung und das Zusammenleben in Ehe und Familie [5].

Psychosoziale Risikofaktoren wirken auch als Barrieren gegen gesundheitsbewusstes Verhalten. Fehlernährung oder Rauchen haben zum einen direkte physiologische Folgen, wie die Entwicklung eines metabolischen Syndroms und Vasokonstriktion. Zum anderen interagieren sie mit psychophysiologischen Prozessen in der Krankheitsentstehung und -prognose. Wenn beispielsweise der Arzt dem Patienten gegenüber zum Ausdruck bringt, dass er Stress reduzieren müsse und der Patient zum Stressabbau raucht, befinden wir uns in einem *circulus vitiosus*, der für eine günstigere Prognose durchbrochen werden sollte. Angst vor einer Überforderung des Herzens nach einem Herzinfarkt kann in einer Vermeidung von sportlicher Aktivität resultieren. Frustessen dient kurzfristig der Emotionsregulation, ist jedoch für die Reduktion von Übergewicht kontraproduktiv. Sorge vor Medikamentennebenwirkungen kann zu Nonadhärenz gegenüber prognostisch günstigen Arzneimitteln führen.

Akute Stresssituationen, z. B. Angst, Ärger oder Trauer, sind die häufigsten Akutauslöser von Myokardinfarkten und tragen zu einer schlechteren Prognose bei [6, 7].

Stellt sich ein Patient mit kardiovaskulären Symptomen (Angina pectoris, Belastungsdyspnoe, Unterschenkelödeme, Herzrhythmusstörungen, Synkopen) und/oder Risikofaktoren beim Arzt vor, sollte zunächst eine kardiologische/somatische Abklärung einschließlich der Erhebung der biopsychosozialen Risikofaktoren erfolgen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Kardiologische Abklärung bei Herzbeschwerden

EKG, Blutdruckmessung, Auskultation
Herzultraschall
Labor (kleines Blutbild, Diabetesscreening, glomeruläre Filtrationsrate, TSH, Trop T)
Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck, Spiroergometrie
(Bildgebender) Ischämienachweis
Koronarangiographie

Angehörige einbeziehen

Insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, Myokardinfarkt und bei koronarer Herzerkrankung sind psychische Belastungen häufig. Je vital bedrohlicher die Herzerkrankung erlebt wird, desto mehr leidet die Psyche. Bei ca. 30 % der Patienten mit Herzinsuffizienz, 40 % nach aortokoronarer Bypass-Operation, 70–80 % vor Transplantation, 30 % nach Transplantation und 90 % mit Kunstherzsystemen finden sich relevante psychische Beeinträchtigungen.

Psychische Belastungen finden sich nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei Ihren Angehörigen. Auf die Diagnose und Therapie der Herzerkrankung können akute Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen folgen. Unbehandelte Anpassungsstörungen können chronifizieren und in Depression oder Angststörungen übergehen. Zudem müssen posttraumatische Belastungsstörungen und Phobien, die im Gegensatz zu den diffusen Angststörungen an auslösende Reize/Situationen gebunden sind, berücksichtigt werden.

Psychische Symptome detektieren und behandeln

Eine komorbide Depression ist häufig, belastend und gefährlich. Sie ist gekennzeichnet von körperlichen Beschwerden und verändertem Verhalten. Somatische Symptome der Depression sind Vitalitäts- und Energieverlust, Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörungen, kognitive Leistungseinbußen, Schlafstörungen, Reizbarkeit, innere Leere. Die Umgebung bemerkt evtl. den sozialen Rückzug und Verlust kommunikativer Fähigkeiten. Selbstschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen oder ungesunde Ernährung treten gehäuft auf. Mangelnde Compliance führt zum Absetzen von kardial prognostisch relevanten Medikamenten. Im Arbeits-

PSYCHOKARDIOLOGIE

leben kann es manchmal fast konträr wirken: Weil der Patient/die Patientin depressionsbedingt das Gefühl hat, für die Arbeit nicht mehr gut genug zu sein und ein gesteigertes Misserfolgerleben hat, kompensiert er/sie dieses durch Mehrarbeit, was wiederum weniger Zeit zur Erholung zur Folge hat und in weiterer Überlastung mündet.

Eine Depression sollte mittels kurzer, gezielter Befragung geklärt werden. Zwei einfache Fragen helfen zum Erkennen depressiver Störungen:

1. Haben Sie im letzten Monat oft unter Gefühlen von Niedergeschlagenheit, Depressionen oder Hoffnungslosigkeit gelitten?
2. Haben Sie im letzten Monat oft unter geringem Interesse oder Freudlosigkeit gelitten?

Beantwortet der Patient beide Fragen mit „nein“, ist das Vorliegen einer Depression unwahrscheinlich. Lautet eine Antwort „ja“, liegt in der Hälfte der Fälle eine Depression vor. Eine erweiterte Befragung sollte sich anschließen. Werden die psychischen Symptome einer Depression, wie Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und Schuldgefühle nicht erfragt, kann die Depression beispielsweise als zugrundeliegendes Problem für die eingeschränkte Belastbarkeit eines herzinsuffizienten Patienten übersehen werden. Zum Screening auf das Vorliegen einer Depression kommt in unserer Klinik zudem regelhaft der PHQ-9-Fragebogen (validierter Selbstauskunftfragebogen für Patienten, Abbildung 2) zum Einsatz.

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung könnten als Ausdruck einer normalen Reaktion eines normalen Menschen auf ein schrecklich unnormales, existenziell erschütterndes, extrem belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis verstanden werden. Eine Reanimation, der Aufenthalt auf einer Intensivtherapiestation und selbst eine Herzkatheteruntersuchung können posttraumatische Belastungsstörungen nach sich ziehen. Charakteristische Symptome sind Intrusionen

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Punkte	0	1	2	3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gesamtwert=Addition der Spaltensummen _____ + _____ + _____				

Abbildung 2: PHQ-9 Fragebogen
Einschätzung: 9–11 Punkte: Depressive Episode im Zusammenhang mit einer vorliegenden Herzerkrankung, ≥12 Punkte: Major-Depression.

(verstörende Erinnerungen, Alpträume tagsüber/nachts), Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die an die auslösende Situation erinnern, negative Veränderungen in Kognition und Stimmung, Übererregung mit Herzrasen, Bluthochdruck und Schlafstörungen. Die Symptome dauern über einen Monat an und beeinträchtigen das Leben ernsthaft.

Wenn die Diagnose einer psychischen Begleiterkrankung bei Herzerkrankung gestellt wurde, sollte sie auch aus prognostischen Gründen behandelt werden. Dafür ist eine enge Kooperation zwischen Hausarzt, Kardiologe, Psychosomatiker/ Psychotherapeut und Sozialdienst sinnvoll.



Dr. med. Ulrike Rudolph
ulrike.rudolph@medizin.uni-leipzig.de

Kommunikation ist essenziell

Wichtig ist zunächst, Patienten und ihrer Familie sowohl Informationen zur Herzerkrankung zu geben als auch den Zusammenhang zur psychischen Situation zu klären. Missverständnisse sollten ausgeräumt werden. Wenn beispielsweise ein Patient während seiner Behandlung auf der Intensivstation gehört hat, dass eine Erkrankung aussichtslos ist und dies auf sich bezieht, obwohl die Ärzte über die Therapie eines anderen Patienten beratschlagt haben, hilft es, dieses zu verbalisieren und richtigzustellen. Bedeutet die Anzahl der Stents, die implantiert wurden, dass man schwerer krank ist als der Bekannte, der nur einen Stent hatte? Funktioniert bei einer Pumpfunktion von 50 % die Hälfte des Herzens nicht mehr? Dramatisierungen, z. B. „da sind Sie dem Tod von der Schippe gesprungen“, sollten vermieden werden. Gedanken, Gefühle oder Ängste sollten ausgesprochen werden. Manchmal brauchen Patienten oder Angehörige Hilfe, sich an durch die Herz-Kreislauf-Erkrankung bedingten veränderten Rollen in Beruf/Familie zu gewöhnen und diese neu zu definieren. Möglicherweise müs-

sen Lebensinhalte und -ziele neu gesetzt werden (Trauerarbeit). Dem Patienten wird geholfen, aus seiner Lebenserfahrung heraus zu lernen, mit der Erkrankung umzugehen. Dabei hilft die Erinnerung an schwierige Situationen, die er/sie gemeistert hat. Für andere kann die Konzentration auf das Hier und Jetzt wichtig sein, also von Tag zu Tag zu leben. Entspannungs- und Imaginationsübungen sollten dem Patienten vorgestellt/eingeübt werden.

Und schließlich, meist nur überbrückend, kann das psychische Gleichgewicht mit Hilfe von Medikamenten unterstützt werden. Die gebräuchlichsten sind Sertralin, Citalopram oder Mirtazapin. Um Wechselwirkungen mit den kardial notwendigen Medikamenten zu vermeiden, sollte Citalopram mit maximal 10 mg dosiert werden. Bei Mirtazapin reichen oft 15 mg abends. Sertralin kann mit 50 mg morgens oder abends verordnet werden.

Fazit

Psychische, soziale und Verhaltensfaktoren tragen zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei. Die rechtzeitige Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Erkrankungen (insbesondere Depression und Angststörungen) und maladaptiver Verhaltensweisen verbessern die kardiale Prognose. ●

Literatur im Internet www.con-nexi.de/service-download.html oder via QR-Code.



Dr. med. Ulrike Rudolph
Klinik und Poliklinik für Kardiologie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig