



**Georg-August-Universität Göttingen  
Psychosomatik und Psychotherapie**



# **Psychosoziale Aspekte der koronaren Herzkrankheit**

**Modul 3.1 Kardiopulmonale Lehre  
WS 2006/07**

U. Buss

# Übersicht - Lernziele

- **Psychosoziale Faktoren**
- **Fallbeispiel**
- **Psychosoziale Folgen des Herzinfarkts**
- **Depression und KHK**
- **Psychosoziale Interventionen**
- **Integrierte Bio-Psycho-Soziale Versorgung**
- **ZUSAMMENFASSUNG**

# Psychosoziale Aspekte der KHK

- **Psychosoziale Koronar-Risikofaktoren**
  - Psychische und soziale KHK-Risikofaktoren
  - Psychosoziale Prodromi und Auslösefaktoren
  - (*fehlende*) psychosoziale **Schutzfaktoren**
- **Psychosoziale Folgen kardialer Ereignisse**
  - Bedeutung für psychosozialen Verlauf
  - Bedeutung für somatischen Verlauf
- **Behandlungskonsequenzen**

# INTER-HEART: Relevanz koronarer Risikofaktoren für Infarktentscheidung

n= ~ 30000 ; 15152 Fälle + 14820 Kontrollen; in 52 Ländern weltweit  
(Yusuf S et al., Lancet 2004)

Risikofaktor	Anteil der hierdurch mitbedingten Infarkte
<b>ApoB/ApoA-1</b> (höchstes vs. niedrigstes 1/5)	<b>49.2 %</b>
<b>Aktives Rauchen</b>	<b>35.7 %</b>
<b>Psychosoziale Faktoren</b>	<b>32.5 %</b>
<b>Abdominelle Adipositas</b>	<b>20.1 %</b>
<b>Hypertonus</b>	<b>17.9 %</b>
<b>Täglich Obst / Gemüse ↓</b>	<b>13.7 %</b>
<b>Bewegung ↓</b>	<b>12.2 %</b>
<b>Diabetes</b>	<b>9.9 %</b>
<b>Alkoholkonsum</b>	<b>6.7 %</b>
<b>Gesamt</b>	<b>90.4 %</b>

## Was sagt das INTER-HEART- Ergebnis aus ?

- Anteil der weltweit durch **psychosoziale Faktoren** mitbedingten Myokardinfarkte bei 32.5 %

an jedem 3. Infarkt psychosoziale RF beteiligt !!

- vergleichbare Größenordnung wie bei Standard-RF (Hyperlipidämie; Nikotin etc.)
- isolierter Anteil der **Depressivität** dabei ca. 10%

# Psychosoziale Einflüsse auf somatische Standard-Risikofaktoren

*Viele „Standard-Risikofaktoren“ sind durch Verhalten bzw. **psychophys**ysiologische Reaktionen mitbedingt !!*

- *z.B. Rauchen / „ungesundes“ Essverhalten*
  - gegen depressive Stimmung und innere Anspannung
- *Hypertonus*
  - als „Bereitstellungs Krankheit“ bei äußeren Stressbelastungen bzw.
  - als **Affektäquivalent** bei emotionaler Wahrnehmungs- / Ausdruckshemmung und äußerlicher „Hypernormalität“

# Sozioökonomischer Status und KHK

- *historisch: Infarkt = Managerkrankheit*
- *heute:*  
*niedriger Sozialstatus = höhere KHK-Inzidenz und Mortalität (bis zu 3-fach)*  
(Whitehall I und II-Studie, Marmot et al. 1984, 1997)
- mehr „klassische“ Risikofaktoren ??
- mehr Stress / psychische Störungen ?

# Beruflicher Stress und KHK

- **Anforderungs-Kontroll-Modell** (Karasek 1979):
  - hohe Belastungen, z.B. Zeitdruck, bei
  - geringer Entscheidungs- / Entfaltungsmöglichkeit
    - *Befundlage*: widersprüchlich
- **Berufl. Gratifikationskrisen** (Siegrist 1996):
  - hohe berufliche Verausgabung  
bei geringer Gegenleistung (Gehalt, Arbeitsplatzsicherheit)
    - *Befundlage*: überwiegend positiv

# Typ-A-Verhaltensmuster

(Rosenman 1966)

revidiert = kein unabhängiger Risikofaktor bei KHK !!

- Übersteigertes Tatendrang
- Aggressivität
- Ehrgeiz
- Konkurrenzstreben
- Gefühl von Zeitdruck
- Motorische Hyperaktivität

# Chronische **negative Emotionen** als Prädiktoren kardialer Ereignisse

- **Chronischer Ärger**

(Mendes de Leon et al., 1996)

- **Phobische Angst**

(z.B. Haines et al., 1987; Kawachi et al., 1994)

- **Depressivität**

(Rugulies 2002; Wulsin & Singal 2003; Ladwig et al. 2003; Herrmann-Lingen & Buss 2002)

# Partnerschaft und KHK-Genese

(Titscher und Schöppl 2000)



## Partnerschaft (ggfs. Vertrauensperson)

- stabilisiert Selbstwertgefühl
  - „puffert“ kardiovaskuläre Stressreaktivität
  - steigert Behandlungsmotivation / Risikofaktorkontrolle
  - ermöglicht rasche Hilfe im kardialen Notfall
  - reduziert kardiale Ereignisrate und Mortalität
- aber:**
- chronische Partnerschaftskonflikte /  
    Status-Inkongruenz **steigern** KHK-Risiko
  - für Frauen Familien-Stress relevanter als Berufsstress

# Psychosoziale Prodromi bzw. Auslöser kardialer Ereignisse

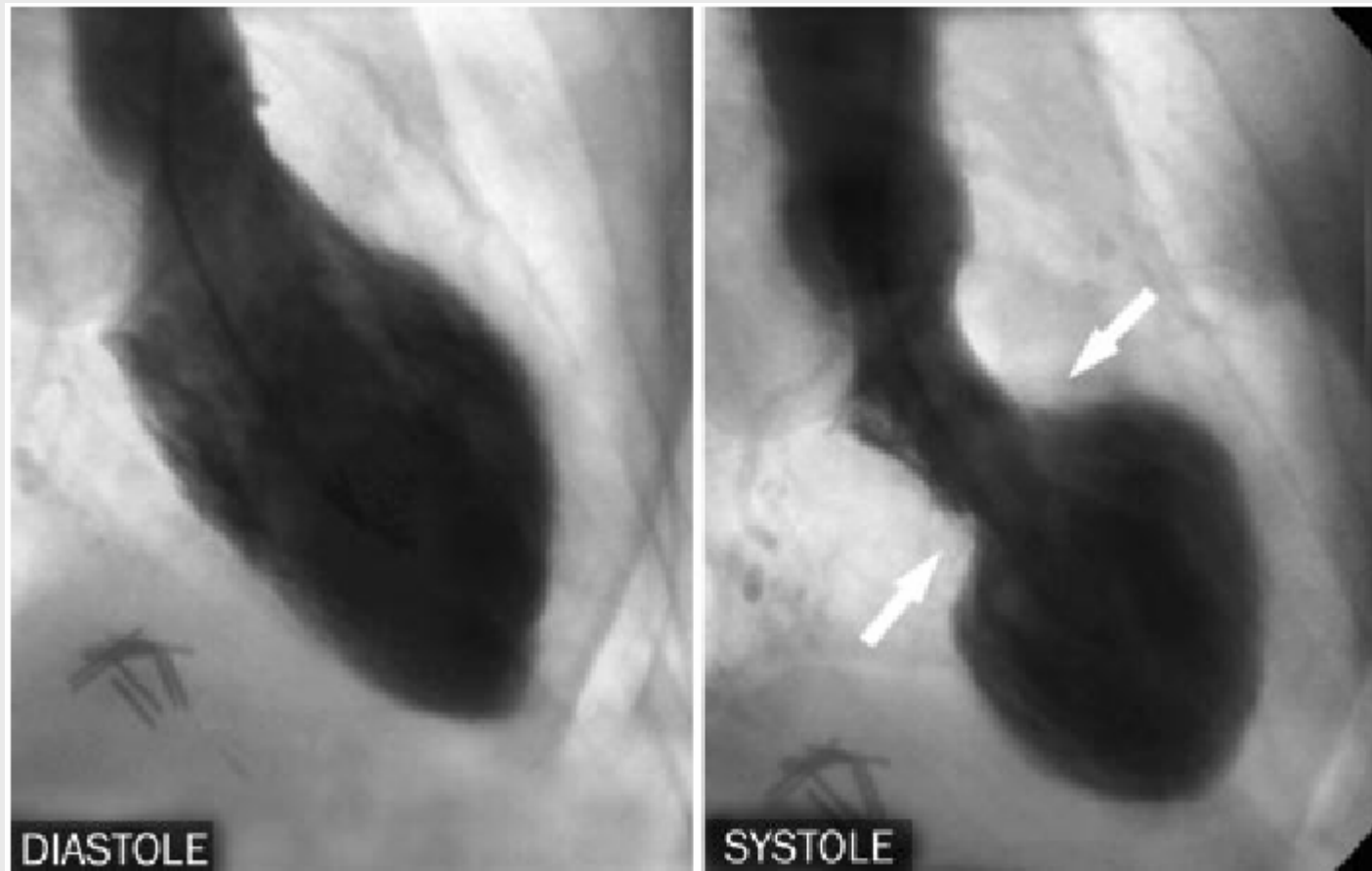
- **Vitale Erschöpfung**  
(Appels und Mulder, 1987; Kop et al., 1996 etc.)
- **Akuter Stress**  
Verlusterlebnisse (Kaprio et al., 1987)  
Erdbeben (Dobson et al., 1991; Leor et al., 1996)  
Krieg (Meisel et al., 1991; Bergovec et al., 2000)
- **Akuter Ärger**  
(z.B. Mittleman, 1995 + 1997)

# „Stress-Kardiomyopathie“

(Sharkey SW, Circulation 2005; Wittstein IS, NEJM 2005)

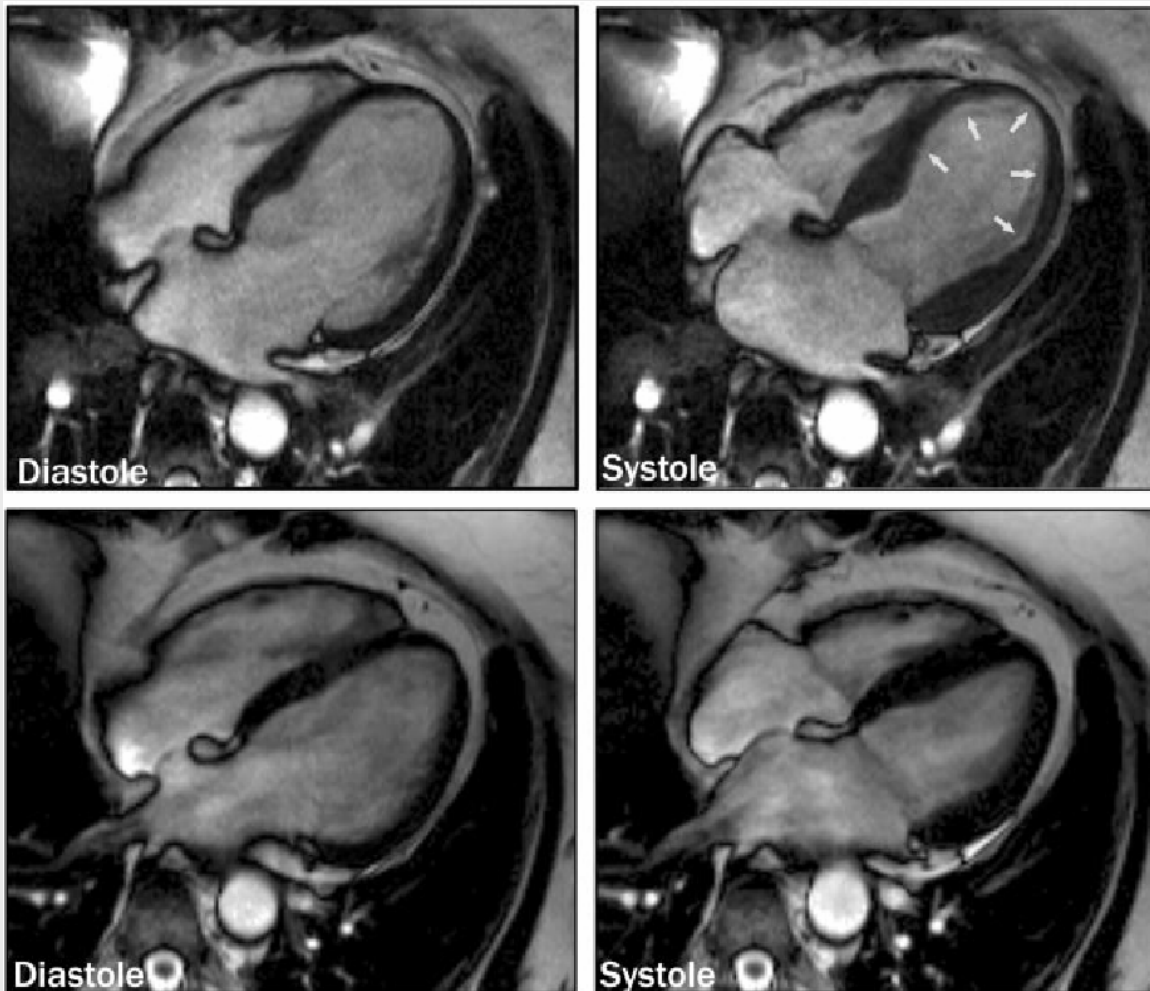
- Auslöser: schwerer akuter **emotionaler Stress**
- überwiegend bei Frauen > 50 J.
- akut lebensbedrohlich mit LVEF 20-30%,  
typisches **„Tako-tsubo“**-Kontraktionsmuster
- kein Infarkt, keine typ. Myokarditis
- assoziiert mit massiv erhöhten  
Katecholaminspiegeln

# „Stress-Kardiomyopathie“



*Sharkey SW, Circulation 2005*

# „Stress-Kardiomyopathie“ : Restitutio ad integrum in 1-4 Wo.

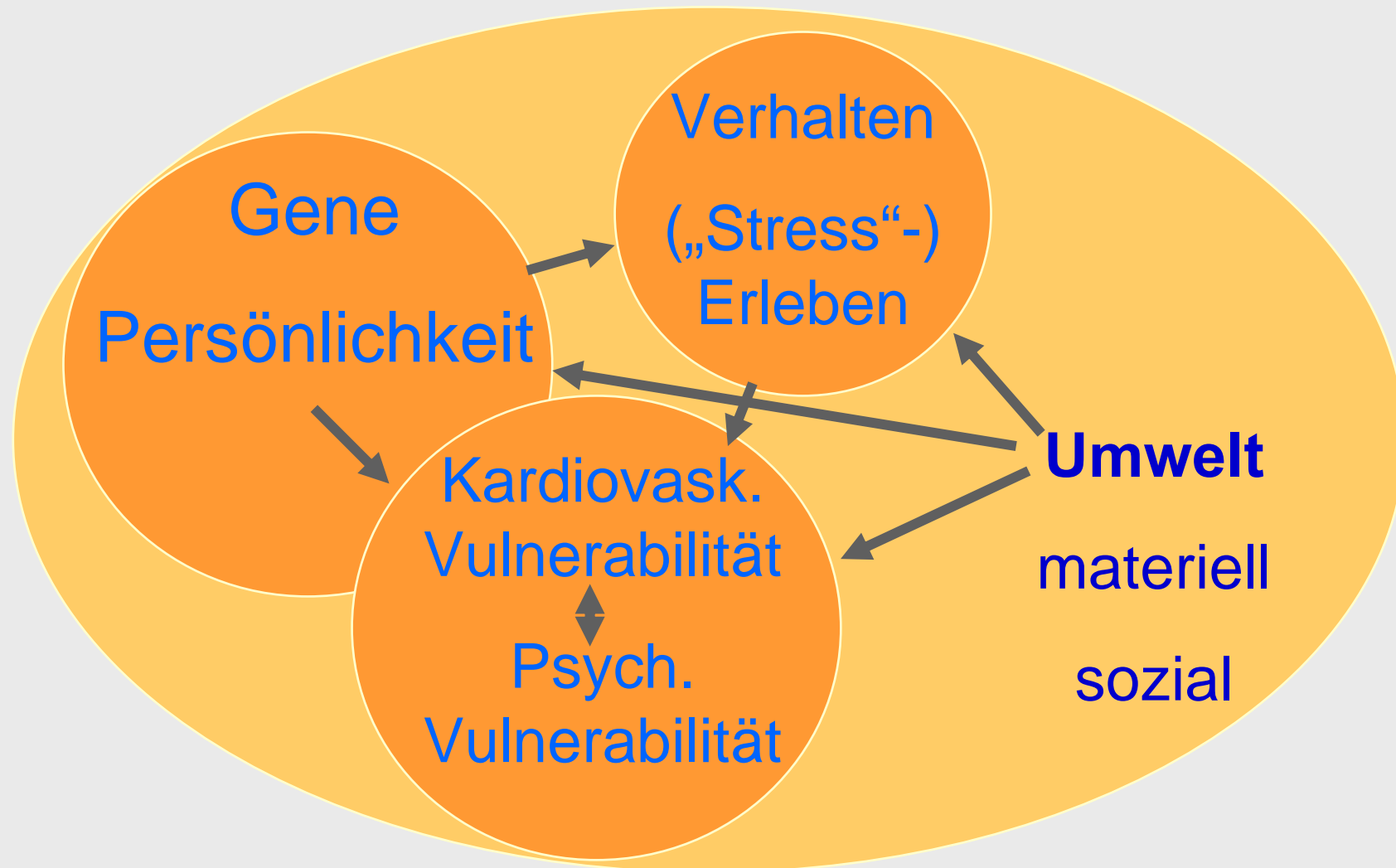


Akutphase

Erholung

*Sharkey SW,  
Circulation 2005*

# Biopsychosoziales Modell zur KHK-Genese



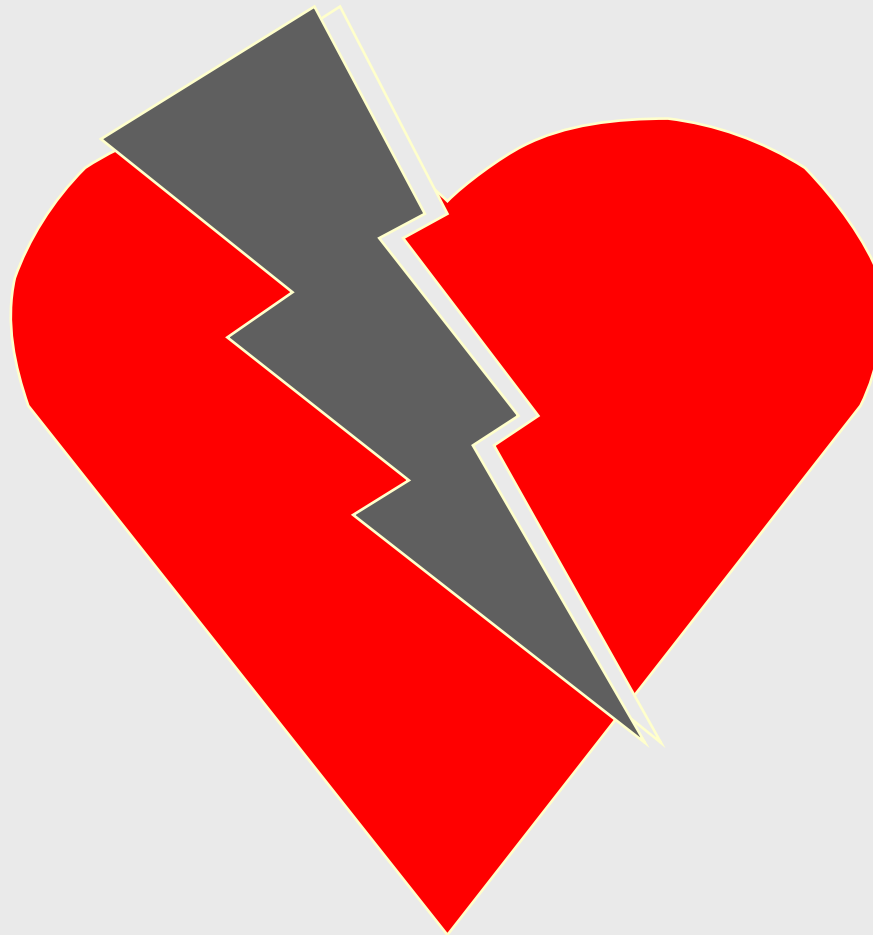
## Fallbeispiel Herr X.

- *50-jähriger Tankwart*
- *verheiratet, drei Töchter*
- *seit 2001 thorakale Beschwerden*
- *Arztkontakte vermieden, Risikofaktoren nicht kontrolliert, weiter beruflich verausgabt („unentbehrlich“) bei geringer Gegenleistung, familiäre Konflikte*
- *Feb. 2004 akuter Hinterwandinfarkt*

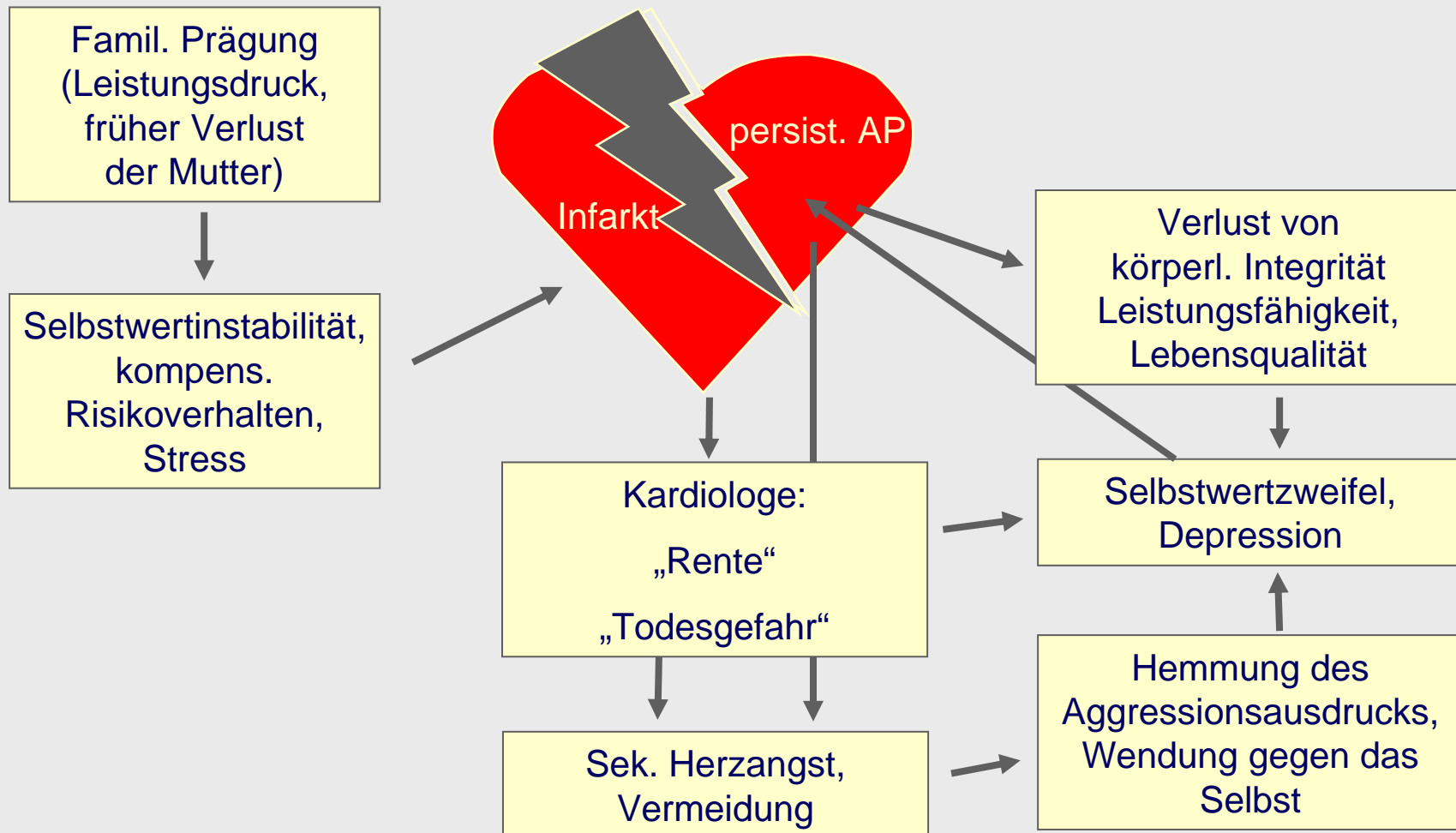
# Psychosomatische Diagnosen

- *mittelgradige depressive Episode (F32.1)*
- *sekundäre Herzangst (F45.30)*
- *Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)*
- *V.a. psychische Mitbeteiligung bei KHK (F54)*
- *Alkoholabhängigkeit (F10.20), seit 1998 abstinent*
- *Nikotinabusus (F17.1), seit Infarkt abstinent*

**Herzinfarkt = „Ich-Infarkt“**



# Psychodynamische Hypothesen Herr X.



# Häufigkeit von Befindlichkeitsstörungen bei Infarktpatienten

- mindestens 50% **Angst**
- 40-50% **Depressionen**,  
davon 15-20% schwer

# *Angst ...*

vor

- Tod
- Schmerzen
- Schwäche
- Invalidität
- sozialem Abstieg
- sexueller Impotenz u.a.

# ***Depressive Stimmung ...***

wegen

- Verlust der Unversehrtheit
- Schwäche / Abhängigkeit
- befürchtetem Verlust der Wertschätzung in

Familie

Beruf u.a.

Freundeskreis

# Folgen von **Angst** und **Depression** bei **Infarktpatienten I**

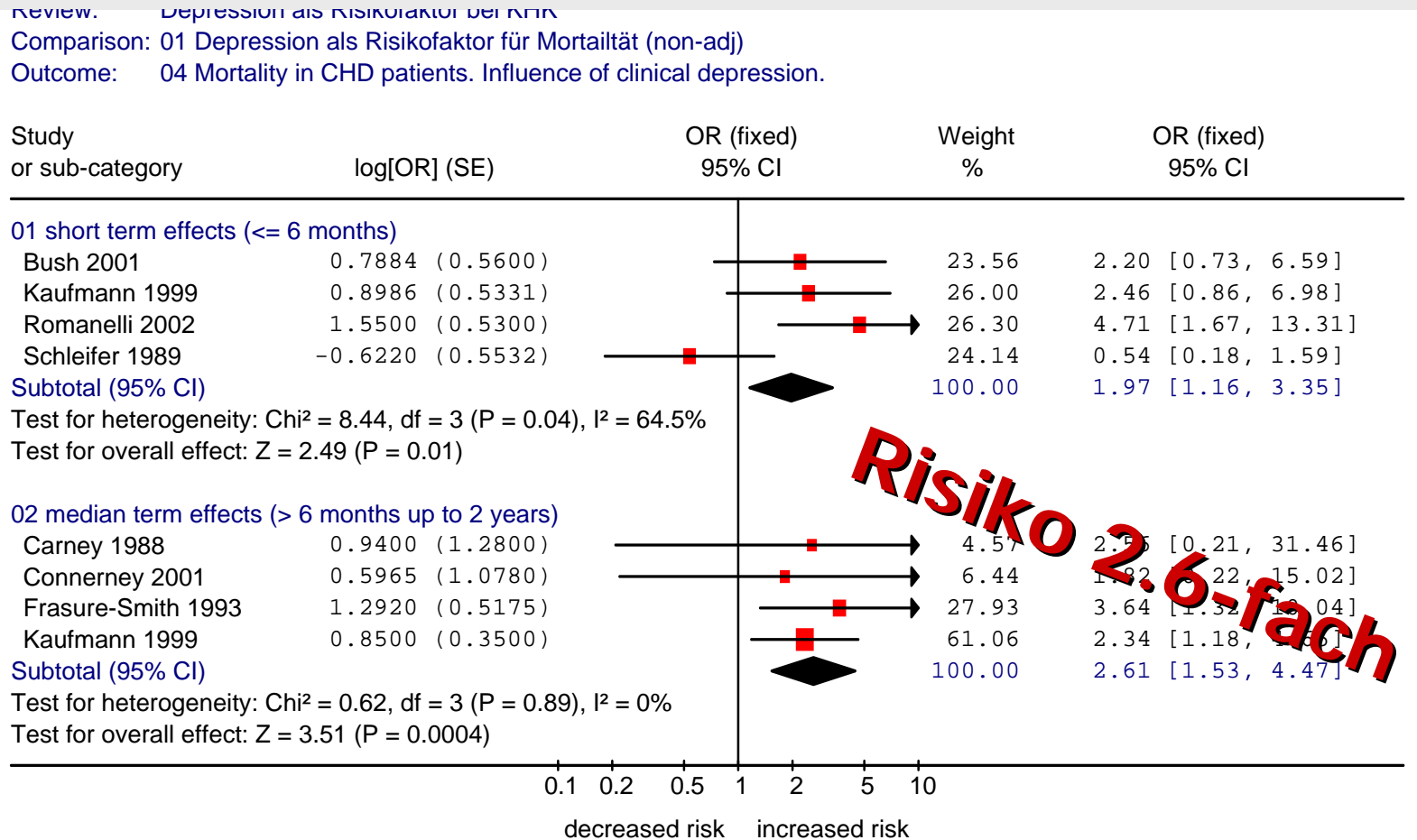
- mehr Herzbeschwerden
- weniger Aktivität
- schlechteres Reha-Ergebnis
- weniger Rauch-Abstinenz
- weniger Stress-Abbau
- schlechtere Lebensqualität

# Folgen von **Angst** und **Depression** bei **Infarktpatienten II**

- mehr Arztbesuche und -kosten
- mehr Untersuchungen
- mehr Frühberentungen
- mehr Komplikationen
- evtl. früherer Tod

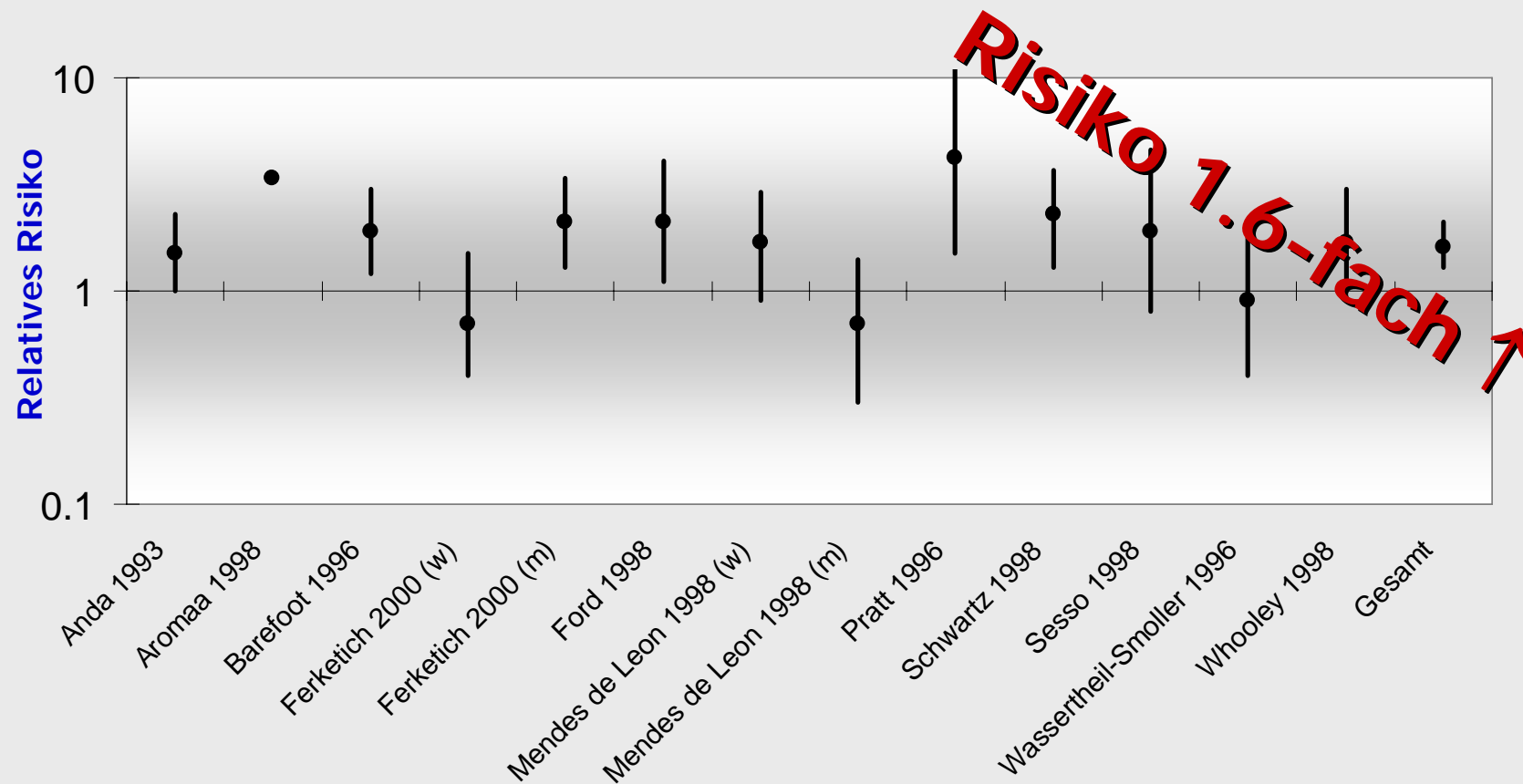
# Depression und Mortalität bei KHK-Pat. Metaanalyse

(Barth, Schumacher u. Herrmann-Lingen, 2004)



# Depression als primärer Koronar-Risikofaktor

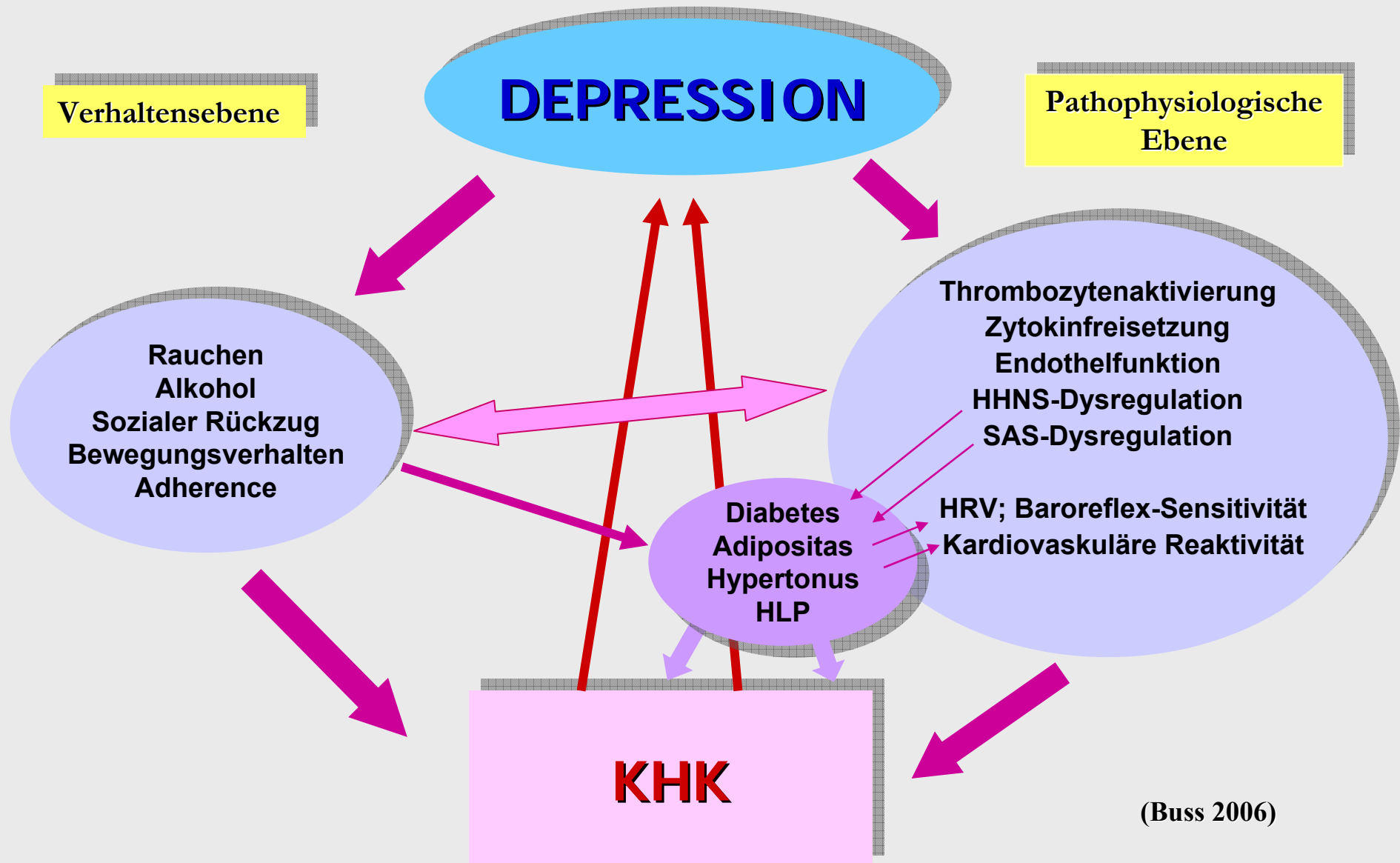
(nach Ladwig, Erazo und Rugulies, 2003)



# Depression bei KHK

- Risikofaktor **vor Manifestation** für Myokardinfarkt o. Koronarsterblichkeit:  
relatives Risiko ↑↑ **um 1.5 bis 2.7**
- Risikofaktor **nach Manifestation** für Mortalität:  
relatives Risiko ↑↑ **um 2.2 bis 2.6**

# Vermittlungswege bzw. Wirkmechanismen der Depression bei KHK



(Buss 2006)

# Postinfarkt-Depression und Mortalität – was schützt ?

- gute subjektiv erlebte **soziale Unterstützung schützt depressive Infarktpatienten** (Frasure-Smith et al., 2000)
- **psychosoziale Interventionen senken Mortalität um ca. 20-30 %**  
(Ketterer, 1993; Linden et al., 1996; Dusseldorp et al., 1999)



psychosoziale **Risikostratifikation** und  
gezielte **Intervention** indiziert !

# Senken psychosoziale Interventionen die kardiale Ereignisrate bei KHK ?

## Interventions- vs. Kontrollgruppen:

Abnahme Morbidität :                    -20% bis -46 %  
(z.B. Re-Infarkte)

Abnahme Mortalität :                    -23% bis -41 %

### Metaanalysen:

Linden et al., Arch Intern Med 156, 1996: 745-52

Dusseldorp et al., Health Psychol 18, 1999: 506-19

# Psychotherapie bei KHK-Patienten

- welche Indikationsaspekte ??

KHK = psychophysiologische Störung ?

⇒ *Psychophysiologische Sekundärprävention*

KHK = verhaltensbedingte Störung ?

⇒ *Psychoedukation/ Verhaltensmodifikation*

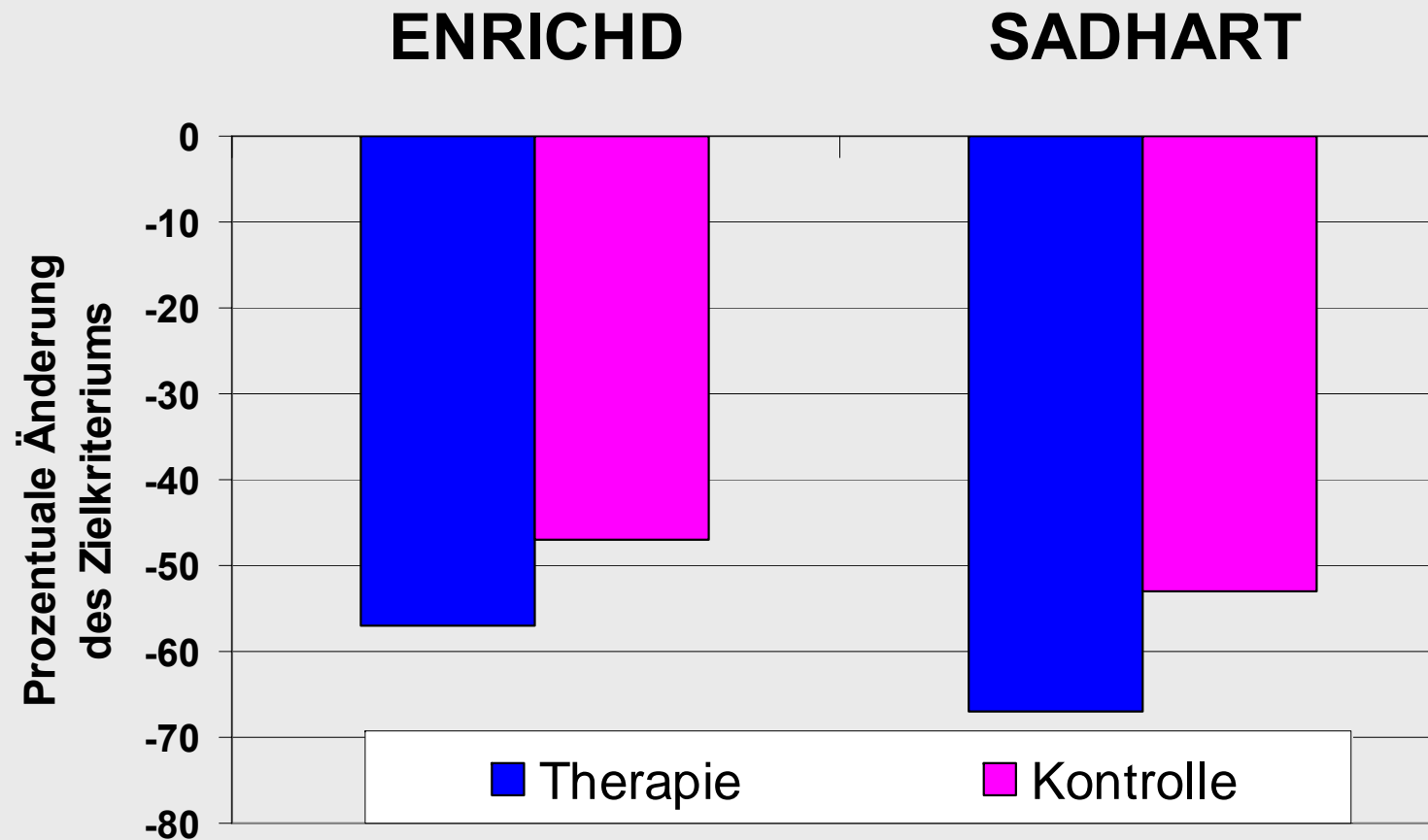
KHK = psychischer Stressor ?

⇒ *Förderung der Krankheitsbewältigung*

Therapie psychischer Komorbidität ?

⇒ *Psychotherapie i.e.S.*

# Aktuelle Multicenter-Therapiestudien zur Depression bei Koronarpatienten



# Therapieziele bei Koronarpatienten

## 1. Verlängerung der Überlebensdauer

- **Medikamentös**  
( $\beta$ -Blocker, ASS, ACE-Hemmer, CSE-Hemmer)
- **Operative Revaskularisation**  
(Mehrfäß-KHK / reduzierte Pumpfunktion)
- **Implantation eines Defibrillators** (maligne VES)
- **Herztransplantation** (schwerste Herzinsuffizienz)
- **Bewegungstherapie / amb. Herzgruppen**
- **Psychosoziale Interventionen ?**

# Therapieziele bei Koronarpatienten

## 2. Verbesserung der Lebensqualität

- Psychosoziale Interventionen / ggfs. Psychotherapie
- Bewegungstherapie
- Medikamentös (ggfs. incl. Antidepressiva)
- Operative Revaskularisation / Angioplastie ??
- Falls somatisch indiziert:  
    Transplantation, ICD-Implantation

# **„Comprehensive Cardiac Care“**

**Integrierte biopsychosoziale  
Versorgung von Herzpatienten  
entsprechend dem jeweiligen  
Krankheitsstadium,  
idealerweise unter Einbeziehung  
des Lebenspartners**

# „Comprehensive Cardiac Care“

Phase I = Akutklinik (Schwerpunkt: somat. Behandlung)

## Intensivbehandlung

Situationsbezogene Information / Unterstützung,  
Vorbereitung auf Verlegung, Tranquilizer

## Normalstation

Anamnese: psychische Vorerkrankungen? Belastungen?

Aktuelle Stimmung? Ängste? ggfs. Screeningbogen

ggfs. psychosoziale / psychotherapeutische Beratung,

ggfs. Antidepressiva (z.B. SSRI)

Reha-Planung!

# Psych. Screening-Fragebogen für körperlich Kranke

**HADS - D**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Code-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ich fühle mich angespannt oder überreizt**

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich kann mich heute noch so freuen wie früher**

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

**Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte**

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

**Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen**

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

**Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf**

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/wie

**Ich fühle mich glücklich**

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

**Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen**

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

**Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst**

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

**Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend**

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

**Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren**

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

**Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein**

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

**Ich blicke mit Freude in die Zukunft**

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

**Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand**

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

**Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen**

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

**Ich fühle mich angespannt oder überreizt**

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich kann mich heute noch so freuen wie früher**

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

**Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte**

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

**Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen**

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

# „Comprehensive Cardiac Care“

Phase II = Früh-Rehabilitation (Reha-Klinik / amb.)

Bewegungstherapie

Information, Risikofaktorberatung

Entspannungsverfahren

Krankheits- und Stressbewältigungsgruppen

Sozialmedizinische Beratung (z.B. Berufstätigkeit!)

ggfs. Psychotherapie

# „Comprehensive Cardiac Care“

Phase III = Langzeitrehabilitation

Koordinierte Versorgung durch

Hausarzt (psychosomatische Grundversorgung!)

Kardiologen (Spezialdiagnostik)

Ambulante Herzgruppe

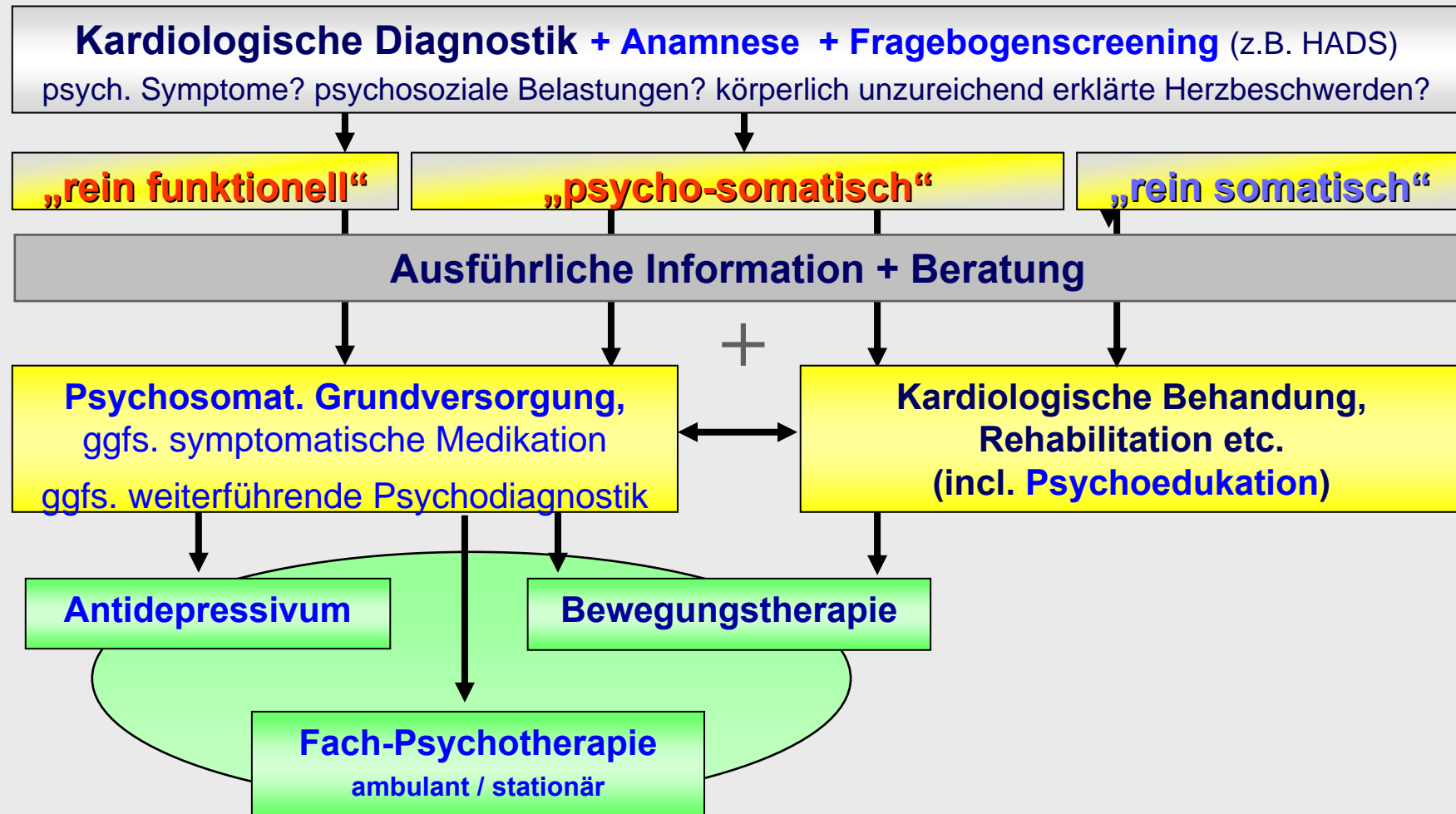
ggfs. amb. Psychotherapie bzw. vorübergehend

internistisch-psychosomatische Klinikbehandlung

(bei: anhaltender Depression, Herzangst, funktioneller  
Beschwerdekomponente od. Persönlichkeitsproblematik)

# Umfassende kardiologische Versorgung

## Vorgehen in der Praxis



# Zusammenfassung I

- zahlreiche psychische und soziale Faktoren weisen Beziehungen zum Auftreten der KHK auf
- dabei interagieren sie mit genetischer Prädisposition, Risikofaktorlast, Atherogenese und Ereignisauslösung

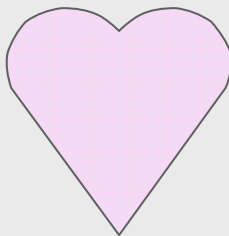
# Zusammenfassung II

- psychische Folgeprobleme (z.B. **Angst, Depression**) bei Herzpatienten häufig
- insbesondere bei instabiler kardialer Situation erhöht **Depressivität** das kardiale Risiko (psychophysiologische und Verhaltenseffekte)

# Zusammenfassung III

- soziale Unterstützung (Partner, Familie) und psychosoziale Interventionen hilfreich
- integriertes („ganzheitliches“) Behandlungskonzept für alle Patienten und gezielte Behandlung psychischer Störungen sinnvoll

**E N D E**



## **Literatureempfehlungen:**

- **Jordan J & Herrmann-Lingen C (2004):  
Herzerkrankungen.  
in: Senf W & Broda M (Hg.): Praxis der  
Psychotherapie, S. 590-602**
- **Themenheft „Herz und Psyche –  
Psyche und Herz“  
Fachzeitschrift: Herz 26, 2001, Nr.5**
- **Herrmann-Lingen C & Buss U (2002):  
Angst und Depressivität im Verlauf der  
koronaren Herzkrankheit; VAS; Frankfurt  
a.M., Bd. 5**
- **Buss U (2006): Depression und Angst bei  
Koronarpatienten. Psychoneuro, 32 (5):  
237-246**

ferner: <http://www.psychokardiologie.de>  
<http://cardio.arago.de>

