

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Psychokardiologie: Ein Überblick
relevanter Schnittstellen
kardiologischer Erkrankungen und
psychischer Symptome //**
**Psychocardiology: An overview of
the relevant interfaces between
cardiological diseases and
psychological symptoms**

Eichenberg C, Hübner L

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2020; 27
(3-4), 77-82

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Psychokardiologie: Ein Überblick relevanter Schnittstellen kardiologischer Erkrankungen und psychischer Symptome

C. Eichenberg, L. Hübner

Kurzfassung: Eine Vielzahl an Studien beweist den Zusammenhang von psychischen Symptomen und kardiologischen Erkrankungen. Psychische Symptome, insbesondere aus dem Spektrum von Depression, Angst, Stress und Trauma, können als Risikofaktoren zur Entstehung einer Herzerkrankung beitragen, den Verlauf einer Herzerkrankung negativ beeinflussen, oder auch durch eine kardiologische Erkrankung ausgelöst werden. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick zu relevanten Schnittstellen kardiologischer Erkrankungen und psychischer Symptome, indem aktuelle Forschungsergebnisse systematisch dargestellt werden und Empfehlungen für den Um-

gang mit psychischen Symptomen in der kardiologischen Praxis abgeleitet werden.

Schlüsselwörter: Psychokardiologie, Psychosomatik, bio-psycho-sozialer Ansatz

Abstract: Psychocardiology: An overview of the relevant interfaces between cardiological diseases and psychological symptoms. A large number of studies prove the connection between psychological symptoms and cardiological diseases. Psychological symptoms, especially from the spectrum of depression, anxiety, stress and trauma, can contribute to

the development of heart disease as risk factors, have a negative influence on the outcome of heart disease and can also be triggered by a cardiological disease. The following article provides an overview of relevant interactions between cardiological diseases and psychological symptoms by systematically presenting current research results and deducing recommendations for handling psychological symptoms in cardiological practice. **J Kardiol 2020; 27 (3–4): 77–82.**

Key words: psychocardiology, psychosomatics, biopsychosocial approach

■ Einleitung

Unabhängig von Kultur oder Religion kommt keinem anderen Organ im Denken, Sprache und sogar als bildliches Symbol eine ähnliche Bedeutung zu wie dem Herzen, wobei Metaphern, Dichtung und Poesie insbesondere auf den Zusammenhang zwischen Seele und Herz verweisen [1]. Die Psychokardiologie bildet als Fachgebiet eine Schnittstelle zwischen Psychosomatik und Kardiologie und bündelt das Wissen sowie die Erfahrung von Psychologie, Psychotherapie, Kardiologie, Herzchirurgie, Sozialwissenschaften, Neurobiologie und anderen Fachbereichen, um diesen Zusammenhang wissenschaftlich zu untersuchen und in der Praxis umzusetzen [2]. Äquivalent zu den Begriffen „psychosomatisch“ und „somatopsychisch“ kann bezogen auf die Wirkrichtung von psychischen und somatischen Aspekten im Kontext von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch zwischen den Begriffen Psychokardiologie und Kardiopsychosomatik unterschieden werden.

Der Begriff Psychokardiologie verweist darauf, dass psychische Symptome Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen, Kardiopsychosomatik beschreibt, dass kardiologische Erkrankungen psychosomatische Auswirkungen haben können. Beide Begriffe werden in der Fachliteratur bisher nicht genau definiert, gemeinsam ist ihnen, dass sie ein somatisches, psychotherapeutisches, integratives und ganzheitliches Verständnis von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vereinen. In einer Vielzahl von Studien konnte mittlerweile gezeigt werden, dass psychische Symptome und Herz-Kreislauf-Erkrankung sich wechselseitig auf folgende Weise beeinflussen:

1. Psychische Symptome können als Risikofaktoren zur Entstehung einer Herzerkrankung beitragen. So ist mittlerweile evident, dass psychosoziale Faktoren wie niedriger sozialer Status, akuter oder chronischer Stress, Depression oder Angst mit einem erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsrisiko verbunden sind [3]. Im Kontrast dazu wirkt beispielsweise gute soziale Unterstützung als Schutzfaktor, der das Erkrankungsrisiko verringern kann [4].

2. Psychische Symptome können den Verlauf der Herzerkrankung als komorbide Erkrankung negativ beeinflussen. In diesem Kontext liegen aussagekräftige Befunde für depressive Erkrankungen [5], Angststörungen [6], Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [7], aber auch bipolare Störung [8] und Schizophrenie [9] vor. So versterben Patienten mit Schizophrenie 10 Jahre früher an einer Koronaren Herzerkrankung (KHK) als die Normalbevölkerung.

3. Psychische Symptome können durch die kardiale Erkrankung ausgelöst bzw. verstärkt werden. Dies spielt beispielsweise eine Rolle, wenn die Diagnose oder das Herzereignis selbst als traumatisch erlebt werden, aber auch im Zusammenhang mit Herzoperationen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) reagierte auf die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Evidenz in den vergangenen Jahren mit einer Überarbeitung des im Jahr 2013 erschienenen Positionspapiers zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie [10]. Trotz zahlreicher und aussagekräftiger Ergebnisse ist ein psychokardiologisches Vorgehen in der Praxis noch nicht regelhaft etabliert [11] und psychosomatische Aspekte von Herzerkrankungen werden oft vernachlässigt [12]. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick zu relevanten Schnittstellen psychischer Symptome und kardiologischer Erkrankungen, in dem Forschungsergebnisse in den Bereichen Stress, Angst, Depression, Trauma, Somatoforme Störung im Kontext

Eingelangt am 17.12.2019, angenommen am 15.01.2020
Aus der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. phil. habil. Christiane Eichenberg, Institut für Psychosomatik der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Campus Prater, A-1020 Wien, Freudplatz 1; E-Mail: eichenberg@sfu.ac.at

von Herzoperationen gebündelt und abschließend Empfehlungen für den Umgang mit psychosomatischen Problemen in der kardiologischen Praxis abgeleitet werden.

■ Stress

Im Kontext von Herzerkrankungen kommt dem Faktor Stress eine entscheidende ätiologische Bedeutung zu: Stress steigert nicht nur die Herzfrequenz, sondern auch das Risiko für einen Herzinfarkt sowohl bei Patienten mit bereits bestehender KHK, als auch bei Patienten ohne nachgewiesene Vorerkrankung an den Herzkranzgefäßen. Insbesondere akute Stresssituationen wie Trauer, Ängste oder Ärger können durch die Wirkung der Stresshormone Plaquerupturen begünstigen [13]. So verdeutlichte eine epidemiologische Studie, dass in den ersten 24 Stunden nach einer schweren Belastung (z. B. der Verlust eines nahestehenden Angehörigen) das relative Risiko, dass die trauernde Person einen akuten Herzinfarkt erleidet, um das 21-Fache erhöht ist [14]. Bei einer Befragung gab außerdem fast jeder zweite Herzinfarktpatient an, dass er seine Krankheit unter anderem auf seinen „Stress“ zurückführte [15]. In Zusammenhang mit Stress wird vielfach das Tako-Tsubo-Syndrom (TS) auch bekannt als Tako-Tsubo-Kardiomyopathie (TTC), stress-induzierte Kardiomyopathie oder „Broken Heart-Syndrom“ diskutiert, wobei meist ältere postmenopausale Frauen nach einem akuten emotionalen oder körperlichen Stressereignis betroffen sind [16]. Weihs et al. [17] konnten in einer aktuellen Untersuchung jedoch zeigen, dass vor dem Auftreten der Symptome im Gegensatz zur allgemeinen Meinung nur in bis zu 50 % der Fälle ein emotionales oder physisches Stressereignis auftritt. Andere Studien deuten außerdem darauf hin, dass psychiatrische Störungen wie gemischte Angststörungen und Depression prädisponierende Risikofaktoren für das TS sein könnten [18–20].

■ Depressionen

Depressionen haben einen direkten Einfluss auf die pathophysiologischen Veränderungen verschiedener Organsysteme und verändern die Werte von Blutdruck, Herzfrequenz, Vasomotorik, Gefäßwiderstand, Blutviskosität und Plasmavolumen. Die pathophysiologischen Veränderungen bei Patienten mit Depression (z. B. Dysfunktionen des endokrinen Systems) können zu einer Progression der Arteriosklerose führen. Der verminderte Antrieb depressiver Patienten behindert zudem die Eigenmotivation für gesundheitsförderndes Verhalten (gesunde Ernährung, Bewegung, nicht rauchen) und oftmals sogar die Einnahme wichtiger Medikamente. Der potenzielle Mechanismus für die Entwicklung von Herzerkrankungen bei depressiven Patienten umfasst hypothalamisch-pituitär-adrenale Dysfunktion, erhöhte proinflammatorische und prothrombotische Faktoraktivität, reduzierte Omega-3-Fettsäuren, reduzierte Herzfrequenzvariabilität, Rauchen, körperliche Inaktivität, reduzierte Selbstwirksamkeit [21].

Depressive Erkrankungen können sich in einer Vielzahl von Symptomen und individuellen Symptomkonstellationen manifestieren. Zu den Leitsymptomen der Depression zählen nach aktuellem Stand der International Classification of Diseases (ICD-11) [22] unter anderem fast tägliche depressive Stimmung oder vermindertes Interesse an Aktivitäten, begleitet

von Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßiger oder unangemessener Schuld, Hoffnungslosigkeit, wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, Veränderungen im Appetit oder Schlaf, psychomotorische Agitation oder Retardierung und verminderte Energie oder Müdigkeit.

In Österreich leiden 6,5 % der erwachsenen Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer depressiven Erkrankung. Mit einer Prävalenz von 20–45 % stellt die Depression eine bedeutende Erkrankung bei Herz-Kreislauf-Patienten dar, die viel häufiger auftritt als in der Allgemeinbevölkerung [23]. Bei bereits bestehender Herzerkrankung erhöhen depressive Symptome das mittelfristige Sterblichkeitsrisiko [24]. So wurde in mehreren Meta-Analysen beschrieben, dass Depressionen bei Herzpatienten mit einer erhöhten Mortalität (Odds-Ratio 1,6–2,4) assoziiert sind [5, 8].

Depressionen werden vor allem in Zusammenhang mit der KHK diskutiert: So weisen 20–50 % der Patienten mit KHK depressive Symptome auf und bei 15–20 % der Betroffenen liegt sogar eine ausgeprägte klinische Symptomatik im Sinne einer Depression vor [25]. Eine Meta-Analyse verdeutlicht, dass „Erschöpfungssyndrome“ ebenfalls ein relatives Risiko von 1,5 für die Entstehung einer KHK und von 2,03 für das Risiko eines Reinfarktereignisses bei bestehender KHK aufweisen [26]. Auch nach einem Herzinfarkt leiden 30 % der Patienten an Depressionen [27], wobei das Risiko hier für Frauen < 60 Jahren nach einem Herzinfarkt mit bis zu 40 % besonders hoch ist [28]. Umgekehrt wird das Risiko für einen Herzinfarkt durch eine bestehende Depression bei einem herzgesunden Menschen mehr als verdoppelt. Weitere Studien belegen außerdem, dass Patienten, die nach einem Myokardinfarkt depressiv werden, einen ungünstigeren somatischen Krankheitsverlauf und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen [29].

Im Zusammenhang mit der Herzinsuffizienz verdeutlichen Ergebnisse einer Meta-Analyse, dass die Prävalenz der Depression in dieser Patientengruppe (21,5 %) ebenfalls ca. 3× so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung. Die Inzidenz einer Depression nimmt mit dem klinischen Schweregrad der Herzinsuffizienz zu und die selbsteingeschätzte Lebensqualität sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich ab [30]. Zudem erhöhen depressive Symptome die Hospitalisierungsrate und verdoppeln das Risiko für nachfolgende klinische Ereignisse und Mortalität [31]. Die differenzialdiagnostische Abklärung stellt für den behandelnden Arzt eine besondere Herausforderung dar, denn Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, Appetitmangel und Schlafstörungen können auch durch die Herzinsuffizienz bedingt sein [10].

■ Ängste

Angst kann sich durch immunologische, neuroendokrinologische und verhaltensbezogene Einflüsse negativ auf das kardiovaskuläre System auswirken und begünstigt das Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen [32]. Im Gegensatz zur Realangst stellen sich pathologische Ängste bezogen auf ihren Anlass als unverhältnismäßig und unangemessen dar. Sie beruhen auf der Wahrnehmung von Gefahren aus dem Körperinneren oder auf Fehleinschätzungen objektiv ungefährlicher Situatio-

nen der Außenwelt. Ängste, die z. B. bei Todesbedrohung beispielsweise durch Herzerkrankungen auftreten können, nehmen zwischen Realangst und pathologischer Angst eine Art Zwischenposition ein. Obwohl eine reale Gefährdung besteht, kann das Ausmaß der erlebten Angst dysfunktional und mit zusätzlichem Leidensdruck verbunden sein und folglich ein pathologisches Ausmaß erreichen. Auch die Angst chronisch Kranker vor einer Progredienz ihrer Erkrankung kann ein krankheitswertiges Ausmaß erreichen [33]. Eine Meta-Analyse zeigte in diesem Kontext, dass Angst bei Patienten nach einem Herzinfarkt einen signifikanten Prädiktor für erneute Infarkt-ereignisse und Mortalität darstellt (Hazard-Ratio 1,38; [34]).

Bei etwa 40 % aller Patienten mit Herzbeschwerden findet sich ein typischer Konflikt Hintergrund, wobei Aspekte der Angst zentral sind [35]. Im Zusammenhang mit der Regulierung des Blutdrucks können pathologische Ängste durch die dauerhafte Aktivität bestimmter Gehirnzentren den Sollwert für die autonome Blutdruckregulation (Baroflex) allmählich nach oben verschieben, was zu Bluthochdruck führt [36]. Roest et al. [37] zeigten in ihrer Meta-Analyse, dass eine Angsterkrankung das Risiko für eine KHK um 26 % erhöht, das Mortalitätsrisiko sogar um 48 %. Am Beispiel von Herzrhythmusstörungen wird der bidirektionale Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Symptomen deutlich, denn Angst- und Panikstörung können Herzrhythmusstörungen auslösen, gleichermaßen kann Angst auch durch die Herzrhythmusstörung verursacht werden. Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome (kurze Dauer, starke Angst) von Panikattacken und supraventrikulären Tachykardien (SVT) oder Extrasystolen kommt es daher auch häufig zu Fehldiagnosen [38].

■ Trauma

Ein psychisches Trauma kann als psychische Verletzung verstanden werden (von dem griechischen Wort Trauma = Verletzung), wobei das traumatische Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung ist oder ein katastrophales Ausmaß hat [33]. Das Überleben einer Reanimation, einer Herzoperation oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Herzkrankheit können von Patienten als Trauma erlebt werden, da Betroffene unmittelbar dem Gefühl der Lebensgefahr ausgesetzt sind. Wenn Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit nach dieser Situation nicht richtig verarbeitet werden, kann es für Betroffene zu Anpassungsstörungen oder sogar Posttraumatischen Belastungsstörungen kommen.

Die Anpassungsstörung ist laut ICD-11 eine maladaptive Reaktion auf eine oder mehrere identifizierbare psychosoziale Belastungen (z. B. auch eine Herzkrankheit), die meist innerhalb von einem Monat nach Auftreten der Belastung beginnt. Die Störung ist charakterisiert durch übermäßiges gedankliches Verhaftetsein mit dem auslösenden Ereignis und seinen Folgen, Interesseverlust, Vermeidung, depressive Verstimmung, Angst und verminderte Impulskontrolle [39]. Anpassungsstörungen kommen bei Herzpatienten häufig vor, werden jedoch immer noch zu selten als solche diagnostiziert und behandelt [36]. Die Anpassungsstörung ist – auch wenn sie in einigen Fällen ohne psychotherapeutische Behandlung wieder abklingt – ernst zu nehmen, da Depression, Angststörungen oder Posttraumatische Belastungsstörung die Folgen sein können.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß. Zu den Symptomen der PTBS zählen Intrusionen, Gefühlsabstumpfung, vermeidendes Verhalten sowie Übererregung. Jeder 4.–5. Patient entwickelt nach einem akuten Herzereignis eine Anpassungsstörung oder eine PTBS [40]. Der Myokardinfarkt wird in der Fachliteratur selbst auch als „traumatisches Ereignis“ beschrieben. Betroffene müssen bedrohliche Informationen verarbeiten und sich (oft erstmals im Leben) mit der Angst vor dem Tod auseinandersetzen [41]. Die PTBS nach kardialen Ereignissen ist mit einer deutlich verringerten Lebensqualität assoziiert und die Wahrscheinlichkeit einer kardiovaskulären Rehospitalisierung innerhalb eines Jahres ist mehr als doppelt so hoch [42]. Außerdem ist das Mortalitäts- und/oder Reinfarktrisiko im Vergleich zu Infarktpatienten ohne PTBS-Symptomatik verdoppelt (Relatives Risiko 2,0; [43]).

Traumatisierungen in der Lebensgeschichte wie Gewalt, Vernachlässigung, sexueller und emotionaler Missbrauch sowie soziale Benachteiligung wirken als Risikofaktor für Herzerkrankungen. Studien zeigen, dass frühe Traumatisierungen nicht nur einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung des kardiovaskulären Risikoprofils und Manifestation einer kardiovaskulären Erkrankung haben [44], sie erhöhen außerdem insgesamt die Morbidität und Mortalität [45–47].

■ Psychische Symptome im Kontext von Herzoperationen

Bei der Verarbeitung von Herzoperationen spielen Stress, Ängste und Depressionen eine bedeutende Rolle. Ein Eingriff am Herzen kann für den Betroffenen ein traumatisches Ereignis bedeuten. Bis zu 40 % der herzoperierten Patienten leiden an einer depressiven Symptomatik. Allen Eingriffen ist gemeinsam, dass sie für den Patienten eine große Belastung darstellen und mit Todesangst oder gar -bedrohung verbunden sind. Bei Herzklappenoperationen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von postoperativen emotionalen Störungen und hier insbesondere von Angstanstiegen und einem schon präoperativ besonders erhöhten Angstniveau [48]. Dabei haben psychische Symptome wiederum Einfluss auf die Herzgesundheit: So zeigte sich, dass ausgeprägte depressive und ängstliche Symptome nach Bypassoperation das 5-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse signifikant erhöhen (Hazard-Ratio 2,79; [49]).

Auch die seelische Verarbeitung und Akzeptanz von Herzschrittmacher-Implantationen, die nur mit einem geringen Komplikationsrisiko verbunden sind, kann mit Schwierigkeiten einhergehen. Viele Patienten erleben anfangs ein Gefühl der Abhängigkeit vom Gerät und eine daraus resultierende Verunsicherung, meist verbunden mit der Angst, der Schrittmacher könne funktionsunfähig sein. Bei manchen kommen auch hier depressive Symptome und Ängste hinzu. Die Internalisierung des Objektes „Schrittmacher“ hat für diese Patienten zwei Seiten: Hilfe und Gewinn an Sicherheit einerseits, aber auch Ängste hinsichtlich des Erlebens als „ichfremde“ Maschine. Für Träger des implantierbaren Cardioverter Defibrillators

(ICD), der eine evidenzbasierte Behandlung lebensgefährlicher Herzrhythmusstörungen darstellt, spielt die PTBS eine wichtige Rolle. Obwohl die meisten Patienten nach Implantation des ICD zunächst eine Erleichterung verspüren, erfordert das Einsetzen des ICD von den Erkrankten auch eine enorme Anpassungsleistung durch die Abhängigkeit von dem Gerät, mögliche Fremdkörpergefühle sowie Veränderungen des beruflichen und privaten Umfelds. Eine persistierende PTBS tritt bei fast 20 % der Patienten nach Implantation auf [50].

Bei Herztransplantationen besteht die stärkste Ausprägung psychischer Symptome sowie die niedrigste gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Wartephase auf ein Organangebot. Aus psychodynamischer Sicht geht die Verpflanzung des Herzens auch mit basalen psychischen Körperschemata einher. So kann die Entnahme des Herzens unbewusst ein Aufbrechen, Zerreißen und einen tiefgreifenden Verlust bedeuten, vor allem wenn zudem „etwas Fremdes“ an die Stelle des eigenen Herzens gesetzt wird. Die durch eine Transplantation ausgelösten innerpsychischen Prozesse sind komplex und beginnen bereits vor der Operation des Patienten in seiner Fantasie [1]. Bei diesen Patienten sind komorbide psychische Störungen wie Depression, Angst und PTBS häufig und gleichzeitig prognostisch ungünstig.

■ Somatoforme/funktionelle Störung

Unter funktionellen oder somatoformen Störungen werden Krankheitsbilder verstanden, bei denen Betroffene ähnliche Symptome wie bei organisch bedingten Erkrankungen schildern, jedoch ohne einen ursächlichen somatischen Befund.

Herzbezogene Symptome wie Brustschmerzen oder Palpitationen sind selbst bei kardiologischen Patienten nicht zwangsläufig Ausdruck einer organischen Herzkrankheit. Bei 17 % der primärärztlich behandelten Brustschmerzpatienten finden sich psychogene Ursachen. Funktionelle Herzbeschwerden stellen sowohl in der Diagnostik als auch als Komorbidität neben einer organischen Herzerkrankung eine erhebliche Herausforderung dar und können zudem die Arzt-Patient-Beziehung belasten. Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden gehen in der Regel von einer organischen Beschwerdeursache aus und fordern wiederholt medizinische Abklärungen ein, sodass es nicht selten zur Überdiagnostik mit hohen Kosten, jedoch ohne wegweisendes Ergebnis kommt. Eine wiederholte somatische Abklärung ohne neue Aspekte ist wie bei der Behandlung von somatoformen Schmerzstörungen in der Regel kontraindiziert. Wichtig ist hingegen die Diagnostik der psychischen bzw. psychosomatischen Störung, sowie die Einleitung einer entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung (Siehe S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ [51]).

■ Umgang von Kardiologen mit psychosomatischen Aspekten ihrer Patienten

Den ganzheitlichen Blick schulen

Psychosoziale Risikofaktoren, insbesondere Stress, Angst, Depression und mangelnde soziale Unterstützung, beeinflussen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sollten von somatisch behandelnden Ärzten sowohl in der Diagnostik als auch bei

Behandlung dieser Erkrankungen berücksichtigt werden. Kardiologen sollten die Zusammenhänge von psychischen Symptomen und Herzerkrankung sowie ihre Wechselwirkung kennen. Der eigene ganzheitliche Blick kann durch psychosomatische oder psychokardiologische Literatur, spezielle Fort- und Weiterbildungen, sowie durch den Austausch mit Psychologen, Psychotherapeuten und psychosomatischen Ärzten geschult werden.

Umsetzung von psychokardiologischem Wissen in die Praxis

Das Wissen um psychokardiologische, ganzheitliche biopsychosoziale Ansätze beziehungsweise die psychosomatischen Aspekte von Herzerkrankungen erfordert von Kardiologen, diese Befunde in die eigene Praxis mit einzubeziehen. Konkret ist dies sowohl für die Diagnoseerstellung, zur Aufklärung der Patienten, als auch im Kontext der Prävention relevant.

Bei der Diagnoseerstellung bildet neben der körperlichen Untersuchung des Patienten die Etablierung einer patientenzentrierten Gesprächsführung die Basis für die Entwicklung einer erfolgreichen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung. Empfehlungen zur strukturierten Gesprächsführung [52] erleichtern auch die Durchführung von beratenden Gesprächen sowie Maßnahmen zur Förderung der Adhärenz. Bestehende psychische Symptome (insbesondere Depression, Angststörung, Trauma) können mittels patientenzentrierter Gespräche ohne großen Zeitaufwand erhoben werden. Weitgehend einheitlich wird für Patienten mit unterschiedlichen kardialen Grunderkrankungen ein Depressionsscreening empfohlen [53]. Mittels einfachen Anamnesebefragungen können außerdem psychosoziale Risikofaktoren erhoben werden. Ergänzend dazu stehen Screening-Fragebögen z.B. zu herzbezogener Angst [54] zur Verfügung. Im Fall von sozialer Isolation kann eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung bereits Support vermitteln. In vielen Fällen (insbesondere bei belastenden Diagnosen) ist die Beteiligung der Lebenspartner beziehungsweise des sozialen Umfeldes in Aufklärungs- und Behandlungsgesprächen eine sinnvolle Maßnahme, da diese den Patienten zusätzlich unterstützen können. Risikopatienten mit psychosomatischen komorbiden Erkrankungen (Depression, Angststörung, Trauma) benötigen unabhängig von ihren somatischen Befunden engmaschige Kontrollen und profitieren von psychologischer Unterstützung (Überweisung in Psychotherapie).

Patienten sollten in jedem Fall über die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren aufgeklärt werden, da die Aufklärung über bestehende Zusammenhänge oft schon entlastend und entstigmatisierend wirkt. Bei der Behandlung der KHK sollten beispielsweise die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren erklärt werden. In der Akutphase des Herzinfarkts sind schwere Angstzustände und depressive Reaktionen keine Seltenheit. Diese sind im Rahmen einer stabilen und kontinuierlichen Arzt-Patient-Beziehung am ehesten aufzufangen. Supraventrikuläre Tachykardien führen ebenfalls oft zu erheblicher Angst und beeinträchtigen die Lebensqualität. Auch hier kann die Aufklärung des Patienten über diese Zusammenhänge oftmals schon beruhigen. Die Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten ist auch bei der langfristigen Betreuung von

ICD-Patienten von großer Bedeutung, da sich beispielsweise auch hier Depressivität und die PTBS als signifikante Prädiktoren für adäquate Schockabgaben und Gesamtmortalität erwiesen haben.

Aufbau von Kooperation

Ein unkoordiniertes Nebeneinander organmedizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen ergibt oft unbefriedigende Behandlungsergebnisse [55]. Auch wenn manche psychischen Symptome als „verständliche Reaktion“ auf eine Herzerkrankung interpretiert werden können, sollten sie in jedem Fall von einem Facharzt für Psychosomatik, einem Psychologen oder Psychotherapeuten abgeklärt werden, weshalb die Vernetzung zwischen Kardiologen und den zuvor genannten Berufen eine wichtige Voraussetzung zur ganzheitlichen Behandlung von Herzpatienten darstellt [56].

Fragen zum Text

1. Wie beeinflussen sich psychische Symptome und kardiologische Erkrankungen?
2. Welche psychischen Symptome sind in der kardiologischen Praxis von besonderer Bedeutung?
3. Wie können Kardiologen mit psychosomatischen Aspekten ihrer Patienten umgehen?

— Zu den Antworten —

Insbesondere Zeichen einer depressiven Symptomatik, Angststörung oder PTBS sollten frühzeitig erkannt und vom Kardiologen angesprochen werden. Entspannungsverfahren wie autogenes Training, progressive Muskelentspannung oder achtsamkeitsbasierte Stressreduktion stehen für interessierte Patientengruppen zur Verfügung. Internet-/handy-basierte verhaltensmedizinische Ansätze können für interessierte KHK-Patienten bezüglich des Gesundheitsverhaltens hilfreich sein [10]. Ein intensiver Austausch sowie die Kooperation zwischen Psychotherapeuten und somatisch behandelnden Fachärzten ist notwendig, um den psychokardiologischen Krankheitsbildern patientengerecht begegnen zu können.

Selbstreflexion

Der Umgang mit „schwierigen“ Patienten, aber auch die Intensität psychischer Symptome bzw. der Realangst von Patienten wenn es um die eigene Sterblichkeit geht sind Herausforderungen der kardiologischen Praxis. Für Behandler aller Fachrichtungen spielt in diesem Zusammenhang die Verleugnung als Abwehr der Todesangst bei der psychischen Verarbeitung von Herzerkrankungen eine besondere Rolle. Die Reflexion der eigenen Abgrenzung und auch der eigenen (Todes-)Angst können mitunter Themen werden, die in Interventionen, Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen bearbeitet werden können.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Albert W. Einführende Überlegungen und Psychodynamische Aspekte zur Herztransplantation. In: Psychosoziale und somatische Prädiktoren für das Survival und die Langzeitlebensqualität nach Herztransplantation. Fortschritte der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 2004, Volume 5. Steinkopff-Verlag, Heidelberg.
2. Schubmann R, Eckelt S, Hermes S, Leithäuser B. Psycho-Kardiologie Kompakt. Verständlich auf den Punkt gebracht. Spitta-Verlag, Balingen, 2018.
3. Chauvet-Gelinier JC, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med 2017; 60: 6–12.
4. Hagstrom E, Norlund F, Stebbins A, et al. Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. J Integr Med 2018; 283: 83–925.
5. Meijer A, Zuidersma M, De Jonge P. Depression as a non-causal variable risk marker in coronary heart disease. BMC Med 2013; 11: 130.
6. Emdin CA, Oduyayo A, Wong CX, et al. Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. Am J Cardiol 2016; 118: 511–9.
7. Vaccarino V, Bremner JD. Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women. Neurosci Biobehav Rev 2017; 74: 297–309.
8. Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. World Psychiatry 2017; 16: 163–80.
9. Westman J, Eriksson SV, Gissler M, et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: A 24-year national register study. Epidemiol Psychiatr Sci 2018; 27: 519–27.
10. Albus C, Waller C, Fritzsche K, et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Der Kardiologe 2018; 12: 312.
11. Meißner M, Riesner S. Psychosomatische Medizin: Mehr Psychokardiologie. Dtsch Arztebl 2011; 108: A-2589/B-2167/C-2139.
12. Bunz M, Kindermann I, Karbach J, et al. Psychokardiologie: Wie Herz und Psyche zusammenhängen. Dtsch med Wochenschr 2015; 140: 117–24.
13. Nawrot TS, Perez L, Künzli N, et al. Public health importance of triggers of myocardial infarction: A comparative risk assessment. Lancet 2011; 377: 732–40.
14. Mostofsky E, Maclure M, Sherwood JB, et al. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: The Determinants of Myocardial Infarction Onset Study. Circulation 2012; 125: 491–6.
15. Schubmann R. Indikationsübergreifende psychokardiologische Komplexrehabilitation – eine neue Verbindungsdisziplin. J Kardiol 2020; 27: 94–9.
16. Weihs V, Fellner B, Huber K, et al. Stress-induced cardiomyopathy (Takotsubo syndrome) in Austria. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2013; 2: 137–46.
17. Weihs W, Piackova E, Eichenberg C, et al. Das Tako-Tsubo-Syndrom – die stressinduzierte Kardiomyopathie. J Kardiol 2019; 26: 193–7.
18. Delmas C, Lairez O, Mulin E, et al. Anxiodepressive disorders and chronic psychological stress are associated with Tako-Tsubo cardiomyopathy-new pathophysiological hypothesis. Circ J 2013; 77: 175–80.
19. Compare A, Brugnera A, Spada A, et al. The role of emotional competence in takotsubo cardiomyopathy. Psychosom Med 2018; 80: 377–84.
20. Templin C, Ghadri J, Diekmann J, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (Stress) cardiomyopathy. N Engl J Med 2015; 373: 929–38.
21. Seligman F, Nemeroff CF. The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications. Ann N Y Acad Sci 2015; 1345: 25–35.
22. ICD-11–11. Revision der ICD der WHO [Online-Dokument <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> (zuletzt gesehen: 16.01.2020)]
23. Raič M. Depression and heart diseases: Leading health problems. Psychiatr Danub 2017; 29 (Suppl 4): 770–7.
24. Eckert S, Hermes S. Herzerkrankungen und Depression. In: Schubmann R, Eckelt S, Hermes S, Leithäuser B (Hrsg). Psycho-Kardiologie Kompakt. Verständlich auf den Punkt gebracht. Spitta-Verlag, Balingen, 2018.
25. Ladwig KH, Lederbogen F, Albus C, et al. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Der Kardiologe 2013; 7: 7–27.
26. Frestad D, Prescott E. Vital exhaustion and coronary heart disease risk: A systematic review and Meta-analysis. Psychosom Med 2017; 79: 260–72.
27. Herrmann-Lingen C. Depression. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg). Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2014; 112–24.
28. Malik S, Spertus JA, Reid KJ, et al. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for highest rates in younger women. Arch Intern Med 2006; 166: 876–83.
29. Fuchs-Strizek R, Berger T. Psychokardiologie in der stationären Rehabilitation. Wien Med Wochenschr 2018; 168: 31–8.
30. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol 2006; 48: 1527–37.
31. Rutledge T, Redwine LS, Linke SE, Mills PJ. A meta-analysis of mental health treatments and cardiac rehabilitation for improving clinical outcomes and depression among patients with coronary heart disease. Psychosom Med 2012; 75: 335–49.
32. Pogossova N, Saner H, Pedersen S, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol 2015; 22: 1290–306.
33. Eichenberg C, Senf W. Klinische Psychosomatik. Utb, München, 2019.
34. Celano CM, Millstein RA, Bedoya CA, et al. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Am Heart J 2015; 170: 1105–15.
35. Klußmann R, Ackenheil M. Herz-Kreislauf-System. In: Ackenheil M (Hrsg). Psychosomatische Medizin. Springer-Lehrbuch, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1996.
36. Schubmann R. Häufige Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Schubmann R, Eckelt S, Hermes S, Leithäuser B (Hrsg). Psycho-Kardiologie Kompakt. Verständlich auf den Punkt gebracht. Spitta-Verlag, Balingen, 2018.
37. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease. A meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2010; 56: 38–46.
38. Frommeyer G, Eckardt L, Breithardt G. Panic attacks and supraventricular tachycardia.

- cardias: the chicken or the egg? *Neth Heart J* 2013; 21: 74–7.
39. Schroth S, Köllner V. Anpassungsstörungen: eine schwierige Diagnose. *PSYCH up2date* 2018; 12: 399–409.
40. Herrmann-Lingen C. Herzinsuffizienz und Herztransplantation. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G, Hrsg. *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2014; 184–200.
41. Jordan J, Bardé J. Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapeut* 2005; 50: 33–42.
42. Shemesh E, Yehuda R, Milo O, et al. Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosom Med* 2004; 66: 521–6.
43. Edmondson D, Richardson S, Falzon L, et al. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: A meta-analytic review. *PLoS ONE* 2012; 7: e38915.
44. Waller C. (Trans-)Generationale Weitergabe früher Traumatisierung auf das kardiovaskuläre System. *Psychotherapeut* 2017; 62: 507–12.
45. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2017; 8: e356–e366.
46. Suglia SF, Koenen KC, Boynton-Jarrett R, et al. Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 137: e15–e28.
47. Felitti VJ. Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Z Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 359–69.
48. Auer C, Kube T, Laferton A, et al. Welche Erwartungen sagen postoperative Depressivität und Ängstlichkeit bei herzchirurgischen Patienten am stärksten vorher? *Z Klin Psychol Psychother* 2016; 45: 93–108.
49. Tully PJ, Winefield HR, Baker RA, et al. Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: A five year longitudinal cohort study. *Biopsychosoc Med* 2015; 9: 14.
50. Magyar-Russell G, Thombs BD, Cai J, et al. The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *J Psychosom Res* 2011; 71: 223–31.
51. S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden [Online-Dokument] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf (zuletzt gesehen: 16.01.2020)
52. Jünger J, Köllner V, von Lengerke T, et al. Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“. *Z Psychosom Med Psychother* 2016; 62: 5–19.
53. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: *Eur Heart J* 2016; 37: 2315–81.
54. Hoyer J, Eifert G. HAF. Herzangstfragebogen [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9005128 und Fragebogen]. In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hg). *Elektronisches Testarchiv*, 2009. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.364> (zuletzt gesehen: 16.01.2020)
55. Rademacher W, Glatz J, Langner P, et al. Psychokardiologische Rehabilitation – interdisziplinäre Behandlung als Pilotprojekt. *Kardiologe* 2019; 13: 40.
56. Eichenberg C, Fiegl J, Hübner L, et al. Psychokardiologie: Das Herz als Projektionsort psychischer Konflikte. *Dtsch Arztebl* 2019; PP18.

Richtige Antworten von Seite 81:

- 1) In einer Vielzahl von Studien wurde bestätigt, dass psychische Symptome und Herz-Kreislauf-Erkrankung sich wechselseitig auf folgende Weise beeinflussen können:
 - a) Psychische Symptome können als Risikofaktoren zur Entstehung einer Herzerkrankung beitragen. Im Kontrast dazu wirkt beispielsweise gute soziale Unterstützung als Schutzfaktor und kann das Erkrankungsrisiko verringern.
 - b) Psychische Symptome können den Verlauf der Herzerkrankung als komorbide Erkrankung negativ beeinflussen.
 - c) Psychische Symptome können durch die kardiale Erkrankung ausgelöst bzw. verstärkt werden. Dies spielt beispielsweise eine Rolle wenn die Diagnose oder das Herzereignis selbst als traumatisch erlebt werden, aber auch im Zusammenhang mit Herzoperationen.
- 2) Stress, depressive Stimmung, Ängste und Trauma und die damit einher gehenden Störungsbilder wie Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörung sind in der kardiologischen Praxis von besonderer Bedeutung. Aber auch somatoforme Störungen sowie psychische Komplikationen im Zusammenhang mit Herzoperationen sind bei der Behandlung von Herzerkrankungen relevant.
- 3) Kardiologen können ihren ganzheitlichen Blick durch entsprechende Literatur zur Psychokardiologie, Fortbildungen und Austausch mit Psychologen fördern. Wichtig ist die Umsetzung dieses Wissens in die tägliche Behandlungspraxis durch eine strukturierte Gesprächsführung, bei der auch psychische Symptome erfragt werden, sowie die Aufklärung des Patienten über mögliche Zusammenhänge zwischen psychischen Aspekten und koronare Erkrankungen. Der Aufbau von Kooperationen zu Psychologen und Therapeuten wirkt einem unkoordinierten Nebeneinander organmedizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen entgegen. Des Weiteren ist die Selbstreflexion beispielsweise in Bezug auf die eigene (Todes-)Angst relevant und kann in Interventionen, Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen bearbeitet werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)