

Bluthochdruck, Koronare Herzerkrankung und Psyche

Vorlesung: Einführung in die psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gliederung

- n Hypertonie und psychische Aspekte
- n Kasuistik
- n Koronare Herzerkrankung und psychische Aspekte
- n Ausgewählte Forschungsergebnisse
- n Psychotherapie bei Herzpatienten?

Blutdruck und Psyche (?)



Hypertonie

- 20-25 % der Erwachsenen in Deutschland haben einen Bluthochdruck!
- Davon
 - ein Viertel nicht bekannt
 - ein Viertel bekannt, aber nicht behandelt
 - ein Viertel bekannt, nicht ausreichend behandelt
 - nur ein Viertel bekannt und ausreichend behandelt

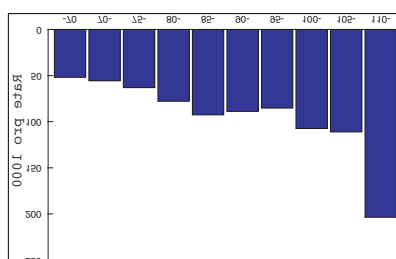
Definition

- Hoher Blutdruck wird definiert als
 - systolischer (erster) Blutdruck ≥ 140 mmHg und/oder
 - diastolischer (zweiter) Blutdruck ≥ 90 mmHg
- Frühere Aussage 100 + Lebensalter sei „normaler“ systolischer Blutdruck **ist falsch!!**

Hypertonie als Risiko

- **häufigste** Krankheitsursache für
 - Schlaganfall
 - Herzinsuffizienz
 - Aortendissektion (lebensgefährlicher Einriß in Körperschlagader)
- wichtige Krankheitsursache für
 - pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)
 - KHK (koronare Herzerkrankung)
 - Nierenarterienstenose

Zwölfjahresraten an kardiovaskulären Todesfällen in Abhängigkeit vom diastolischem Blutdruck (Pflanz, 1977)



Verursachung

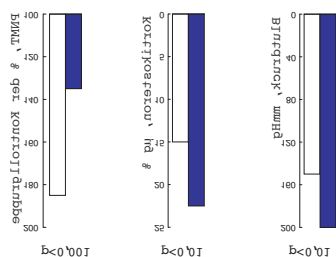
Vererbung
 Persönlichkeit?
 Bel. Situation
 Adipositas
 Salzkonsum

Essentielle
 Hypertonie

Behandlung

Medikamente
 Entspannungsverfahren
 Gewichtsreduktion
 Psychotherapie

Auswirkungen des Verlustes der dominanten Stellung bei Mäusen (Einsetzen in fremde Kolonie, Henry et al., 1971)



PNMT: Phenylethanolamin-N-methyltransferase
blau: umgesetzte Mäuse

Nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

mit den ersten 3 Maßnahmen sind Reduktionen des Blutdrucks um jeweils 5-10 mmHg möglich

- § Gewichtsreduktion
- § kochsalzarme Kost (~ 5g NaCl/Tag)
- § Diät reich an Obst, Gemüse, fettarmen Molkereiprodukten
- § Ausdauertraining
- § Einschränkung des Alkoholkonsums

Sonderfall: Belastungen und Konflikte bei 66 Hypertoniepatienten mit besonders labiler Verlaufsform (Mehrfachangaben, modifiziert nach Gaus et al., 1983)

(n = 66)	
n ausgeprägte berufliche Belastungssituation	33
n Störungen der Arzt-Patient-Beziehung	32
n chronische Konfliktkonstellation	30
n ausgeprägte familiäre Belastungssituation	26
n massives Selbstwertproblem	20
n akuter Objektverlust/Trauerreaktion	16

Wie hoch schätzen Sie den Einfluss von psychischen Faktoren auf koronare Herzerkrankungen?

- n < 10 %
- n 10 – 30 %
- n 30 – 50 %
- n > 50 %

(Keine schwarze-Reihe-Frage)

Herz und Psyche



„Man sieht nur mit dem Herzen gut. Das Wesentliche ist für die Augen **verschlossen**,“ verrät der Fuchs dem „Kleinen Prinzen“ von Antoine de Saint-Exupéry.

Kaiserin Sissi schreibt dem Märchenkönig Ludwig II. „Nun mache beide Hände auf, dass ich alle Liebe hinein tun kann, die ich für Dich im Herzen trage.“

Das Herz in der Sprache:

Das Herz hüpfte vor Freude
 Das Herz auf der Zunge tragen
 Das Herz rutscht vor Schreck in die Hose
 Jemandem das Herz ausschütten
 Jemandem das Herz brechen
 Auf sein Herz hören

Herz und Psyche

Zerbrochenes Herz



Herz als Tattoo



Kasuistik, Herr X: (1)

- n Vorstellung in psychosom. Amb. 2006
- n 1992 Aortenoperation mit Stenteinlage
- n Seitdem antriebslos, depressiv, nur noch zu 50 % leistungsfähig, davor voll belastbar und im Leben stehend
- n Eheprobleme
- n Stationäre psychiatrische Behandlung wegen Depression, Antidepressiva

Kasuistik, Herr X (2)

- n Aus Biographie: Mutter depressive Phasen, Vater starb mit 33 an Folgen einer Hirnblutung (zu spät erkannt). Hohes Leistungsideal in der Familie
- n Empfehlung: Ambulante Psychotherapie, falls nicht ausreichend, tagesklinische oder stationäre psychosomatische Behandlung

Gliederung psychosozialer Aspekte der KHK

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

INTER-HEART: Relevanz koronarer Risikofaktoren für Infarktentscheidung

(n= ca. 30.000; 15152 Fälle +14820 Kontrollen, in 52 Ländern, Yusuf et al., Lancet 2004)

Risikofaktor	Anteil der hierdurch mitbedingten Infarkte
ApoB/ApoA-1 (Apolipoproteine)	49,2%
(höchstens vs. niedrigstens 1/5)	
Aktives Rauchen	36,7%
Psychosoziale Faktoren	32,5%
Abdominelle Adipositas	20,1%
Hypertonus	17,9%
Täglich Obst/Gemüse ↓	13,7%
Bewegung ↓	12,2%
Diabetes	9,9%
Alkoholkonsum	6,7%
Gesamt	90,4%

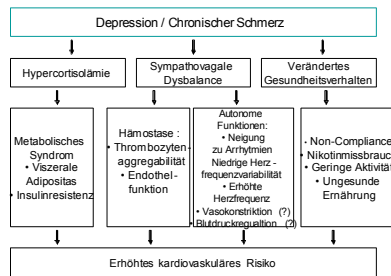
Überblick über die wichtigsten somatischen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Risikofaktoren der KHK

Somatische Risikofaktoren	Verhaltensbezogene Risikofaktoren	Psychosoziale Risikofaktoren
Dyslipoproteinämien Arterielle Hypertonie Diabetes mellitus Gerinnungsstörungen Chronische Infektionen, Erhöhtes Homozystein Genetik	Fehlernährung Überangebot an gesättigten Fettsäuren, Cholesterin und Übergewicht Nikotin Bewegungsmangel Orale Kontrazeptiva	Negative Affekte Depressivität/ vitale Erschöpfung, Angst, Ärger Persönlichkeitsvariablen , „Typ-D-Persönlichkeit“, Feindseligkeit Akuter Stress Chronischer Stress , Geringe soziale Unterstützung Niedriger sozioökonomischer Status

Ausgewählte Studienergebnisse

- Metaanalyse von Linden et al. (1996) erfaßte 21 Studien zur Psychotherapie bei herzkranken Patienten, davon 16 Studien an Herzinfarktpatienten: Signifikante Verringerung der Werte für psychische Belastungen, Blutdruck, Herzfrequenz und Cholesterin-Werte. Reduktion der Reinfarkte um 46 %, der Todesfälle um 40 % infolge der psychotherapeutischen Maßnahmen.
- Schwere depressive Episoden (major depression) während der stationären Behandlung nach einem Herzinfarkt sind prognostisch sehr ungünstig für ein Versterben an einem Reinfarkt (17 % der Depressiven, 3 % der nicht Depressiven verstarben im 6-Monats-Katamnesezeitraum (Frasure-Smith et al., 1993)).
- Patienten ohne soziale Unterstützung haben ein doppelt hohes Risiko, am Herztod nach einem Infarkt (innerhalb 6 Monaten) zu sterben (Berkman et al., 1992).

Pathophysiologisches Modell zum Zusammenhang zwischen Stress, Depression und kardiovaskulären Erkrankungen



Sozioökonomischer Status und KHK

n **Historisch:** Infarkt = Managerkrankheit

n **heute:**
niedriger Sozialstatus = höhere KHK-Inzidenz und Mortalität (bis zu 3-fach)

n mehr „klassische“ Risikofaktoren??

n mehr Stress / psychische Störungen

Psychosoziale Einflüsse auf somatische Standard-Risikofaktoren

n Viele „Standard-Risikofaktoren“ sind durch Verhalten bzw. psychophysiologische Reaktionen mitbedingt !!

n Z. B. Rauchen / „ungesundes Essverhalten“
- gegen depressive Stimmung und innere Anspannung

n Hypertonus
- als „Bereitstellungsreaktion“ bei äußeren Stressbelastungen bzw.
- als Affektäquivalent bei emotionaler Wahrnehmungs- /
Ausdruckschließung und äußerlicher „Hypernormalität“

Beruflicher Stress und KHK

n **Anforderungs-Kontroll-Modell** (Karasek 1979):

n - hohe Belastungen, z. B. Zeitdruck, bei
- geringer Entscheidungs- / Entfaltungsmöglichkeit
* Befundlage widersprüchlich

n **Berufliche Gratifikationskrisen** (Siegrist 1996):

n - hohe berufliche Verausgabung
bei geringer Gegenleistung (Gehalt,
Arbeitsplatzsicherheit)
* Befundlage überwiegend positiv

Partnerschaft und KHK-Genese

Partnerschaft (ggfs. Vertrauensperson)

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

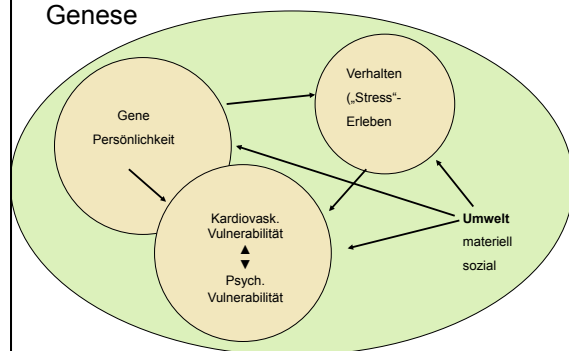
Chronisch negative Emotionen als Prädiktoren kardialer Ereignisse

- n Chronischer Ärger
(Mendes de Leon et al., 1996)
- n Phobische Angst
(z. B. Haines et al., 1987; Kawachi et al. 1994)
- n Depressivität
(Rigullies 2002; Wulsin & Singal 2003; Ladwig et al. 2003;
Hermann-Lingen & Buss 2002)

Psychosoziale Prodromi **bzw.** Auslöser kardialer Ereignisse

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

Biopsychologisches Modell zur KHK-Genese



Depression bei KHK

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

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

Ziele psychotherapeutischer Maßnahmen bei Herzpatienten

- n Verbesserung der Krankheitsverarbeitung
- n Beeinflussung von Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Bewegung, Stress, Ärger und Feindseligkeit (Typ D), beruflich belastende Situationen sowie deren Kombination (Lebensstil))
- n Erweiterung des sozialen Netzes (verbesserte soziale Unterstützung)

Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial

D. A. Jones, R. R. West, BMI 1996, 313: 1517-1521

Randomisierte kontrollierte Studie über die Rehabilitationen von Patienten nach Herzinfarkt in 6 Zentren. Erfasst wurden 2328 Patienten, die innerhalb von 2 Jahren stationär aufgenommen wurden.

Therapieprogramm:
7 Doppelstunden (meist in Gruppen), in den ersten beiden Stunden unter Einbeziehung der Partner, durchgeführt von klinischen Psychologen und Gesundheitsberatern.

Ziele des Programms:
Vermittlung von Informationen über Funktion und Erkrankung des Herzens, Wahrnehmen von stressbelastenden Situationen, Erlernen von Entspannungstechniken, Umgang mit Stress, Entwicklung von krankheitsgerechtem Verhalten, Entwicklung von Selbstvertrauen im Patienten und im Paar.

Ergebnisse:
Keine Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe hinsichtlich somatischer Parameter, Mortalität, Lebensqualität (Behinderung), Angst und Depressivität, aber große Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms.

Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction

Frasure-Smith et al., LANCET 1997, 350: 473-379

Methode: Randomisierte, kontrollierte Studie an 1376 Patienten nach Herzinfarkt, zugewiesen in die Therapiegruppe (n=692) oder Kontrollen (n=684) über 1 Jahr.

Erfasst wurden somatische Parameter, Angst und Depressivität.

Intervention:

Monatliche Telefonate, in denen die psychische Belastung mit dem General Health Questionnaire erfasst wurde.

Bei hoher Belastung (GHQ > 5) Kontaktaufnahme und „therapeutische“ Gespräche durch die kardiologische Krankenschwester, weitere psychosoziale Betreuung durch diese Schwester

Vergleich von Männern und Frauen in der Therapiegruppe hinsichtlich der Betreuung durch Krankenschwester

	Männer (n=372)	Frauen (n=202)	p
Kontaktaufnahme wegen hoher Stresswerte im GHQ	87.9% (327)	86.6% (175)	0.66
Mindestens 2 Schwesternbesuche	92.2% (343)	94.6% (191)	0.29
Mediane Anzahl der Schwesternbesuche	4.0 (4.0)	6.0 (5.3)	<0.0001
Mediane Anzahl der Telefonanrufe durch Schwester	10.0 (9.0)	13.0 (10.3)	<0.0001
Mediane Dauer der Betreuung durch Schwester	221.0 (227.5)	287.0 (174.8)	<1.0001

Figure 2: Cumulative survival during 365 days after discharge in intervention and control groups in the M-HART programme.

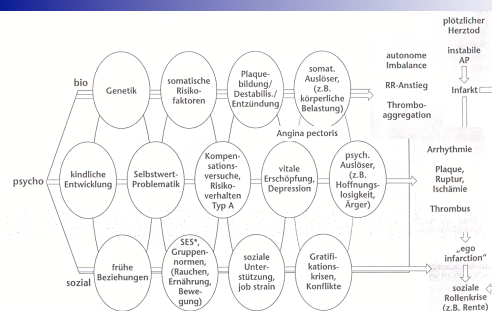


Abb. 57-1 Bio-psycho-soziales Modell zur KHK-Genese (nach HERRMANN-LINGEN 2000).

Studie zum Psychotherapiebedarf und zur psychischen Situation von kardiologischen Patienten

(Schönebeck, Med. Diss. Lübeck, 2000)
N = 241 Patienten, Rücklaufquote ca. 60% (!).

Diagnosen

1-Gefäßkrankung	12 %
2-Gefäßkrankung	13,3 %
3- Gefäßkrankung	28,2 %
nicht näher bezeichnete Koronararteriosklerose	25,3 %
Kardiomyopathien	4,1 %
Arrhythmien	12,9 %

Alter:

Mittelwert 62 Jahre, Standardabweichung 10,5, Range 22 - 83

Geschlecht:

60 weiblich, 181 männlich

Dauer der stationären Behandlung:

Mittel 10,8, Standardabweichung 7,1, Range 2 – 40 Tage

HADS

Angst

Mittelwert 10,8, Standardabweichung 4,0, Range 2 – 40 Tage

Depressivität

Mittelwert 5,4, Standardabweichung 2,8, Range 0 - 19

Bedarf an psychotherapeutischen Maßnahmen

Haben Sie Interesse an zusätzlichen Gesprächen, in denen auf psychische Anteile der Erkrankung (z. B. Auslösung durch Stress). Die Folgen und den Umgang mit der Krankheit eingegangen wird?

ja 47% nein 37% weiß nicht 16%

Wieviele solcher Gespräche halten Sie für sinnvoll?

2 – 3 56% 4 – 5 22% mehr als 5 20%

Welche Gesprächsform halten Sie für sinnvoll?

Einzelgespräch 41% Gespr. mit Partner/Angeh. 19% Gespr. in einer Gruppe 27% / kombiniert 10%

Halten Sie es für sinnvoll, zusätzlich eine Entspannungstechnik zu erlernen (z. B. autogenes Training oder Muskelentspannung)?

ja 63 % nein 22% weiß nicht 15%

Wären Sie bereit, sich zur Behandlung der psychischen Anteile ihrer Erkrankung für einige Zeit auf der psychosomatischen Station der Klinik bei gleichem internistischem Standard betreuen zu lassen?

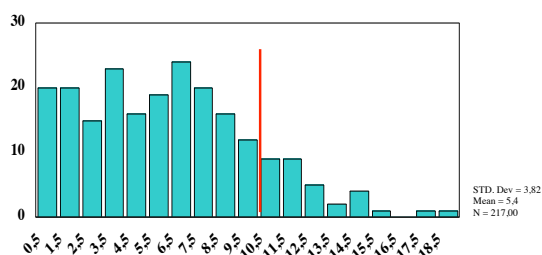
ja 28% nein 45% weiß nicht 27%

Ist bei Ihnen eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder eine Rehamaßnahme geplant?

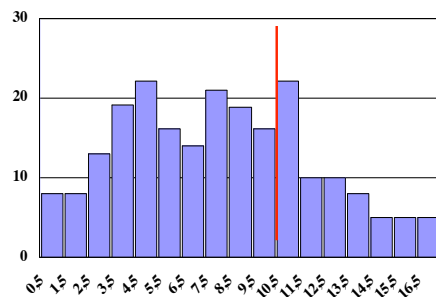
ja 22% nein 42% weiß nicht 36%

Falls ja, wie lange soll diese dauern? _____

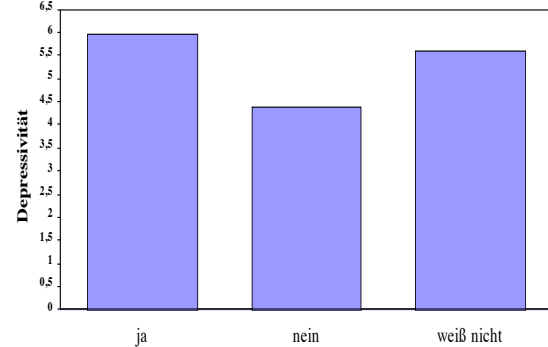
Depressivität bei KHK-Patienten



Angst bei KHK-Patienten



Depression und Interesse an Psychotherapie

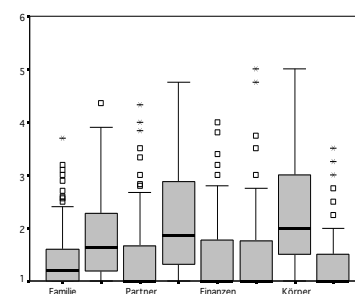


Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution (AFKA)

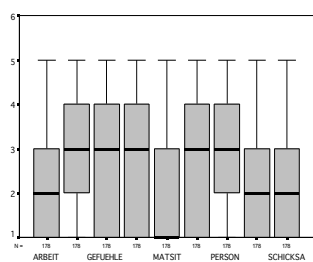
Bereiche:

- n Familie
- n Finanzen
- n Körper
- n Partnerschaft
- n Schicksal
- n Selbst
- n Stress
- n Sucht

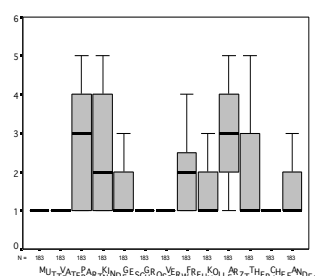
Krankheitsattributionen



Eigene Einflussmöglichkeiten für die Besserung

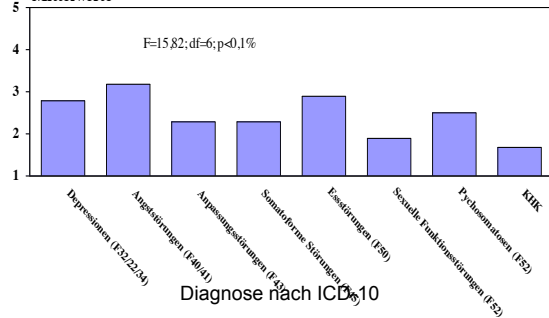


Einflussmöglichkeiten anderer auf die Besserung



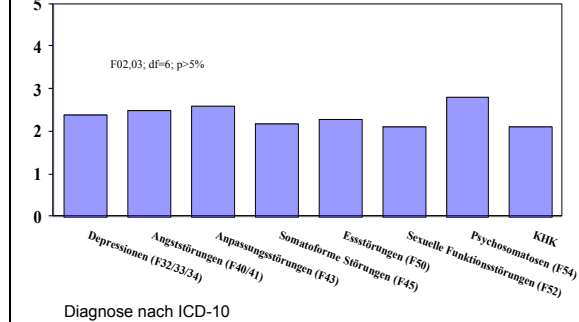
-Attribution auf das Selbst-

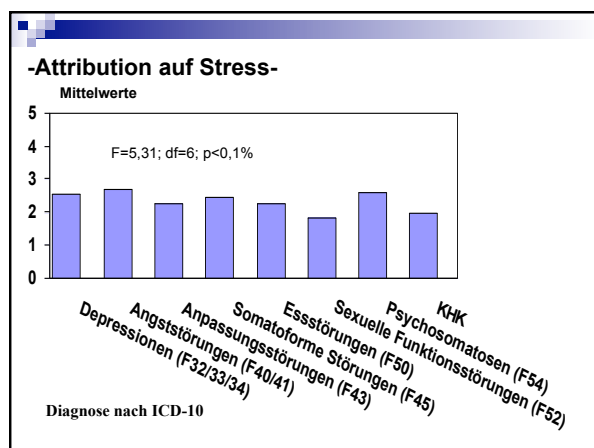
Mittelwerte



-Attribution auf Körper-

Mittelwerte





Schlussfolgerungen:

- Es besteht bei kardiologischen Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen ein Bedarf an "psychotherapeutischen" Gesprächen. Gewünscht werden eher wenige Gespräche, ebenso werden entspannungstherapeutische Angebote für sinnvoll gehalten.
- Patienten mit höheren Depressions- oder Angstwerten schildern einen höheren Bedarf an Psychotherapie.
- Krankheitsattributionen der Patienten beziehen sich am ehesten auf Stress und körperliche Probleme.
- Ärzte und Partner haben (neben dem Patienten) am ehesten Einflussmöglichkeiten auf die Besserung.

Hab ein Herz für Dein Herz



WWW.HOBBY.DE



Grundfragen der Psychosomatik und Psychotherapie WS 08/09

Prof. Dr. Horst Kächele, Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

Einführung in die Psychosomatische Medizin	20.10.
Einführung in den Kurs Ärztliche Gesprächsführung und Sozialkompetenz	27.10.
Somatoforme Störungen	03.11.
Essstörungen	10.11.
Psychotherapie bei Depressionen	17.11.
Psychoonkologie	24.11.
Bluthochdruck und koronare Herzkrankung	01.12.
Hauterkrankungen	08.12.
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	15.12.
Bildgebende Verfahren und Psychosomatik	12.01.
Grundlagen der Persönlichkeitspsychologie und Persönlichkeitsforschung (T. Ross)	19.01.
Stationäre Behandlungen (Hendrichske)	26.01.
Tagesklinische und ambulante Behandlung	02.02.
Nachttraum und Tagtraum in der Psychotherapie (Pokorny)	09.02.