



# Psychologische Interventionen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

PD Dr. Oskar Mittag

*Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)*

*Universitätsklinikum Freiburg*

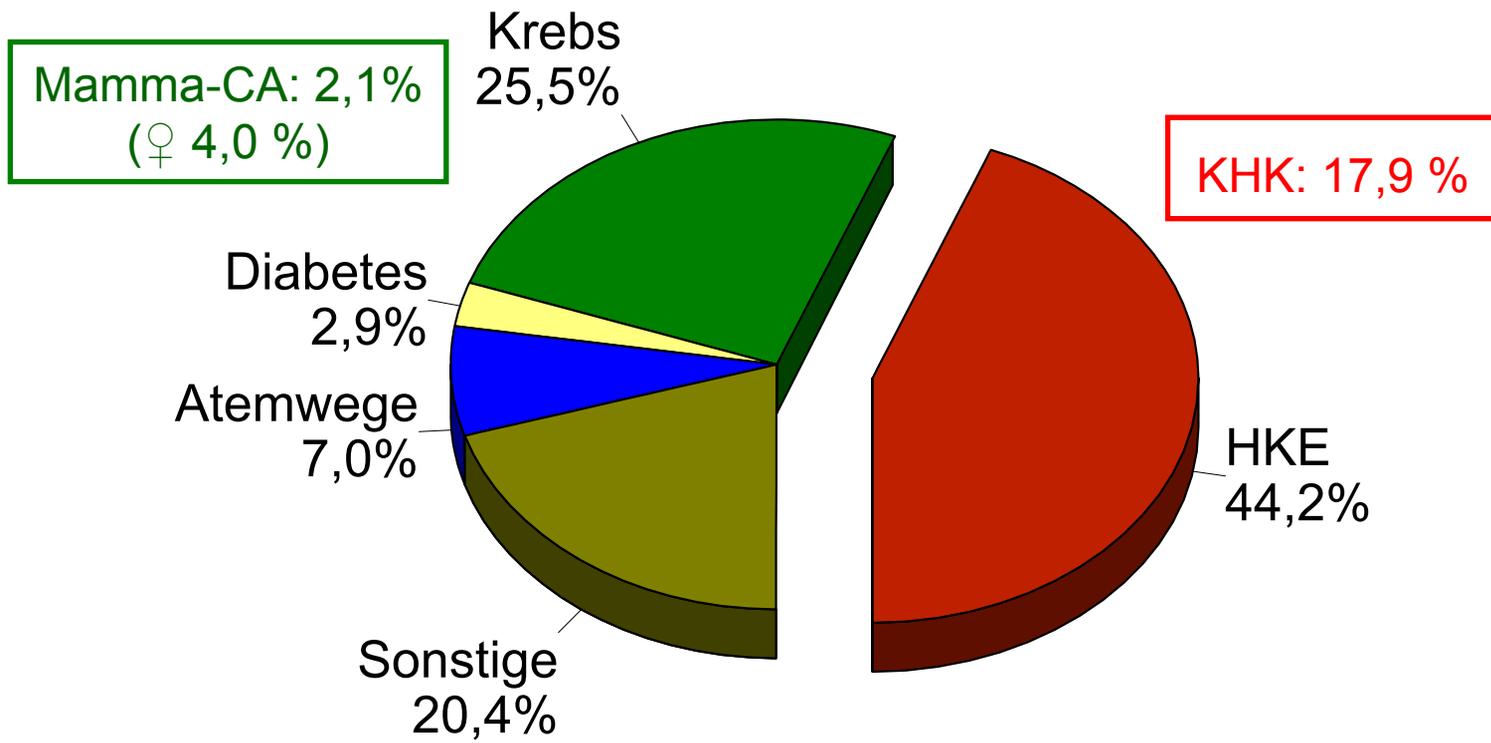
Fortbildung „Psychotherapie und psychologische Interventionen  
bei körperlichen Erkrankungen“, PTK Bayern, 6.3.2010

# Gliederung

- Epidemiologie, Pathologie und Behandlung
- Psycho-soziale Risikofaktoren
- Was ist mit der „Koronarpersönlichkeit“?
- Gibt es eine kausale / spezielle Psychotherapie für HerzinfarktpatientInnen?
- Sonstige psychologische Interventionen: Was ist derzeit gesichert?
- Fazit für die Praxis
- Empfehlungen für den (psycho-)therapeutischen Umgang mit KoronarpatientInnen

# Todesursachenstatistik

Deutschland 2005



(Statistisches Bundesamt, 2007)

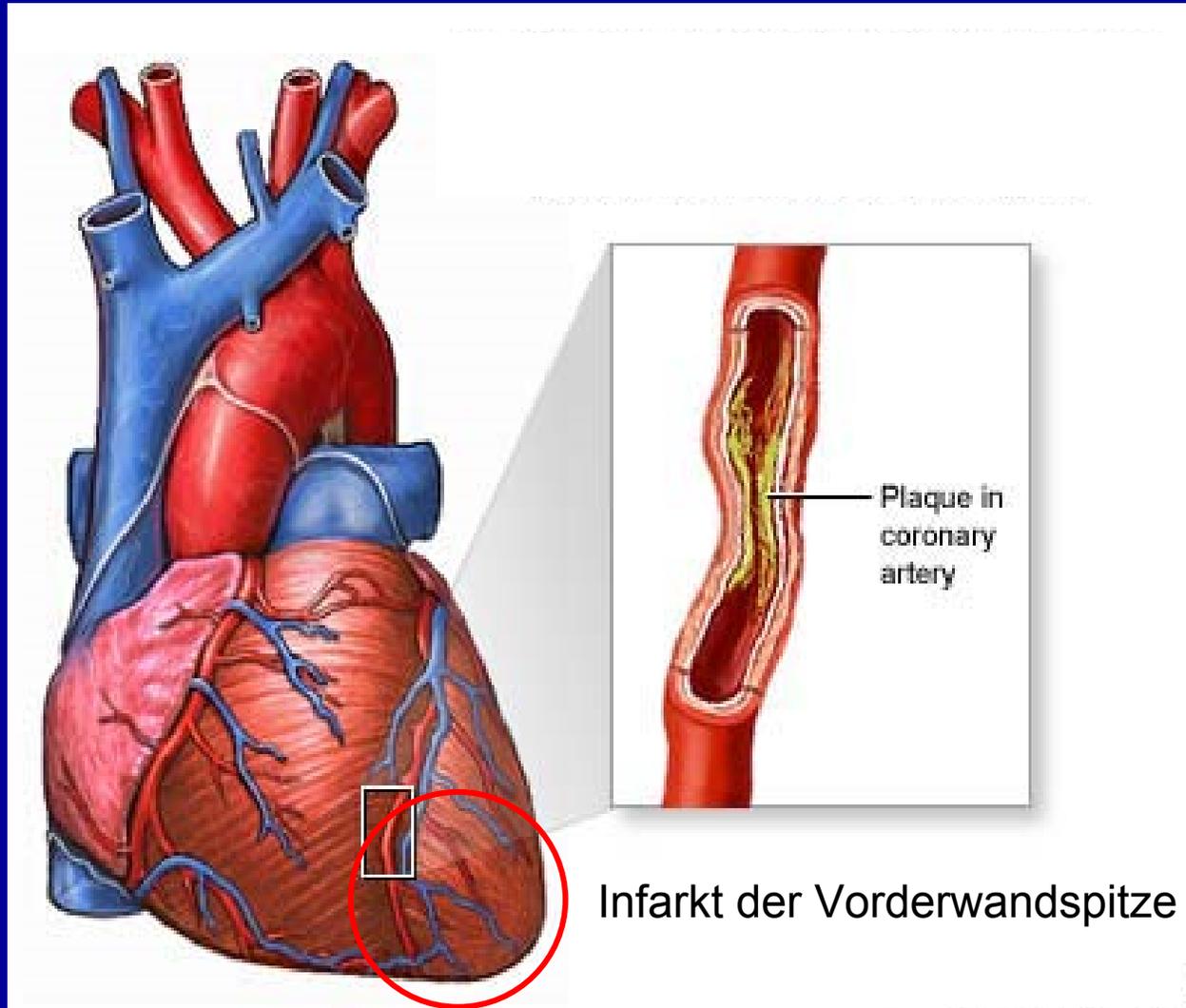
# Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Angeborene Herzfehler
- Koronare Herzerkrankung (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt)
- Herzinsuffizienz
- Kardiomyopathien
- Vitien
- Zerebrovaskuläre Krankheiten
- Sonstige Gefäßerkrankungen (z. B. pAVK)
- Hypertonie
- Herzrhythmusstörungen
- ...

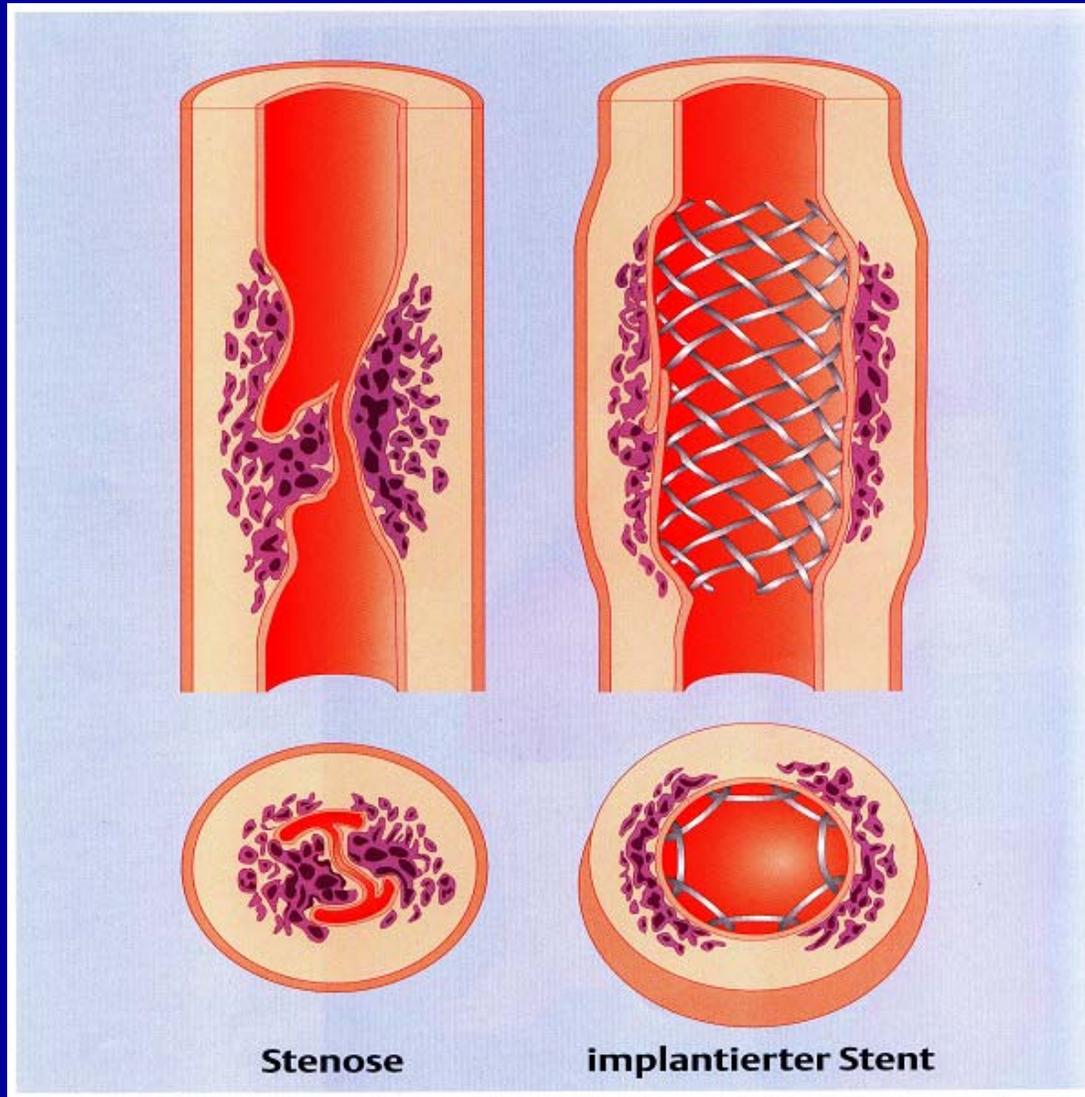
# KHK-Morbidität und -Mortalität

- Morbidität in 2006 bei ca. 720.000 stationären Fällen; davon ca. 210.000 wegen Herzinfarkt (Bruckenberger, 2008)
- Mortalität in 2006 bei ca. 144.000 Todesfällen; davon ca. 65.000 infolge eines Herzinfarkts (Bruckenberger, 2008)
- Erstmanifestation bei Frauen etwa 10 Jahre später als bei Männern (Bruckenberger, 2008)
- Sterblichkeit des akuten Herzinfarkts (24 Std.) liegt bei 30-60 % (Strauer, 2008)
- Hospitalsterblichkeit heute bei 2-4 % (vor 30 Jahren noch ca. 30 %!) (Strauer, 2008)
- Leitsymptom ist der retrosternale Schmerz mit Ausstrahlung in die Umgebung, oft verbunden mit vegetativen Beschwerden (z. B. Übelkeit, Dyspnoe) und Angst
- 40 – 60 % der PatientInnen haben vor dem Infarkt keine für sie als Prä-Infarktzeichen identifizierbaren Beschwerden (Strauer, 2008)
- Frauen werden deutlich später als Männer zur invasiven Diagnostik überwiesen, und die Prähospitalphase ist bei ihnen länger! (Bjarnason-Wehrens, Mittag & Schannwell, 2008)

# Herzmuskel- bzw. Myokardinfarkt

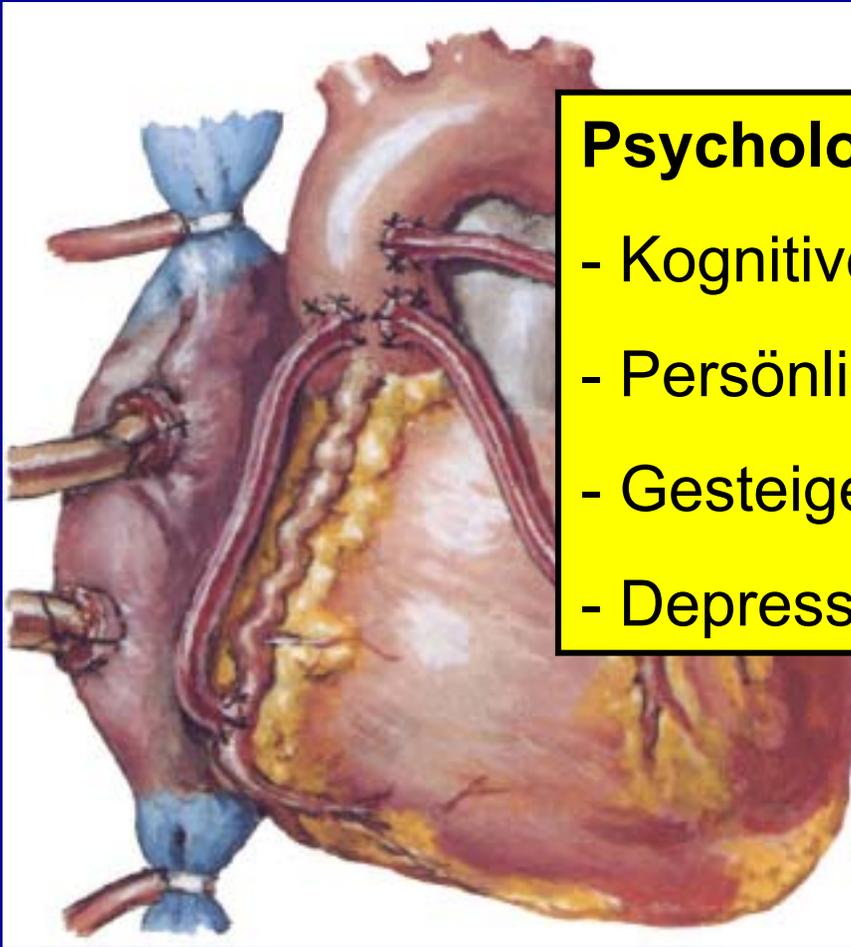


# PCI mit Stentimplantation



„Drug-eluting or not?“

# Bypass-Operation



## Psychologische Komplikationen

- Kognitive Defizite
- Persönlichkeitsveränderungen
- Gesteigerte affektive Berührbarkeit
- Depression

3-fach-ACVB

# Risikofaktoren der KHK

- **Fixe Risikofaktoren**
  - Alter
  - Geschlecht
  - Genetik (z. B. FA, Lipidstoffwechsel)
- **Risikofaktoren 1. Ordnung**
  - Hypercholesterinämie (OR ~ 3)
  - Tabakrauchen (OR ~ 3)
  - Hypertonie (OR ~ 2)
  - Diabetes mellitus (OR ~ 2-3)
- **Risikofaktoren 2. Ordnung**
  - Bewegungsmangel
  - belastende Arbeitsbedingungen / familiäre Konflikte
  - Ungenügender sozialer Rückhalt
  - negativer Affekt (Depression, Angst, Ärgerneigung ...)
  - niedriger sozio-ökonomischer Status

# „Typ A-Verhalten“: Siegesszug eines Konzepts ...

- Hetze, Ungeduld, Feindseligkeit, Ehrgeiz, Konkurrenz
  - Große Konkurrenz
- „Menschen, die kein A-Typ-Verhaltensmuster aufweisen, werden fast nie vor dem 70. Lebensjahr koronarkrank, ganz gleich, wie fett sie essen, wie viele Zigaretten sie rauchen und wie wenig Bewegung sie haben. Wenn sie jedoch dieses Verhaltensmuster aufweisen, bricht die koronare Herzkrankheit oft schon in den Dreißigern oder Vierzigern aus “

(Friedman & Rosenman, 1975; nach Myrtek, 2000, S. 8)

# „Typ A-Verhalten“: Siegeszug eines Konzepts ...

- Hetze, Ungeduld, Feindseligkeit, Ehrgeiz, Konkurrenzstreben ... (Friedman & Rosenman, 1959, 1974)
- Große Studien bestätigten zunächst das Konzept (WCGS; Framingham-Studie)
- In den 80er Jahren vom National Heart, Lung, and Blood Institute „offiziell“ als Risikofaktor anerkannt

# ... und sein Niedergang ...

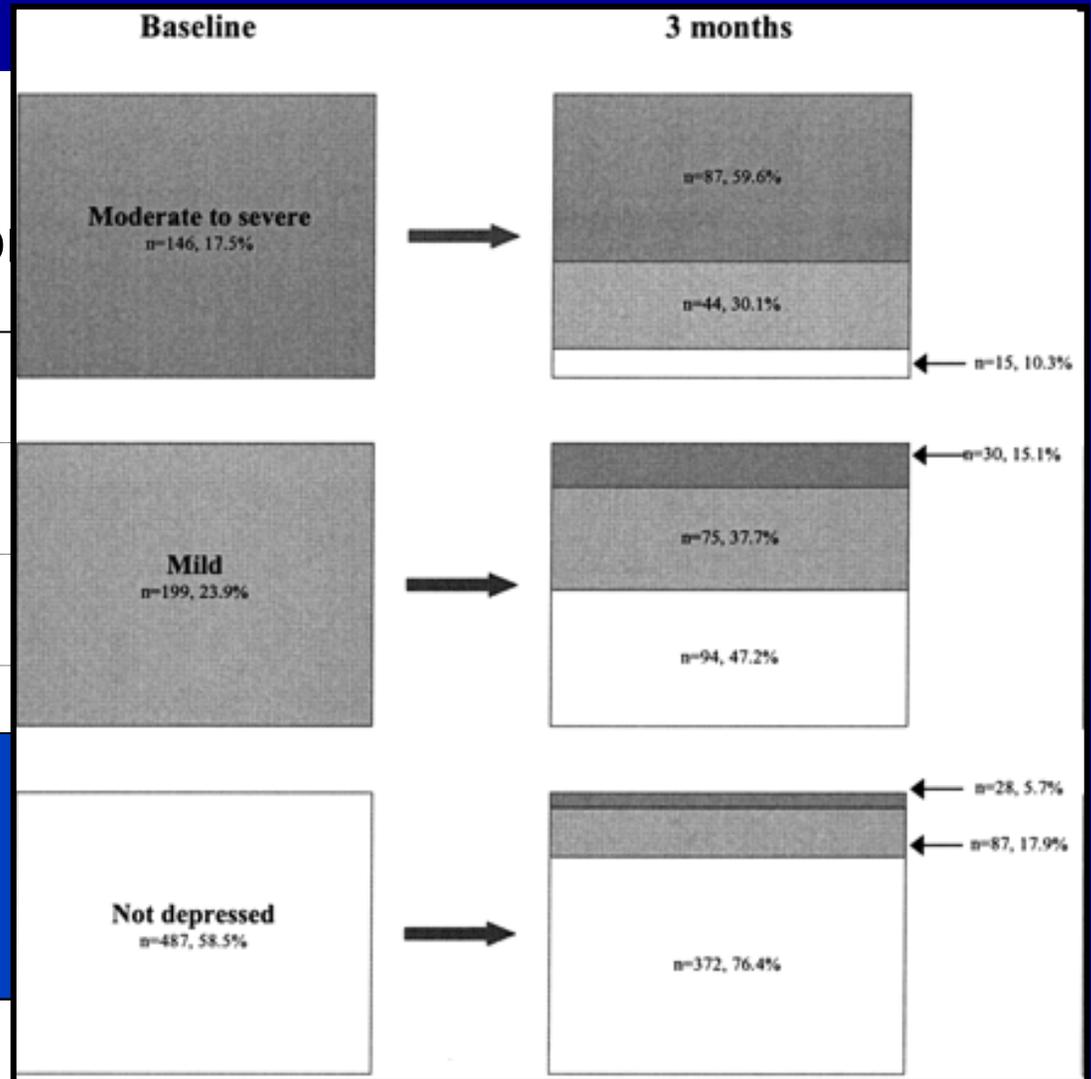
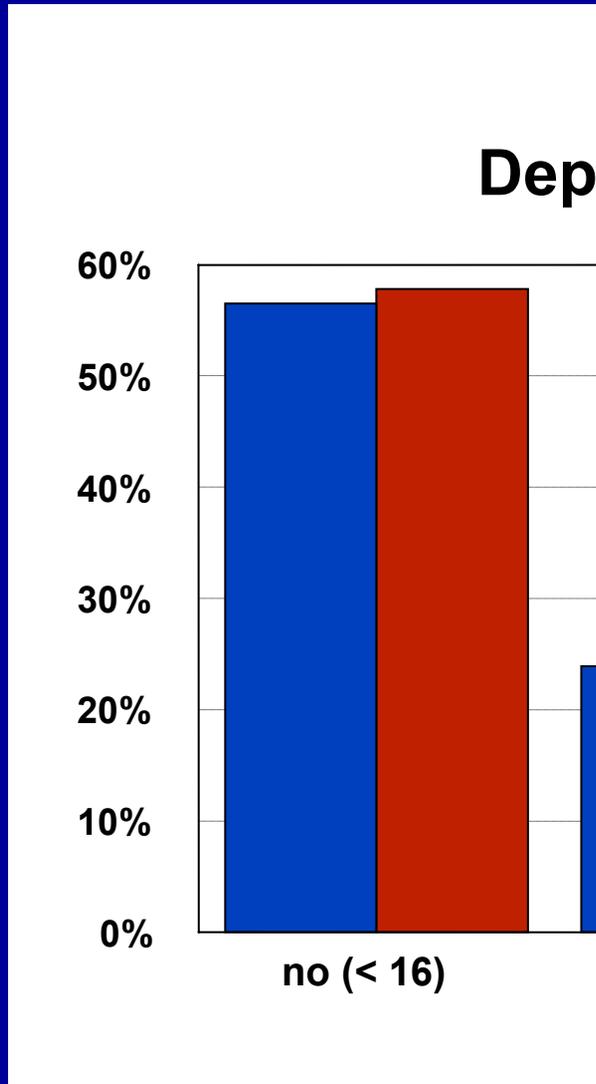
- Nach keinem Must (1985).  
**Nachfolgekonzepte:**
  - Feindseligkeit als „toxisches“ Element
  - negativer Affekt (Depression)
  - Typ D-Persönlichkeit
- Eine der V mit Typ A, die den Infarkt überlebten, eine bessere Prognose hatten (Ragland & Brand, 1988).
- Metaanalysen kommen zu dem Schluss, dass das Typ A-Verhalten keinen eigenständigen Risikofaktor der KHK darstellt (z. B. Myrtek, 2000).

# Prävalenz depressiver Störungen in der kardialen Reha

	Patienten	Instrumente	Diagnosen	Prävalenz
Frasure-Smith et al. (1993)	Z. n. MI	Diag. Interview	Major Depression	16 %
Härter et al. (2002)	kard. Reha	HADS-D > 10 CIDI	Depressivität Affektive Störung	10 % 9 %
Nübling et al. (2002)	kard. Reha	HADS-D > 8	Depressivität	16 %
Mittag et al. (2004)				
Barth et al. (2006)				

„In der post-Akutphase ... werden für die mittels standardisiertem Interview diagnostizierte Major Depression Häufigkeiten zwischen 16% und 26% berichtet“ (Herrmann-Lingen & Buss, 2002, S. 52)

# Depression im Zeitverlauf

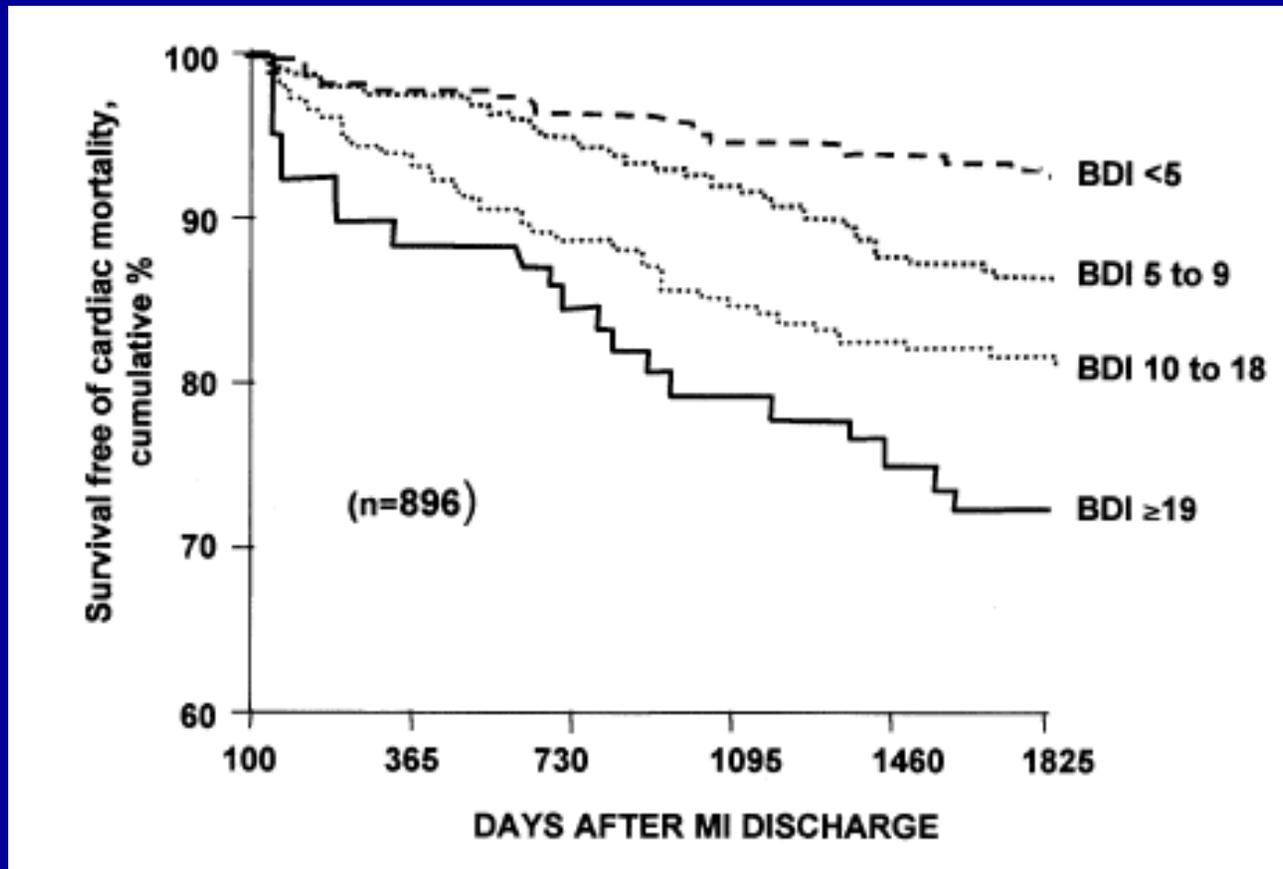


(Schrader et al., 2004)

# Depression und KHK

- Das Risiko, an einer KHK zu erkranken, liegt bei Depressiven um 60 % höher (z. B. Nicolson et al., 2006; Rugulies, 2002; Van der Kooy et al., 2007).
- Depression verdoppelt das Mortalitätsrisiko bei einer bestehenden KHK (z. B. Barth et al., 2004).

# Zusammenhang zwischen Depression und der Prognose der KHK

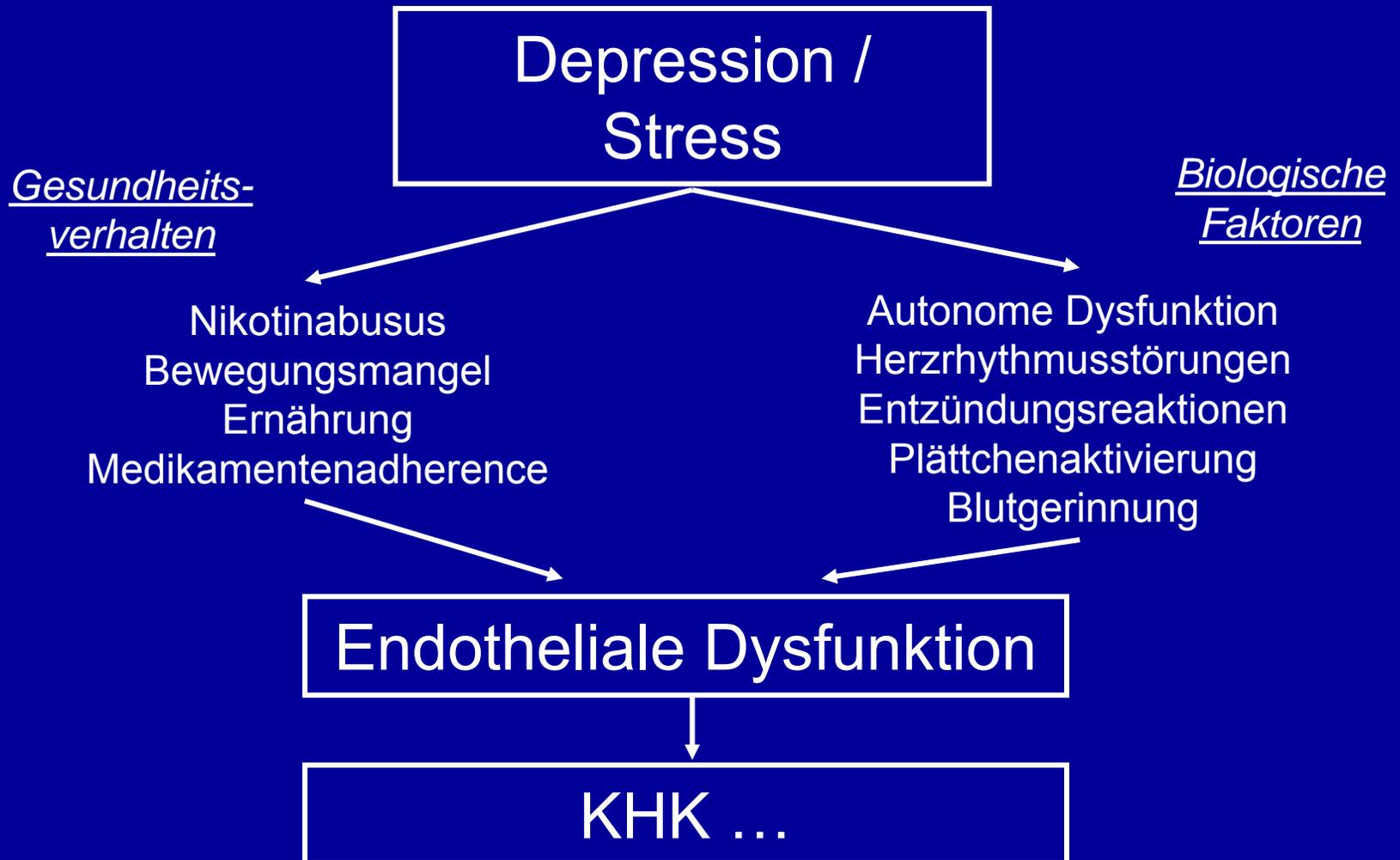


(aus: Rozanski et al., 2005, p. 638)

# Depression und KHK

- Das Risiko, an einer KHK zu erkranken, liegt bei Depressiven um 60 % höher (z. B. Nicolson et al., 2006; Rugulies, 2002; Van der Kooy et al., 2007).
- Depression verdoppelt das Mortalitätsrisiko bei einer bestehenden KHK (z. B. Barth et al., 2004).
- Depressivität beeinträchtigt massiv die Lebensqualität der PatientInnen.
- Angst ist mit vermehrter Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen verbunden (Herrmann-Lingen & Buss, 2002).

# Mögliche Wirkpfade



# ... aber ist Depression wirklich ein eigenständiger Risikofaktor?

- Befunde sind teilweise widersprüchlich (z. B. Carney et al., 2009; Dickens et al., 2007; Nabi et al., 2008; Van der Kooy et al., 2007).
- Adjustierung für somatische Risikofaktoren ist oft unzureichend (Nicholson et al., 2006).
- Es gibt Hinweise auf „reverse causality“ (Nicholson et al., 2006)
- Erfolgreiche Behandlung der Depression verbessert die Prognose der KHK nicht (ENRICH, SADHART).
- Antidepressiva (SSRI) hemmen ihrerseits die Plättchenaggregation (Faller, 2008).
- Möglicherweise sind Depression und KHK genetisch vergesellschaftet (Pleiotropie) (z. B. McCaffery et al., 2006; Scherrer et al., 2003).

# Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) trial

- RCT an 2.481 InfarktpatientInnen aus 73 Akutkliniken mit
  - Depression (DSM-IV-Kriterien) und / oder
  - „low perceived social support“ (Fragebogen)



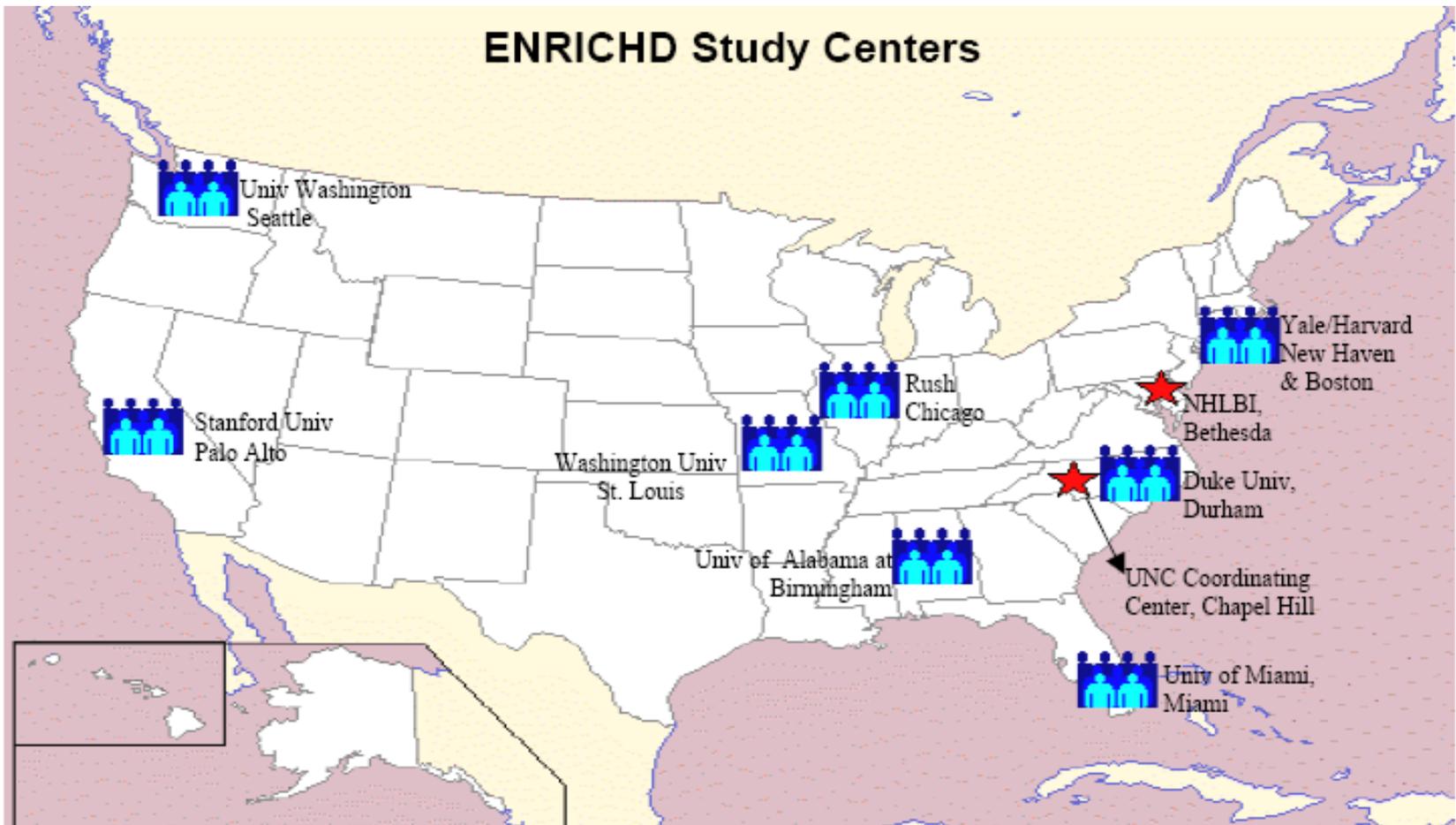
# ASK ME ABOUT ENRICHD

Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Newsletter

Volume 1 Issue 1

Spring 1999

## ENRICHD Study Centers

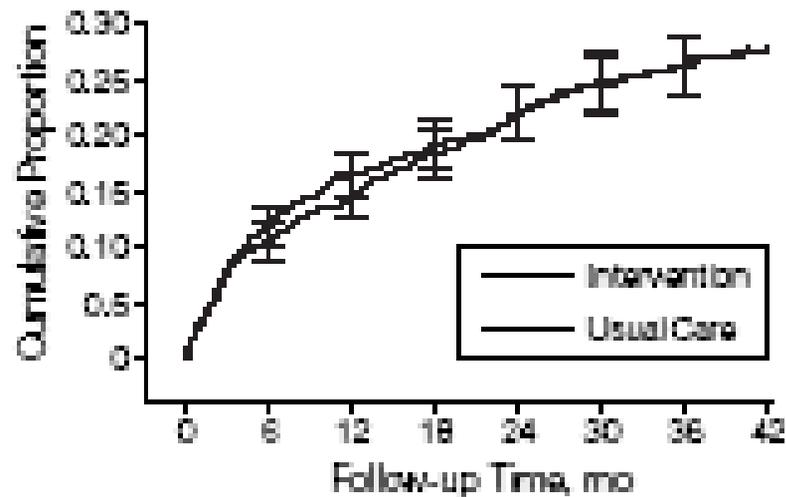


# Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) trial

- RCT an 2.481 InfarktpatientInnen aus 73 Akutkliniken mit
  - Depression (DSM-IV-Kriterien) und / oder
  - „low perceived social support“ (Fragebogen)
- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) über sechs Monate, Gruppentherapie, SSRI bei Bedarf vs. usual care
- Endpunkt: Morbidität und Mortalität
- Behandlung war wirksam (6 Monate) ...
- ...aber ...

# Endpunkte (1)

**Figure 2. Estimated Probability of Death or Nonfatal Myocardial Infarction**



No. at Risk

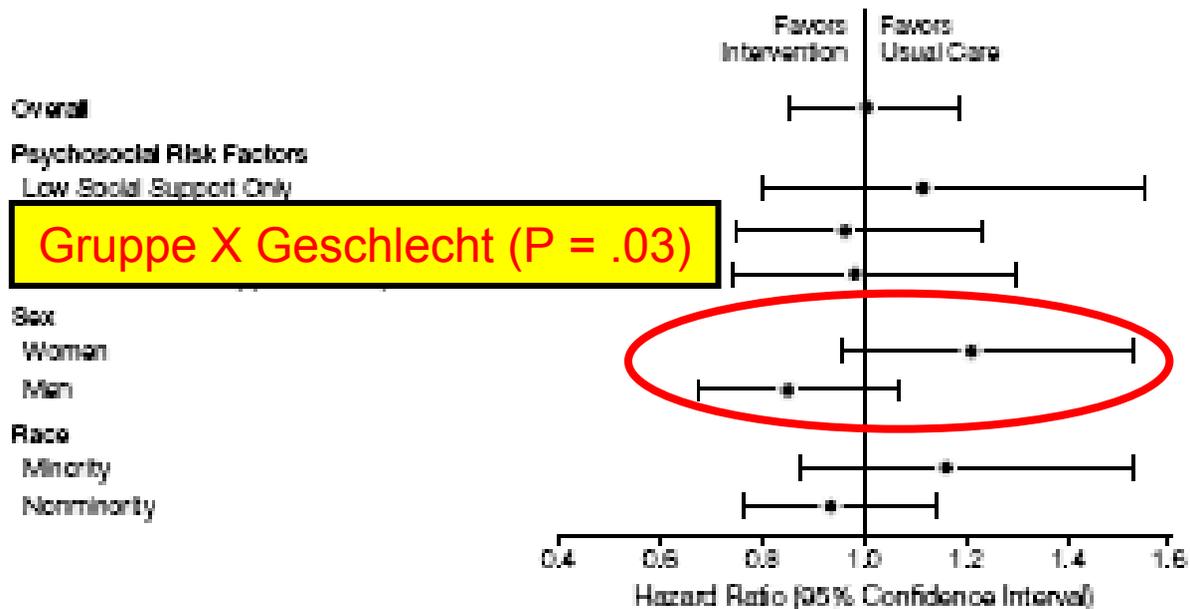
Usual Care	1243	1099	1031	898	670	460	265	130
Intervention	1238	1083	1010	886	669	439	260	122

Error bars represent SEs.

(ENRICHD-Investigators, 2003, p. 3111)

# Endpunkte (2)

**Figure 3. Effect of Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Intervention on Risk of Death or Nonfatal Myocardial Infarction**



Error bars indicate 95% confidence intervals.

# Endpunkte (2)

## Was sind die Konsequenzen?

- Behandlung der Depression erfolgt vorwiegend zur Verbesserung der Lebensqualität.
- Kognitive Verhaltenstherapie und / oder Antidepressiva (SSRI) sind wirksam (ENRICH, SADHART).
- „Clinical management“ scheint ähnlich effektiv zu sein wie Psychotherapie (CREATE).
- Bei milden Formen der Depression („cardiac blues“) ist aufmerksames Zuwarten sinnvoll.
- Möglicherweise brauchen koronarkranke Frauen eine andere Form der Intervention ...

# Psychologische Interventionen I

- **Alle (SBT, CBT, Relaxation, Beratung, etc.)**
  - Mortalität<sub>gesamt</sub> OR = 0.93 (0.81; 1.06)
  - Mortalität<sub>kardial</sub> OR = 0.86 (0.72; 1.03)
  - non-fatal MI OR = 0.78 (0.67; 0.90)<sup>\*\*\*</sup>
- **Stressbewältigungstraining (SBT)**
  - Mortalität<sub>gesamt</sub> OR = 0.88 (0.67; 1.15)
  - Mortalität<sub>kardial</sub> OR = 0.62 (0.38; 0.99)<sup>\*</sup>
  - non-fatal MI OR = 0.69 (0.52; 0.92)<sup>\*</sup>

(Rees et al., 2004)

# Psychologische Interventionen II

- **SBT / Entspannungstraining**

- Mortalität<sub>gesamt</sub>

- ≤ 2 Jahre OR = 0.72 (0.56; 0.94)\*

- > 2 Jahre OR = 0.89 (0.69; 1.14)

- Mortalität<sub>kardial</sub>

- ≤ 2 Jahre OR = 0.84 (0.72; 1.02)

- > 2 Jahre OR = 0.57 (0.37; 0.86)\*\*

- Mortalitätsreduktion ausschließlich bei Männern!
- Studien, in denen die Behandlung spät einsetzt (> 2 Monate), zeigten bessere Ergebnisse!

(Linden et al., 2007)

# Psychologische Interventionen III

- **Entspannungstraining**

- Blutdruck      -0.42 mmHg<sub>syst.</sub> (-4.68; 3.84)  
                         -0.13 mmHg<sub>diast.</sub> (-3.01; 2.75)
- Ruhepuls      -3.8 bpm (1.2; 6.4)\*\*
- HRV            0.35 SMD (0.04; 0.65)\*
- AP in Ruhe    -0.60 SMD (-0.96; -0.23)\*\*\*
- Angst<sub>state</sub>     -0.35 SMD (-0.51; -0.18)\*\*\*
- Morbidität    OR = 0.39 (0.27; 0.57)\*\*\*
- Mortalität<sub>kard.</sub> OR = 0.29 (0.12; 0.70)\*\*

(van Dixhoorn & White, 2005)

# Fazit für die Praxis

- Psychologischen Interventionen (insbesondere SBT, Relaxation) kommt bei der Behandlung von HKE ein hoher Stellenwert zu.
- Es gibt keine kausale / spezielle Psychotherapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Psychosomatische Grundversorgung ist in vielen Fällen notwendig (und ausreichend!).
- Im Umgang mit KoronarpatientInnen sollten einige therapeutische Grundprinzipien beachtet werden.

# Was (psycho-)Therapeuten beim Umgang mit KoronarpatientInnen beachten sollten

- Die Beschäftigung der PatientInnen mit der Erkrankung nicht pathologisieren („somatische Fixierung ...“)
- Die Realität der Todesbedrohung zulassen
- Gemeinsam mit den PatientInnen eine aktive, hoffnungsvolle Lebensperspektive entwickeln
- Vermittlung eines für die PatientInnen plausiblen Krankheits- und Behandlungskonzepts
- Bevorzugung kognitiv orientierter, themenzentrierter Interventionen
- Aktives therapeutisches Handeln
- Transparenz (Therapeut als Modell für Selbstreflexivität)
- Anerkennung der Lebensleistung des Patienten
- Erfahrung und Flexibilität in der Handhabung der jeweiligen therapeutischen Methode helfen

(nach Boll-Klatt, 2007)



Ich freue mich auf die Diskussion!

# Ausgewählte Literatur

- Albus, C., De Backer, G., Deter, H.-Ch., Herrmann-Lingen, C., Oldenburg, B., Sans, S., Schneiderman, N., Williams, R. B. & Orth-Gomér, K. (2005). Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. *Das Gesundheitswesen*, 67, 1-8.
- Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Bjarnason-Wehrens, B., Grande, G., Löwel, H., Völler, H. & Mittag, O. (2007). Gender specific issues in cardiac rehabilitation: Do women with ischemic heart disease need specially tailored programs? *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 163-171.
- Herrmann-Lingen, C. (2000). Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 315-330.
- Herrmann-Lingen, C., Albus, C. & Titscher, G. (Hrsg.). (2007). *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herrmann-Lingen, C. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt: VAS.
- Langosch, W., Budde, H.-G. & Linden, W. (2003). *Psychologische Interventionen zur koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt. VAS.
- Linden, W., Phillips, M.J. & Leclerc, J (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal Advance Access* (doi:10.1093/eurheartj/ehm504).
- Mittag, O. (2005). Psychotherapie bei Herzinfarkt. In H. Faller (Hrsg.), *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen* (S. 184-198). Stuttgart: Thieme.
- Mittag, O. (2009). Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 444-449). Göttingen: Hogrefe.
- Rees, K., Bennett, P., West, R, Davey Smith P. & Ebrahim, S. (2004). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2* (doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub2).
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51-61.
- Van Dixhoorn, J. & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 193-202.

# CREATE-Studie (Lespérance et al., 2007)

- Verblindetes RCT an 284 KHK-PatientInnen mit major depression (SKID)
- Vier Gruppen:
  - (1) Interpersonale Psychotherapie + „clinical management“ + SSRI
  - (2) wie oben + Placebo
  - (3) „clinical management“ + SSRI
  - (4) wie oben + Placebo
- Endpunkt (12 Wochen):  $\Delta$  HAM-D-Score
- $\rightarrow$  SSRI  $>$  Placebo ( $p = .005$ )
- $\rightarrow$  „Clinical management“  $>$  ITP (n. s.)