

Depression und koronare Herzkrankheit: Unterbrechen Sie den Teufelskreis!

Drei Schlüsselfragen helfen beim ersten Screening

Psychischer Stress und Depressionen erhöhen das Risiko eines Herzinfarkts. Nach einem Herzinfarkt wiederum nimmt das Risiko einer Depression oder einer anderen psychischen Erkrankung zu. Was dahintersteckt und wie Sie betroffenen Patienten helfen können, diesem Teufelskreis zu entkommen, erläuterte Prof. Josef Jenewein, Zürich, im Rahmen der Fortbildung «Psychiatrie und Somatik im Dialog».

Marianne I. Knecht

Gefühle werden seit je im Herzen lokalisiert. Ob das Herz nun vor Freude schier aus der Brust zu springen droht, vor Angst in die Hose rutscht oder einem Trauer das Herz schwer macht, stets wird dieser Hohlmuskel inmitten des Brustkorbs als das Zentrum unseres Empfindens angesehen. Es ist deshalb nicht weiter erstaunlich, dass psychische Erkrankungen zu Herzproblemen führen können und Herzleiden umgekehrt die Psyche negativ beeinflussen.

Stress führt zu Depressionen ...

Neben körperlichen und genetischen Faktoren ist Stress eine Hauptursache für die Entstehung einer Depression, wie Prof. Josef Jenewein, Stv. Klinikdirektor und Leitender Arzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsspital Zürich, ausführte. Psycho-

soziale Stressoren beeinflussen dabei direkt die Hirntätigkeit: Durch zerebrale Stimulation werden über das autonome Nervensystem und die HHNR-Achse die beiden Stressachsen aktiviert. In Rinde und Mark der Nebenniere kommt es zur Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin/Noradrenalin. Cortisol als eines der wichtigsten Stresshormone spielt somit nicht nur bei der Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen eine entscheidende Rolle, auch bei Depressionen besteht eine Veränderung der Stressachse und des Cortisolspiegels.

... und kann akute kardiale Ereignisse auslösen

Wie direkt sich emotionaler Stress auf die Herzrhythmusleistung auswirken kann, zeigte Jenewein in eindrücklicher Weise anhand einer Studie von deutschen Kardiologen (1). Bei Spielen der deutschen Nationalmannschaft während der Fussballweltmeisterschaft 2006 stiegen akute kardiale Ereignisse um mehr als das Doppelte an. Die Zunahme behandlungsbedürftiger Herzprobleme war umso grösser, je wichtiger ein Spiel bezüglich des Weiterkommens innerhalb des Turniers war. Auch bei der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie beziehungsweise dem Broken-Heart-Syndrom werden durch emotionalen Stress Symptome eines Myokardinfarkts ausgelöst, ohne dass anatomische Veränderungen der Koronarien vorliegen. Wie hoch das Risiko für eine koronare Herzkrankheit bei

depressiven Patienten ist, geht aus einer Übersichtsarbeit hervor: Durchschnittlich liegt laut Studie das relative Risiko für einen Infarkt bei depressiver Stimmungslage rund 1,5-, bei einer klinischen Depression sogar 2,7-mal höher als bei Gesunden (2). Die INTERHEART-Studie aus dem Jahr 2004 konnte zudem zeigen, dass bei der Entstehung eines Myokardinfarkts psychosoziale Stressfaktoren einen ähnlich grossen Einfluss haben wie etwa Rauchen oder Diabetes (3). Eine Depression zu erkennen und zu behandeln, ist daher nicht nur im Hinblick auf die Verbesserung der psychischen Verfassung wichtig, sondern auch um zusätzliche kardiovaskuläre Erkrankungen zu vermeiden.

Depressionen nach Herzinfarkt sind häufig ...

Ähnlich sieht die Situation bei Patienten nach Myokardinfarkt (MI) aus: Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist nach einem Infarkt deutlich erhöht. Sollte deshalb jeder Infarktpatient mit Antidepressiva behandelt werden? Die 2003 publizierte ENRICHED-Studie* hat die Zahl der Rezidive von Post-MI-Patienten mit und ohne antidepressive Therapie miteinander verglichen (4). Eine signifikante Verbesserung der Reinfarktrate konnte unter antidepressiver Behandlung nicht nachgewiesen werden, was möglicherweise auf eine inadäquate und damit eine nicht effektive Depressionsbehandlung der Studienpatienten zurückzuführen ist. Mathew und Charney konnten 2009 zeigen, dass die Hazard-Ratio für einen tödlichen Reinfarkt erst ab einer Verbesserung des Beck-Depressions-Inventars um mindestens 20 Punkte abnimmt, was nur durch eine sehr effektive Therapie erreicht

* The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Randomized Trial

MERKSÄTZE

- ❖ Psychischer Stress und psychiatrische Erkrankungen sind wichtige Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen.
- ❖ Depressionen sollen und müssen behandelt werden.
- ❖ Früherkennung und richtige Behandlung einer Depression (Psychotherapie, Medikamente, Veränderung des Gesundheitsverhaltens) sind wichtig.

Schlüsselfragen zur Diagnostik einer depressiven Störung:

1. Fühlten Sie sich während des letzten Monats häufig traurig, niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie während des letzten Monats weniger Lust und Interesse, Dinge zu tun?
3. Denken Sie, dass Sie deshalb Hilfe benötigen?

Kardiovaskuläre Erkrankung und Depression: Wie hängen sie zusammen?

Bei der Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen und Depressionen geht man heute vom sogenannten Allostase-Modell aus. Via autonomes Nervensystem und Stressachsen versucht sich der Körper an stresshafte Anforderungssituationen sowohl physisch als auch psychisch anzupassen, um die Stabilität aufrechtzuerhalten und ein neues Gleichgewicht finden zu können. Im Rahmen dieser Anpassungsleistungen werden die Hormonsysteme hochgefahren, der Cortisolspiegel steigt an, Gefässe verändern sich, das Verhalten (Ernährung, Bewegung) wird adaptiert, solange, bis das System in eine maximale Schiefelage gerät und schliesslich dekompensiert.

werden kann (5). Gemäss einem aktualisierten Cochrane-Review besteht weiterhin keine eindeutige Evidenz dafür, dass die Gesamtsterblichkeit oder das Risiko für einen nicht tödlichen Reinfarkt beziehungsweise eine erneut notwendige Revaskularisation durch eine Psychotherapie verringert werden kann (RR: 0,90) (6). Hingegen werden die kardiale Mortalität und psychische Symptome (Depression, Angst, Stress) durchaus verbessert (RR: 0,79), wenn im Anschluss an einen Herzinfarkt eine psychotherapeutische Behandlung erfolgt. In diesem Review nicht abschliessend geklärt ist die Frage, welche Patienten am meisten von einer Psychotherapie profitieren (Patienten mit vorbestehenden oder Patienten mit neu aufgetretenen psychischen Symptomen) oder welche antidepressive Behandlung am effektivsten ist (Psychotherapie und/oder Psychopharmaka).

... und sollten behandelt werden

Die bisherigen Erkenntnisse legen nahe, dass eine Post-MI-Depression ein höheres Risiko für ein erneutes koronares Ereignis mit sich bringt, wenn es sich um die erstmalige Episode einer Depression handelt. Es wird laut Jenewein darüber diskutiert, ob es sich bei dieser Form der Depression gar um ein eigenes Krankheitsbild handelt. Erschwerend auf den Verlauf einer Post-MI-Depression wirkt sich zudem aus, dass betroffene Patienten oft unter zusätzlichen psychischen Symptomen leiden. So gehören depressive Störungen bei etwa 20 bis 40 Prozent der Patienten zu den psychischen Folgen eines Herzinfarkts. Ungefähr 20 bis 40 Prozent der Patienten leiden unter Angststörungen, und bei 10 bis 20 Prozent kommt es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ein weiteres Problem bei der Behandlung der Post-MI-Depression ist die unzuverlässige Compliance der Patienten, sei es bei der Durchführung einer Psychotherapie oder bei der Einnahme von Psychopharmaka. Auch wenn die Evidenzlage bezüglich der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen teilweise unsicher ist, seien sich die Guidelines der kardiologischen Fachgesellschaften dennoch einig darüber, dass Depressionen nach Myokardinfarkt behandelt werden sollen, betont Jenewein in seinem Referat.

Screening in der Praxis

Depressionen zu erkennen und zu behandeln, ist bei Patienten nach Herzinfarkt und/oder kardialer Intervention deshalb besonders wichtig, um ein erneutes kardiales Ereignis zu vermeiden. Für ein erstes Screening im Praxisalltag eignen sich besonders die drei Schlüsselfragen zur Diagnostik einer depressiven Störung (s. *Kasten* oben), die eine Sensitivität und Spezifität von 96 beziehungsweise 89 Prozent aufweisen. Auch der Gesundheitsfragebogen PHQ-9 («Patient Health Questionnaire»), der mit seinen neun Fragen alle DSM-IV-Kriterien zur Diagnose einer «Major Depression» abdeckt, ist ein ausgezeichnetes Screeninginstrument.

Unterstützung durch kognitive Verhaltenstherapie

Zur Stabilisation des psychischen Gleichgewichts kann eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) eine wesentliche

Unterstützung bieten, wie Gulliksson et al. herausfanden (7). Etwas mehr als die Hälfte der 362 Studienpatienten, die innerhalb der letzten 12 Monate einen Herzinfarkt erlitten und eine PTCA oder einen koronaren Bypass benötigten, nahm an einem KVT-Programm teil. Das Programm umfasste das Erlernen von Entspannungsmethoden, Stressmanagement und Handlungskompetenzen, aber auch die Entwicklung der eigenen Spiritualität, mit dem Ziel, den Einfluss von Alltagsstress, Zeitdruck und feindseligen Gedanken auf die Psyche zu verringern. Beim Follow-up über 108 Monate konnte bereits innerhalb des ersten Jahres gegenüber der Kontrollgruppe eine deutlich verminderte Anzahl erneuter kardiovaskulärer Ereignisse festgestellt werden.

Wie Jenewein abschliessend betonte, können das frühzeitige Erkennen und die richtige Therapie einer Depression mit Psychotherapie und antidepressiven Medikamenten, die keine Veränderung der ST-Strecke verursachen (Sertralin, Dulocetin, Mirtazapin), das Risiko eines erneuten Infarktes deutlich verringern. ❖

Marianne I. Knecht

Quelle: Fortbildung Psychiatrie und Somatik im Dialog 2017, Referat «Stress, kardiovaskuläre Krankheiten und Depression. Implikationen für die klinische Praxis», 21. September 2017 in Zürich.

Referenzen:

1. Wilbert-Lampen U et al.: Cardiovascular events during World Cup soccer. *N Engl J Med* 2008; 358(5): 475–483.
2. Rugulies R: Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002; 23(1): 51–61.
3. Yusuf S et al.: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937–952.
4. Berkman LF et al.: Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289(23): 3106–3116.
5. Mathew SJ, Charney DS: Publication bias and the efficacy of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2009; 166(2): 140–145.
6. Richard SH et al.: Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4:CD002902.
7. Gulliksson M et al.: Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med* 2011; 171(2): 134–140.