

Klaus Thomsen

Psychotraumatherapeutische Behandlung von Patienten nach Akutem Herzinfarkt

Eine Psychotherapievergleichsstudie
in der stationären Rehabilitation



Einleitung

Psychische Traumatisierungen sind bei Akutem Myokardinfarkt (AMI) keine Seltenheit. Das mag daran liegen, dass extreme körperliche und psychovegetative Symptome dabei oft sehr plötzlich und ohne Vorankündigung auftreten (starke Angina Pectoris beim Infarktgeschehen) oder kurzfristig medizinische Intensivversorgung und stark invasive Operationen notwendig sind (Rettungsdienst, Intensivstation, Bypass-OP, Narkoseerlebnisse). Traumaerlebnisse können zu chronischen psychischen Beschwerden führen (Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen), die ohne fachgerechte Behandlung zu starker Beeinträchtigung bei der Krankheitsverarbeitung führen können.

Patienten¹ mit einer Koronaren Herzkrankung kommen nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus i.d.R. zur Anschlussheilbehandlung (AHB) in eine Rehabilitationsklinik mit dem Schwerpunkt kardiologische Reha-Medizin. Die Behandlungszeit ist auf drei Wochen begrenzt. In Ausnahmefällen kann die AHB mit Begründung um eine, selten um zwei Wochen verlängert werden. Das „Zeitfenster“, das bleibt, um Patienten nach dem Schock der Erkrankung zu erreichen und nachhaltig für eine „herzgesunde“ Lebensführung zu überzeugen, ist also nicht sehr groß.

Das Reinfarktrisiko erhöht sich anfangs wegen der psychischen Belastung und die umgehend notwendige Lebensstiländerung (Nikotinabstinenz, mehr Bewegung, weniger Stress, bessere Entspannungsfähigkeit, Ernährungsumstellung, Medikamenten-Compliance) wird im ungünstigen Fall emotional und somit motivational beeinträchtigt. Oft geht das Vertrauen in das eigene Herz und gar die Funktion des ganzen Körpers verloren.

In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob psychologische Traumatherapie die psychische Integration des Infarkterlebnisses und seiner Folgen unterstützen oder gar beschleunigen kann. Kann diese Psychotherapieform die konstruktive Krankheitsverarbeitung des Betroffenen fördern? Kann sie gar die individuelle Tertiärprävention der Koronaren Herzkrankheit (KHK) unterstützen?

1 In dieser Arbeit wird versucht, beiden Geschlechtern in der Formulierung gerecht zu werden, z. B. in der Form der Pluralendung, wenn es um bestimmte Personen geht wie die StudienteilnehmerInnen. Im Allgemeinen wird auf die kürzere männliche Form zurückgegriffen, damit die Lesbarkeit des Textes nicht beeinträchtigt wird.

1. Epidemiologie der Koronaren Herzkrankheit (KHK)

Das Herz ist ein Hohlmuskel, der durch Druck und Saugbewegungen das Blut durch den Körper bewegt. Der Herzmuskel (Myokard) wird von einem Netzwerk von Arterien und Venen umschlossen, den Herzkranzgefäßen bzw. den Koronarien. Unter Koronarer Herzkrankheit (abgekürzt KHK) versteht man eine Mangeldurchblutung des Herzmuskels aufgrund einer Verengung oder Verstopfung einer oder mehrerer Koronararterie/n. Die häufigste Ursache sind leichte Verletzungen an Gefäßinnenwänden, wo sich Plaques aus Blut-, Körper- und Fettzellen ablagern. Diesen Vorgang bezeichnet man als Arteriosklerose oder umgangssprachlich als Arterienverkalkung. In Folge dieses Prozesses können sich Herzkranzgefäße verengen und gar verschließen und der Herzmuskel erleidet eine Mangeldurchblutung (Ischämie), die seine Funktion herabsetzt oder unterbricht.

Klinische Erscheinungsformen der Koronaren Herzkrankung sind die Angina Pectoris (chronische und/oder belastungsabhängige Brustschmerzen aufgrund von Mangeldurchblutung des Pumpmuskels), der akute Myokardinfarkt (nach einem plötzlichen Verschluss einer Herzkranzarterie, zumeist durch einen Thrombus) und der plötzliche Herztod nach einem koronaren Verschluss. Die Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) ist häufig Folge der beschriebenen Gefäßerkrankungen. Die Pumpleistung sinkt und damit die körperliche Leistungsfähigkeit.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat sich in seiner Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006 ausführlich mit dem Auftreten der Koronaren Herzkrankheit und des akuten Myokardinfarkts in Deutschland beschäftigt (RKI 2006). Weil Krankenhausdiagnosedaten die Morbidität und Mortalität der KHK unterschätzen, greift das RKI bei seiner Analyse primär auf die deutschen Ergebnisse des WHO-Projekts MONICA (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) in der Studienregion Augsburg zurück (Löwel 2005). Insgesamt nahmen an MONICA 37 Populationen aus 21 Ländern teil. Die Daten aus den Jahren 1985 bis 2003 umfassten alle KHK in den Altersgruppen von 25 bis 74 Jahren. Das Augsburger Projekt KORA (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) wurde auch nach dem Ende des WHO-Projekts nach

1996 weitergeführt und die Patienten wurden auch nach der Erkrankung in der Längsschnittstudie weiter erfasst und beforscht.

Tabelle1-1: Herzinfarktraten je 100.000 Einwohner in der Region Augsburg 2001-2003 aus dem KORA-Herzinfarktregister

Altersgruppe	Frauen			Männer		
	Jahre	Morbidität	Mortalität	Letalität	Morbidität	Mortalität
25-29	1,8	1,8	100,0%	1,8	0	
30-34	1,4	0		23,5	11,1	47,2%
35-39	4,9	1,2	24,5%	43,8	13,8	31,5%
40-44	22,8	6,7	29,4%	120,7	26,7	22,1%
45-49	39,5	7,9	20,0%	202,2	51,5	25,4%
50-54	95,1	25,5	26,8%	392,0	102,8	26,2%
55-59	143,2	54,2	37,8%	527,9	149,7	28,4%
60-64	201,3	59,1	29,4%	741,0	312,7	42,2%
65-69	349,8	135,6	38,8%	987,9	444,4	45,0%
70-74	669,6	363,8	54,3%	1637,8	889,3	54,3%
Ø alle	109	43	39,4%	356	141	39,6%

Erläuterung:

Morbidität = alle Herzinfarktereignisse p.a. (Jahresprävalenz)

Mortalität = alle tödlich verlaufenden Herzinfarktereignisse p.a.

Letalität = Prozentrate der tödlich verlaufenden Herzinfarktereignisse p.a.

(RKI 2006)

Trends:

- Die Wahrscheinlichkeit in Deutschland innerhalb eines Jahres einen akuten Herzinfarkt zu erleiden, liegt bei Frauen aller Altersstufen im Durchschnitt bei 1%, bei Männern bei 3,5%.
- Die Wahrscheinlichkeit, den Herzinfarkt zu überleben, ist bei beiden Geschlechtern durchschnittlich etwa 60%.
- Die Infarktraten steigen bei Männern wie Frauen mit dem Alter an.
- Bei den Frauen ist der Anstieg jedoch deutlich geringer.
- Ab Mitte 50 nähert sich die Prävalenzrate der Frauen jener der Männer an, erreicht sie aber nie.
- Die Letalität ist bei beiden Geschlechtern vergleichbar. Sie nimmt ab 60 Jahren deutlich zu.

Auf ganz Deutschland bezogen versterben im Jahr 75.000 Menschen an einem akuten Herzinfarkt und nicht ganz doppelt so viele Menschen erleiden einen Herzinfarkt, ohne daran zu versterben. Zwar geht die Anzahl der tödlichen Infarkte seit den 1970er Jahren in Deutschland wie in den meisten hoch entwickelten Ländern zurück, dafür steigt aber die Zahl der Patienten mit chronischer KHK (Albus 2008a).