



Mehr Geschichten erzählen

«Sie waren ein Herz und eine Seele» – nicht nur sprachlich ist die enge Verbindung zwischen Herz und Seele mittlerweile etabliert. Auch die Psychokardiologie beschäftigt sich mit der Bedeutung seelischer Faktoren für die Herzgesundheit. Psychische Belastungen stellen ebenso wie Rauchen oder erhöhte Blutfettwerte wichtige kardiovaskuläre Risikofaktoren dar. Menschen, die unter chronischem Stress, Ängsten oder Depressionen leiden, haben ein erhöhtes Risiko für einen Bluthochdruck, eine koronare Herzerkrankung, einen Myokardinfarkt oder einen Hirnschlag. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind aber nicht nur Folgeerkrankungen von Stress und Depression, sondern können ihrerseits Angststörungen und Depressionen auslösen und Betroffene so zusätzlich belasten.

Etwa 20 Prozent der Patienten, die wegen eines Myokardinfarkts hospitalisiert werden, entwickeln eine behandlungsbedürftige Depression oder Angststörungen, leichtere Formen depressiver Verstimmungen findet man bei 40 bis 60 Prozent der Betroffenen. Auch nach Herzoperationen, Schlaganfall, bedrohlichen Herzrhythmusstörungen oder bei Herzinsuffizienz sind depressive Störungen bekannt. Eine solche Vergesellschaftung stellt mehr als ein zusätzliches «Stimmungsproblem» dar, sie kann auch mit einer schlechteren Prognose der zugrunde liegenden Herzerkrankung ein-

hergehen. In einer Studie, die diese Problematik bei Herzinsuffizienzpatienten untersuchte, schienen selbst Patienten mit einer Depression in der Anamnese, die aktuell nicht depressiv waren, Anzeichen für eine schlechtere Prognose zu haben (1).

Zwei Fragen und eine Geschichte

Das zeigt, wie wichtig es ist, auch bei kardiologischen Erkrankungen vermehrt an eine potenzielle Depression zu denken und entsprechende Anzeichen ernst zu nehmen. Mit zwei einfachen Fragen kann eine erste Einschätzung erfolgen: 1. «Fühlten Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?» und 2. «Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?» Werden beide Fragen mit Ja beantwortet, ist eine klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien erforderlich.

Wie es nach Stellung einer solchen Diagnose weitergehen sollte, wie Sie zusammen mit Ihren Patienten ein gemeinsames Ziel definieren und erreichen können, welche Rolle dabei die evidenzbasierte Medizin spielt und warum vielleicht viel öfter mal eine Geschichte aus dem Nähkästchen erzählt werden sollte, lesen Sie im zweiten Teil unserer Roundtable-Diskussion ab Seite 698. Dieser Roundtable, an dem zwei Psychiater, ein Hausarzt und ein Patientenvertreter ihre Erfahrungen rund um die Depression in der Hausarztpraxis austauschten, ist der Auftakt einer Serie, die sich mit verschiedensten Aspekten rund um die Depression beschäftigen wird. Wenn auch Sie ein Anliegen oder Thema haben, das im Rahmen dieser Serie behandelt werden sollte, freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme. ▲

Christine Mücke

Wallenborn J et al.: Prevalence of depression, frequency of antidepressant pharmacotherapy and survival in systolic heart failure patients. *European Heart Journal* 2014; 35(Abstract Supplement): 836-837.