

Herz-Kreislauf-System

EINFÜHRUNG

Die Symptome des Herz-Kreislaufsystems gehören zu den häufigsten der internistischen- und der Allgemeinpraxis. Bei etwa 40% aller Patienten mit Herzbeschwerden findet man einen typischen Konflikt hintergrund, der in Angst eingebettet ist. Auch beim essentiell Hochdruckkranken sind in der erweiterten Anamnese innerpsychische Spannungszustände nachweisbar, die vor dem Entwicklungshintergrund verständlich werden.

6.1

Herzangststörungen (Herzneurose)

Die Herzangststörung ist ein häufiges Krankheitsbild, das mit der Kenntnis der „Trennungsambivalenz“ diagnostisch gut einzuordnen und entsprechend zu behandeln ist.

DEFINITION

Akuter, sympathikovasaler Herzanfall mit Herzstillstandsangst und diffus sich ausbreitenden hypochondrischen und phobischen Beschwerden. Oft fließender Übergang zur Angstneurose; deshalb auch als Herz-Angst-Neurose bezeichnet.

SYMPTOMATIK

- allgemeine Unruhe,
- Herzjagen, präkordiale Schmerzen,
- Todesangst,
- vegetative Symptome,
- Klaustro- und Agoraphobie,
- Anklammerungstendenzen.

PSYCHOPHYSIOLOGIE

Sympathikotone Kreislaufeinstellung mit

- erhöhtem Mitteldruck,
- erhöhter Pulsfrequenz,
- labiler Blutdruckregulierung.

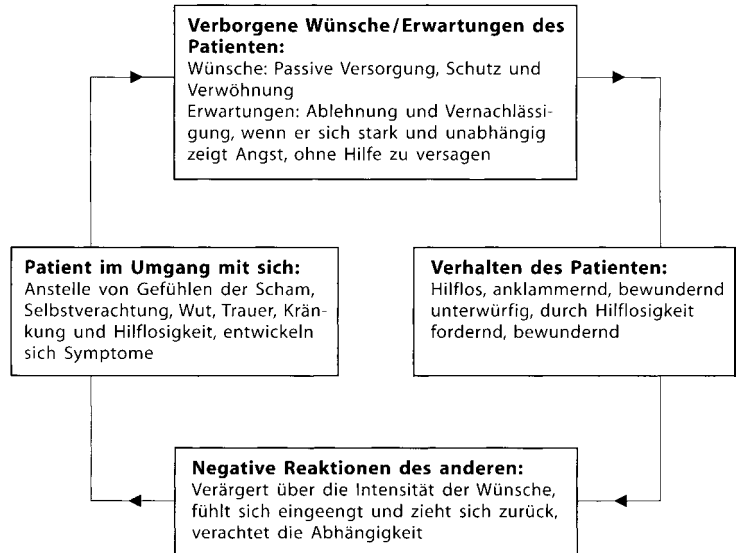
EPIDEMIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Alter der Patienten zwischen 18 und 40 Jahren (jünger als bei organischen Erkrankungen), • 8% aller Diagnosen in psychosomatischen Kliniken, • 40% der Patienten, die wegen Herzbeschwerden einen Arzt aufsuchen, • 4,7% funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung, • 10–15% der Patienten einer Allgemeinpraxis.
PSYCHODYNAMIK	<ul style="list-style-type: none"> • Trennungskonflikt (gegenüber als ambivalent erlebten Personen), • aggressive Todeswünsche und Geborgenheitserwartungen, • depressiv-symbiotische „participation mystique“, • symbiotische Mutter-Kind-Beziehung, • Einzelkindsituationen, • oft fehlende Väter.
AUSLÖSE-SITUATIONEN	<ul style="list-style-type: none"> • Trennungs- und Verlassenheitssituationen, • Konfrontation mit Tod, Unfall, • beunruhigende Beobachtung des eigenen Körpers (Extrasystolen), • iatrogen mit Fixierung durch ständige Kontrolluntersuchungen und Medikamente.
PERSÖNLICHKEIT	<p><i>Insgesamt:</i> aggressiv-ängstliche Tönung bei symbiotischer Anhänglichkeit; demütigende Situation wird nicht ertragen.</p> <p>Typ A (gilt für die Herzneurose, bei der KHK umgekehrt!)</p> <ul style="list-style-type: none"> • depressiv-anklammernd, einfache Abhängigkeit, • Konzentration auf die eigene Symptomatik, • zunehmende Einengung der Lebensbezüge, • Vermeidung von Belastungssituationen, • gesteigerte Selbstbeobachtung (Hypochondrie), • Circulus vitiosus: Angst steigert Frequenz → Adrenalinausschüttung → Nutzeffekt der Herzarbeit sinkt → Hypoxie → Frequenz steigt → Angst. <p>Typ B</p> <ul style="list-style-type: none"> • überkompensierend-abwehrend, • verleugnende Aktivität, • „Flucht in die Gesundheit“, • überspielen Krankheit mit Leistung und Sport, • fühlt sich nach Entspannung schwach, • Risikofaktor für koronare Herzkrankheit.
REDENSARTEN	<ul style="list-style-type: none"> • Dies oder das macht mir das Herz schwer. • Das Herz springt mir vor Freude.

- Das Herz krampft sich vor Schmerz zusammen.
- Herzenslust, Herzeleid.
- Treu-, hoch-, kaltherzig.
- Herz als Ausdruck der Liebe, Sitz des Gemüts, des Gefühls.

SYNONYME

- Da-Costa-Syndrom: „irritable heart“,
- Effortsyndrom: funktionelle kardiovaskuläre Störung,
- Michaelis-Syndrom: Herzangstsyndrom (erstmal 1833 von Forbes beschrieben).

CHRONISCH-MAL-
ADAPTIVER BEZIE-
HUNGSZIRKEL BEI
PATIENTEN MIT
HERZNEUROSE
(OFFEN-
ABHÄNGIGER TYP)
(AUS TRESS 1994)



DIFFERENTIALDIA-
GNOSE: HERZPHOBIE
UND SYMPATHIKO-
TONES SYNDROM

	Herzphobie (Angsttyp)	Sympathikotones Syndrom (Risikopatienten für KHK)
Angst	Todesangst	Verleugnung (Angst vor Schwäche); Stark, Tachykardie, Hypertonie, EKG-Veränderungen;
Sympathiko- vasale Symptome	Geringer	Aggressiv, kämpferisch abgewehrte Depression;
Grund- stimmung	Depressiv, ängstlich, abgewehrte Aggression;	Möglichkeit zur Passivität, Geltungskonflikt;
Anfallver- arbeitung	Trennungskonflikt, Geborgenheitsverlust;	Krankheitskarriere, organische Erkrankung;
Chronifizie- rung	Lebenseinengung, Rente;	Hoch, Risiko für KHK
Organisches Krankheitsrisiko	Geringer	

FALLBEISPIEL

Die 35jährige frühere Bankangestellte erkrankt 3 Monate vor der Untersuchung in der Psychosomatik an Herzbeschwerden mit Schmerzen in der linken Thoraxseite, Herzstolpern und Angst, die v. a. abends und am Wochenende auftritt. Angst vor dem Tod habe sie schon immer gehabt. Sonst keine ernsthaften Krankheiten. Internistische Durchuntersuchung ohne Befund. Patientin ist seit 11 Jahren mit einem Ausländer verheiratet, hat 2 Kinder. Ihr Mann sei ruhig und ausgeglichen, könne seine Gefühle nicht zeigen, sei distanziert und kühl, beruhige sie aber auch. Sexuell – „da erfülle ich meine Pflicht“. Patientin fühlt sich allein gelassen, Freizeit verbringen sie getrennt. „Da entsteht eine Leere, ich möchte mehr machen“. Sie lernt einen Pater kennen, den sie verehrt: „Und dann sollte es weitergehen – aber da konnte ich nicht mehr. Ich bin moralisch streng erzogen worden“. Wenige Wochen vorher will ihr Vater mit ihr schlafen: „Ich tue dir nicht weh“, sagte er – da ist bei mir was runtergefallen“. Der Vater habe sie früher nicht hergeben wollen, habe aber nie eine gute Beziehung zu ihr aufbauen können. Er habe getrunken, die Familie tyrannisiert. Die Mutter und Großmutter hingegen haben sie als Einzelkind verwöhnt und verhätschelt.

Trennungsambivalenz deutlich in all ihren Beziehungen. In der Angst (vor dem Tode) spielen aggressive Todeswünsche bei fortlebenden Geborgenheitserwartungen eine Rolle. Die symbiotische Abhängigkeit steht in Widerstreit mit den Unabhängigkeits- und Individuationsbestrebungen. Die ödipale Situation wird in einer Versuchung in der Auslösesituation aktualisiert.

THERAPIE

Allgemein:

- Beschwerden ernst nehmen,
- keine unklaren Äußerungen,
- vermeiden von immer wiederholten Kontrolluntersuchungen,
- abgrenzen gegen anklammerndes Verhalten,
- wenig Medikamente.

Diagnostik als Therapie:

- somatische Abklärung und Information,
- Psychodiagnostik (erweiterte Anamnese).

Arzt-Patienten-Beziehung:

- Kontaktangebot, Gewährung von Angstschutz durch Präsenz und Zuwendung,
- stützende Gespräche zu Beginn,
- Motivation zur Psychotherapie.

Psychotherapie:

- Psychoanalytische Therapie, um Chronifizierung vorzubeugen
 - In Initialphase (wegen Angstüberflutung) zunächst oft erst stützend,
 - konfliktzentriert-analytisch mit Bewußtmachen des Trennungs-Abhängigkeits-Konfliktes im Rahmen einer
 - analytischen Gruppentherapie (wegen des starken symbiotischen „Sogs“ am ehesten indiziert),
- körperorientierte Verfahren (konzentrierte Bewegungstherapie, autogenes Training nur bei strenger Indikation).

Balneophysikalische Therapie:

- Hydrotherapie,
- Bewegungstherapie,
- *Medikamente (ergänzend zur Psychotherapie, im Anfall):*
- gezielt eingesetzte Psychopharmaka,
- keine Herzmedikamente.

6.2**Herzinfarkt**

Das multifaktorielle Verursachungsbündel des Herzinfarktes weist auch psychische Faktoren auf, die bei einer ganzheitlichen Betrachtung berücksichtigt werden sollten.

DEFINITION

Umschriebene Nekrose des Myokards meist als Folge eines Verschlusses einer Koronararterie durch einen Thrombus. Lokalisation und Ausdehnung hängen von der anatomischen Gefäßverteilung, dem Sitz des Verschlusses und der Kollateralzirkulation ab.

**RISIKOFAKTOREN
FÜR ANGINA
PECTORIS UND HER-
ZINFARKT**

- Übergewicht,
- Hypertonie,
- Veränderungen des Lipidstoffwechsels,
- Rauchen,
- geringe Glukosetoleranz,
- Typ-A-Verhalten (umgekehrt zur Herzneurose, s. S. 112) mit:
 - zwanghaft-rigiden Persönlichkeitsanteilen,
 - Extraversion und Soziabilität bei ausgeprägtem sozialem Über-Ich.
- Erbfaktoren.

Psychosomatische Medizin

Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche

Klußmann, R.

2002, XXIV, 559 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-41717-0