

12. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung,  
Bad Nauheim,  
13. -15.01.2006

Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion  
am Beispiel der funktionellen Herzerkrankung  
Herzneurose

©: Pierre E. Frevert 2006

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors.

# Der Patient/ die Patientin mit funktionellen Herzerkrankungen

Herzbezogene Beschwerden wie thorakale Schmerzen, Palpitationen und Dyspnoe zählen mit Prävalenzen von 10 – 25 % zu den häufigsten Symptomen in der Bevölkerung sowie in den Allgemein- und internistischen Praxen. Es lassen sich neben einem Häufigkeitsgipfel im mittleren Erwachsenenalter zwischen 30 – 40 Jahren auch bei älteren Patienten, die in kardiologischen Kliniken und Praxen untersucht werden, eine Anzahl von 10 – 50% koronarangiographierter Patienten herausfiltern, die keine objektivierbare Herzbefunde trotz altersüblicher degenerativer Prozesse aufweisen (Hermann & Rüger 1999). Die Kosten für die ebenso aufwendigen wie unnötigen expansiven und invasiven Maßnahmen sind beträchtlich und die Beeinflussung der Beschwerden eher gering.

Während in der Praxis Patienten mit funktionellen kardiovaskulären Störungen weiterhin „auf Herz und Nieren“ untersucht werden, hat die Forschung insbesondere seit den 70er Jahren mit einer Fülle von Material unter den uneinheitlichen Begriffen wie „Herzneurose“, Herzphobie“, „Herzangst“ usw. den Kenntnisstand über die psychosomatische Genese erweitert.

Die **Funktionellen Herzkreislaufstörungen** werden in der ICD10- Klassifikation der WHO wie folgt klassifiziert:

- ICD10: F45.30 als somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (zu F4 Neurotische, Belastungsstörung und Somatoforme Störung)
- Synonyme zu Herzneurose (Richter und Beckmann 1973): Herzphobie, Herzangstneurose oder Herztodphobie (Stuhr1997),, Angstneurose

(Freud, 1952), Effortssyndrom, neurozirkulatorische Asthenie, irritable Heart usw.

## Fallgeschichte

In der Notdienstzentrale kommt an einem Sonntag nachmittag ein Anruf von Angehörigen eines jungen Mannes (30), dass ein Notfall vorliege. Der Patient klagt über Schmerzen in der Brust und akuter Atemnot. Die Beschwerden verschlimmerten sich von Minute zu Minute. Ein Arzt solle sofort kommen. Die Angehörigen rufen in immer kürzeren Abständen in der Notdienstzentrale an und fragen nach, wo der Arzt denn bleibe. Als der Arzt mit Notausrüstung ankommt, liegt der Patient auf dem Sofa und lässt sich schnell durch die Anwesenheit des Arztes und seiner Ansprache beruhigen. Die Schmerzen werden diffus am ganzen Brustkorb erlebt, die Ausstrahlung geht bis in die Beine. Nein er könne nicht aufstehen, er würde sonst ohnmächtig umfallen. Die kurze körperliche Exploration ergibt keinen auffälligen pathologischen Befund von einer passageren vegetativen Dysregulation (erhöhte Puls- und Atemfrequenz) abgesehen. Eine medikamentöse Intervention ist nach dem ärztlichen Gespräch mit dem Patienten nicht erforderlich. Innerhalb weniger Minuten gelingt es dem Arzt, den Patienten und dessen Angehörigen von einer Klinikseinweisung abzubringen und nach 20 Minuten den Betroffenen von einer psychotherapeutischen Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten zu überzeugen.

Der Patient ist der jüngste von 3 Söhnen. Er lebt noch zuhause mit dem frühberenteten Vater. Die Mutter, an der er sehr hing starb vor wenigen Jahren. Die Brüder sind zwar ausgezogen, sind jedoch fast täglich im Elternhaus. Er hatte wenige Tage vor dem Ereignis seine Stelle als Gartenarbeiter verloren und sich mit seinem ältesten Bruder überworfen. Somatischerseits ist die Anamnese leer. Da der Arzt die Psychotherapievermittlung persönlich übernommen hat, kann er erfahren, dass die Behandlung zustandegekommen ist, wenn sie auch äußerst „schwierig“ sei.

# Epidemiologie

Es leiden unter funktionellen Störungen der einen oder anderen Art

- 30% aller Pat. der medizinischen Primärversorgung

Des weiteren leiden unter funktionellen Herzkreislaufstörungen:

- Mehr Männer als Frauen, Altersgruppe 20-40 Jahre
- 40% aller Patienten, die über Herzbeschwerden klagen.
- etwa 5-10% der Bevölkerung
- 10-15% der Patienten einer Allgemeinpraxis

Die Dauer der Krankheitsmanifestation beträgt ca. 7 Jahre. Da die Angaben in der Literatur stark differieren, können Zahlen und epidemiologischen Daten stets nur unter Vorbehalt genannt werden.

## **Die Herzneurose**

### Definition

Die Herzneurose äußert sich in akuten Ängsten vor einem Herzinfarkt und in begleitenden vielfältigen funktionellen Störungen des Herz-Kreislauf- und des Atemsystems. Der Verlauf ist meist chronisch mit Entwicklung phobischer und hypochondrischer Symptome.

# Symptomatik

Bei der Auflistung der Symptomatik ist es zweckmäßig, die Symptomatik nach Beschwerden gemäß Organsystemen auf der einen Seite und nach psychovegetativen Symptomen und reinen psychischen Beschwerden auf der anderen Seite, zu unterteilen.

(Nach Uexküll 1962 und Studt 2000)

## 1. Aufs Herz bezogen:

- Herzklopfen oder Herzjagen
- Extrasystolen ("Herzstolpern")
- Drücken und Stechen in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm

## 2. Allgemeine Beschwerden:

- Abgeschlagenheit
- Schwarzwerden vor den Augen
- Müdigkeit und Erschöpfung

## 3. Auf die Atmung bezogen:

- Beklemmungsgefühle
- erschwertes Atmen (nervöses Atmungssyndrom, Hyperventilation)

## 4. Vegetative Beschwerden:

- Schlaflosigkeit
- Parästhesien
- Zittern
- nervöses Kältegefühl oder Schwitzen
- Schwindelgefühl und Kopfschmerzen

- Puls- und Blutdruckerhöhung

#### 5. Psychische Beschwerden:

- Reizbarkeit
- Angstanfall mit Angst vor einem Herzinfarkt
- innere Unruhe
- Niedergedrückte Stimmung

Die Einteilung der Symptome in **akut** und **chronisch** hat Relevanz bezüglich der Prognose. Chronische Verläufe, die nicht zuletzt der einseitigen Suche nach einer somatischen Causa auf Seiten der Patienten wie der sie untersuchenden Ärzte geschuldet sind, haben unbehandelt eine ungünstige Prognose. Die bei fast allen Untersuchungen wiederholt ausgeblendete krankheitsverursachende und krankheitsunterhaltende psychosomatische Dimension bewirkt eine iatrogen geförderte Fixierung des Patienten auf immer neuere und fragwürdigere Untersuchungen und Behandlungsansätze.

#### Akut:

- Angst vor dem Infarkt
- vegetative Symptomatik wie oben

#### Chronisch:

- Angst vor der Angst (sekundäre Angst: Angst vor Angst-Anfall? Angst?)
- extreme körperliche Schonung
- Anklammerung an Arzt und Angehörigen
- Entwicklung von Phobien und hypochondrischen Symptomen
- Häufiger Symptomwechsel

Patienten mit funktionellen Herzstörungen haben eine größere Angst vor dem Infarkt und geben mehr Herzbeschwerden an, als Postinfarktpatienten (Verleugnungstendenz des Infarktpatienten). Patienten mit funktionellen Störungen zeigen ausgeprägtes Vermeidungs- und Schonungsverhalten. Sie entwickeln ein Kontrollbedürfnis und fordern immer wieder aufwendige medizinische Behandlungen ein. Die Anwesenheit des Arztes oder einer vertrauten Person beruhigt sie sofort.

## Ätiopathogenese

Die Frage nach somatischen Ursachen konnte bislang nicht beantwortet werden. Dafür wird die Hypothese der psychischen Verursachung durch ein umfangreiches Datenmaterial gestützt. Kursorisch seien die wichtigsten Thesen genannt:

### 1. somatisch

- Dispositionshypothese. Anomale Wahrnehmungswelt von Allgemeingefühlen und Organempfindung (Delius und Fahrenberg 1966 zit. n. Schoneke et al. 1998)
- individual- und stimulusspezifische Reaktionsmuster (Myrtek 1980 zit. s. o.)
- genetische Disposition

### 2. psychisch

- Konflikt disposition: Angst durch Mangel an Bewältigungsstrategien
- symbiotische Mutter-Kind-Beziehung mit Aggressionshemmung
- Verwöhnende, ängstliche Mutter und aggressiver Vater
- ? Verunsicherung und Unselbstständigkeit (Autonomiebehinderung)
- depressive Persönlichkeitsstruktur (Verlust/ Trennungsangst)
- Selbstunsicherheit und Selbstzweifel
- ? anklammerndes Verhalten (Typ A: 50% der Herzneurotiker)

- ? Pseudounabhängigkeit und kontraphobische Abwehr (Typ B: 1/3 der Herzneurotiker.)

Auslöser einer herzneurotischen Entwicklung mit Panikattacken sind sowohl reale als auch phantasierte Trennungssituationen

## Diagnose

### Ausschlussdiagnostik:

Wie bei jeder kardialen Symptomatik ist eine sofortige Untersuchung einzuleiten, um eine Herzerkrankung durch eine gründliche körperliche Untersuchung, einem EKG und einer Enzymdiagnostik auszuschließen. Dabei gilt es folgende mögliche Krankheitsbilder differentialdiagnostisch abzugrenzen:

## Differentialdiagnose

- Koronarinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Angina pectoris
- Myokarditis

ferner

- Roemheld-Syndrom (gastro-kardialer Symptomenkomplex)
- Hyperthyreose
- Phäochromozytom-Krise

Dem Vorteil der negativen Diagnostik nach dem Ausschlussverfahren: das ist es nicht, das auch nicht..., die sich dem Arzt als verbreitetes und standardisiertes Verfahren abietet, der sich hierdurch „auf der sicheren Seite“ wähnt, steht der Nachteil einer frühen Fixierung auf eine somatische Ursache der Angstsymptomatik mit entsprechender unproportionaler Inanspruchnahme des Gesundheitswesens gegenüber.

## 2. „Positive“ bzw. Simultandiagnostik:

Hierbei wird simultan, d.h. bei oder vor der körperlichen Untersuchung die Möglichkeit der psychischen Verursachung überprüft und die Diagnose auf Grund der psychosomatischen Anamnese, der Persönlichkeit und der Auslösesituation, sowie möglichen Fixierungen auf das Organ gestellt. Die frühzeitige Weichstellung zu einer sowohl körperlichen als auch psychischen Erörterung der Beschwerden wirkt der Chronifizierung entgegen und bereitet den Patienten vorsichtig auf eine mögliche psychotherapeutische Bearbeitung seiner Problematik vor.

Wie kann der Arzt den Patienten erreichen und behandeln? Des geschieht durch die Anwendung der Psychosomatischen Grundversorgung in den dafür vorgesehenen Rahmen in der Praxis.

Die Methode ist das Ärztliche Gespräch unter Einbeziehung von psychischen Parametern:

Diese sind:

- **Übertragung**
- **Gegenübertragung**
- **Widerstand**

### Übertragung:

Der Arzt sorgt durch bloße Anwesenheit für eine Beruhigung und für das Verschwinden der Symptome beim Patienten. Er bietet sich dem Patienten als wichtige Person mit „Mutterqualitäten“ an. In der Regel lassen die Palpitationen und die Dyspnoe schlagartig nach, sobald der Arzt zum Patienten kommt.

### Gegenübertragung:

(Typ-A-Herzneurotiker - anklammernd): Das übertrieben ängstliche Anklammerungsverhalten und das Bestehen auf maximale Apparatedizin bei Fehlen von pathologischen Befunden lösen beim Arzt massive aggressive Gefühle aus und den Wunsch, den Patienten "loszuwerden". Beim (Typ-B-Herzneurotiker - pseudounabhängig) entsteht beim Arzt durch das überhebliche und großspurige Verhalten des Patienten, das im Kontrast zu seiner Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit steht, starke ablehnende Gefühle dem Patienten gegenüber.

### Widerstand:

Der rational begründete Therapievorschlagn des Arztes, auf weitere extensive Diagnostik zu verzichten und dem Patienten stattdessen ein psychosomatisches Gespräch oder eine Psychotherapie zu empfehlen löst bei letzterem zunächst einen *Widerstand* aus. Er fühlt sich nicht ernst genommen und "weggeschickt" (verlassen) und beharrt um so stärker auf aufwendige Untersuchungen.

# Therapie

Die Behandlung besteht in erster Linie in

- psychologischer Führung mit stützenden und klärenden Gesprächen

Diese primäre Aufgabe fällt dem Allgemeinarzt zu, der durch Erwerb der Kompetenz in psychosomatischer Grundversorgung, in den meisten Fällen seinen Patienten eine angemessene und kostenrationale Behandlung in seiner eigenen Praxis zukommen lassen kann. Sollte dies nicht ausreichen, empfiehlt sich nach entsprechender Vorbereitung (Motivation) des Patienten die

- Psychotherapie (Tiefenpsychologisch fundiert, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, auch Gruppentherapie).

In Ausnahmefällen ist eine medikamentöse Zusatzbehandlung zu erwägen. Dabei ist wegen der Gefahr der Fixierung darauf die Gefahr der Suchtentwicklung zu bedenken.

- Psychopharmaka: Große Zurückhaltung ist insbesondere bei Tranquilizern geboten, da die Gefahr eines Tablettenabusus bei diesen Patienten groß ist.
- $\beta$ -Blocker können bei Herzrhythmusstörungen verordnet werden,
- bei starker Depressivität können unter entsprechenden Kautelen Antidepressiva verabreicht werden.

# Prognose

Die Behandlung nimmt unbehandelt einen ungünstigen Verlauf (Studt 2000)

### Literaturangaben:

- **Christoph Herrmann, Ulrich Rüger:** Serie: Funktionelle Störungen – funktionelle Herzbeschwerden. Deutsches Ärzteblatt 96, Ausgabe 3 vom 22.01.1999, Seite A-131-136
- **H. H. Studt:** Funktionelle Herzstörungen-Herzneurose. In: Psychotherapeutische Medizin, S. 129-131, de Gruyter, Berlin New York, 2000
- **Othmar W. Schonecke, Jörg Michael Hermann:** Funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, S670-685, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998
- **Ulrich Stuhr:** Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome In: Stephan Ahrens, Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin, S. 343-352, Schattauer, Stuttgart, 1997
- **Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V(F),Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hg). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994**