

Herzleiden oder „Herzeleid“ – Erkenntnisse aus der Psychokardiologie

Arnulf Müller

Zusammenfassung: *Herz-Kreislauf-Symptome zeigen Störungen in der Einheit von Herz und Seele an. Es handelt sich entweder um mehr psychosomatisch oder neurotisch geprägte Störungen, bei denen das sonst meist gesunde Organ Herz eher „Seismograf“ ist (z. B. Angststörungen, somatoforme Störungen, posttraumatische Folgestörungen). Oder die Symptome weisen auf organisch bedingte Herz-Kreislaufkrankheiten hin. Im Verbund leidet bei diesen die geängstigte oder niedergeschlagene Seele mit und kommt somatopsychisch in Resonanz. Einzelne, weitgehend somatische Krankheitsbilder mit dieser Verknüpfung werden in diesem Artikel exemplarisch dargestellt: Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Tako-Tsubo-Syndrom und Herzrhythmusstörungen. Psychokardiologie als integratives Fachgebiet versucht den Dualismus von Herz und Seele bei Herzkrankheiten aufzulösen und auf Beratungs- und Therapie-Ebene patientenzentriert, integrierend und ganzheitlich vorzugehen.*

Schlüsselworte: Psychokardiologie, Herz-Seele-Problem, ganzheitliche Herzmedizin

Einleitung

In einer immer enger getakteten Medizin ist der Satz „Erzählen Sie mal!“ in der ersten Begegnung für Patienten oft schon ein

wohlthuendes Zeichen dafür, dass ihr Arzt sie verstehen möchte. Dem dient auch die ergänzende Feststellung: „Manche Menschen haben etwas am Herzen, manche etwas auf dem Herzen und viele haben beides! Vielleicht bekommen wir ja heraus, wie das bei Ihnen ist.“ Diese umgangssprachliche Metapher für die Herz-Seele-Interaktion ist oft eine gute Brücke, auf der sich Herz und Seele treffen können. Diese Brücke versucht die Psychokardiologie für Herzpatienten zu bauen. Es geht darum, für Herzpatienten zu einer „ganzheitlichen Herzmedizin“ (Herrmann-Lingen, 2015) zu kommen. Es soll möglichst (wieder) bio-psycho-sozial zusammenwachsen, was zusammengehört: „ein Herz und eine Seele“. Nachvollziehbar ist, dass der Dualismus von Soma und Psyche in der Versorgung von Menschen mit Herzleiden dysfunktional spaltend wirkt und deren Inkongruenz-Dynamik damit noch fördert.

1. Das Herz als Seismograf der Seele

Bei seelischen Störungen leidet das Herz häufig mit und fungiert als Signalorgan. Dabei spielt das limbische System in der Gehirnzentrale eine wesentliche Rolle. Anatomisch liegt es ringförmig um den Hirnstamm. Es ist zentraler Ort der Informationsverarbeitung und Schaltstelle zwischen Psyche und Soma (Ermann, 2005). Es gilt als anatomisches Substrat für die Funktionskreise,

die Wahrnehmung, Gedächtnis, Emotionen und Vegetativum verknüpfen. So bestehen Verbindungen zu den Hirnarealen, in denen Denken, Erinnerung und Verarbeitung der Sinneseindrücke stattfinden. Von diesem Zentrum aus werden über das autonome, also nicht dem Willen unterworfenen, vegetative Nervensystem von Vagus und Sympathikus maßgeblich die inneren Organe gesteuert. Auch das Herz mit seiner Schlagzahl und der Blutdruck werden darüber moduliert. Indirekt mit dem vegetativen Nervensystem verknüpft ist außerdem noch die Steuerung über Botenstoffe wie Adrenalin und Noradrenalin. Im „Stressmodus“ werden über dieses komplexe System Herz und Kreislauf angetrieben, um bei Gefahr Energie für Kampf oder Flucht bereitzustellen. Herzrasen und Blutdruckanstieg sind dann Angstkorrelate. Oft wird die Angst selbst als Affekt kaum verspürt. Stattdessen werden nur die sekundären, körperlichen Phänomene wahrgenommen: Herzrasen, Schwitzen, Engegefühl, Atemnot, Schwindel, Hitzegefühl und Blutdruckerhöhung. Dann spricht man von „Angstäquivalenten“. Leider werden in der somatischen Medizin diese Angstäquivalente (auf der Symptomebene) nicht selten in Diagnosen umgesetzt: u. a. „Paroxysmale Tachykardie“, „Hypertensive Krise“, „Angina pectoris“. Das heißt, die Signale werden als Krankheit missdeutet. Agierend können so schon im frühen Stadium einer Störung die Somatisierung und Medikalisierung bzw. ärztliche Fixierung gestartet werden.

Mit welchen Störungen und Krankheitsbildern von Herzpatienten befassen sich nun die psychokardiologisch Tätigen?

2. „Herzeleid“

Die Seele leidet und das Herz „fühlt“ mit – gewissermaßen in „Mit-Leidenschaft“ (psychosomatisch im weitesten Sinne). In der somatischen Medizin spricht man dann oft von „funktionalen Herzbeschwerden“. Das Herz steht zwar im Mittelpunkt, ist aber selbst nicht organisch krank. Als Signalorgan reagiert es mit Symptomen, die für sich keinen Krankheitswert haben. Die Patienten sind aber verunsichert oder ängstigen sich (Symptom-Angst). Letztlich verbirgt sich bei näherem Hinsehen nicht selten dahinter eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Kreislaufsystems, eine Angststörung oder gar eine posttraumatische Belastungsstörung als eigentliches Leiden. Diese „schwierigen Patienten“ haben häufig das Inkongruenz-Erleben: einerseits die Reaktion der Ärzte: „alles in Ordnung!“ – im Extremfall sogar „Sie haben nichts!“. Andererseits signalisiert ihr Körper-Empfinden: „Da muss doch was sein!“ (vgl. Luderer, 2015). Die ebenso häufige Variante liegt im Versuch von Arzt und Patient, Kongruenz zwischen zum Teil dramatisch sich inszenierendem Leiden und somatischem Befund herzustellen. Zusammen suchen sie immer wieder den Schlüssel für das Leid im Organ Herz. Es ist wie die Schlüssel-Geschichte von Watzlawick (1983): „Der verlorene Schlüssel, oder ‚mehr desselben““. Da sucht ein Mann seinen im Dunkel verlorenen Schlüssel unter der Later-

ne, „weil es dort hell ist“. Das „Mehr-Desselben“ bedeutet dann nicht nur, suchend Kreise zu ziehen unter der Laterne, sondern eher schädende, eskalierende, kostenintensive Diagnostik und Therapie. In solchen Fällen entwickelt sich eine dysfunktionale Arzt-Patienten-Beziehung in somatisierender Kollusion, die häufig mit einem bösen Konflikt endet.

3. Herzleiden als organische Krankheit

Das Herz ist organisch krank und die mit ihm verbundene Seele leidet häufig mit (somatopsychisch). Alle Krankheiten – ob chronisch oder akut – sind verbunden mit Ängsten vor allem um die körperliche Unversehrtheit. Dies gilt ganz besonders für Erkrankungen des hoch symbolisch besetzten zentralen Lebens- und Liebes-Organs Herz. Die Ängste können leise (bagatellisierend) verleugnet sein oder laut als offensichtliche Panik erlebt werden, wenn „die Sicherung durchbrennt“. Es bleibt eine offene Frage: Welche begleitende Angst ist noch „normal“ oder adäquat? Linden (2008) versucht mit dem paradoxen Begriff der „Pathologischen Realangst“ die Situation zu beschreiben, wenn für Patienten die Angst vor der realen Bedrohung durch die organische Krankheit übermächtig wird. Dies geschieht u. a. durch Vorerfahrungen, verzerrte Wahrnehmung, besondere subjektive Krankheitstheorien oder in der Persönlichkeit verankerte erhöhte Angstbereitschaft. Dann misslingt die Anpassung an die neue Lebens- bzw. Krankheits-Situation mit ihren Einschränkungen. Diese Patienten sind in der ganzheitlichen Versorgung aus vielerlei Gründen schwierig. Im medizinischen krankheitszentrierten System wird der psychische Anteil oft vernachlässigt oder gar verdrängt. Psychotherapeuten fühlen sich durch die organische Herzerkrankung oft überfordert und verunsichert. Sie fragen sich: „Wie belastbar oder gefährdet sind Herzranke, was kann ich auslösen in der psychotherapeutischen Betreuung?“. Einige Krankheitsbilder werden im Folgenden zusammen mit möglichen begleitenden psychischen Störungen (Komorbidität) exemplarisch beschrieben.

3.1 Herzinsuffizienz

Bei der Herzinsuffizienz handelt sich um eine Schwäche des Hohlorgans Herzmuskel, der nicht mehr genügend Druck aufbringt. Das Herz als zentrale „Pumpe“ schafft es nicht mehr, die Strömung im Blutkreislauf aufrechtzuerhalten. Durch die Verlangsamung des Blutstroms vorwärts in die Arterien werden die inneren Organe (womöglich auch des Gehirn) und der Körper insgesamt nur ungenügend durchblutet und nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Außerdem bildet sich beim Rückfluss ein Rückstau in den Venen bis in die feinsten Verästelungen der Körperperipherie und der Lunge. Das erklärt die Symptome: allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Luftnot und Was-

sereinlagerungen (Ödeme). Es wird deutlich, wie sehr ein Teil dieser Beschwerden dem Symptomprofil der Depression ähnelt und daher eine komorbide Depression bei Herzinsuffizienz oft nicht erkannt wird. Die Symptomatik wird dann nur der Herzschwäche zugeschrieben. Die Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland bei herzinsuffizienten Patienten liegt im Mittel bei 21 Prozent. Sie reicht bei schwer kranken, hospitalisierten Patienten in den NYHA-Klassen III-IV von 40 bis 77 Prozent (vgl. J. Wallenborn und C. E. Angermann, 2016). Herzinsuffizienz, Depression und kognitive Dysfunktion können sich wechselseitig verstärken.

3.2 Koronare Herzkrankheit

Akute Symptome der koronaren Herzkrankheit (Herzinfarkt) sind: Vernichtungsschmerz in der Brust mit Todesangst, Luftnot, unter Umständen Ohnmacht. Letztere zeigt sich als Bewusstlosigkeit aber auch als bewusst erlebte Ohnmacht im psychischen Sinne. Der Herzinfarkt als akuter Durchblutungsstopp in einem Herzkranzgefäß bedeutet im Krankheitserleben oft eine Lebenskrise und narzisstische Kränkung. So mancher „Siegfried“ blüht schmerzlich seine Unverletzlichkeit ein. Hinzu kommt, dass – ähnlich wie bei „Ikarus“ in der griechischen Sage – der Absturz „wie aus heiterem Himmel“ erlebt wird. Entweder gab es tatsächlich keine Warnsignale vorweg, oder sie wurden verleugnet. Es verfestigt sich oft die Vorstellung: „Das kann mir so aus heiterem Himmel immer wieder passieren.“ Dann spricht man auch vom „Ego-Infarkt“ oder „Selbst-Infarkt“, wenn der „Absturz“ die Seele bzw. das Selbst so heftig erschüttert. Wird während des Akutereignisses eine Reanimation und nachfolgend ein Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich, erleben Patienten dies oft als traumatisierenden „Horrortrip“. Entsprechend kann es in der Folge nicht nur zu einer behandlungsbedürftigen Anpassungsstörung, sondern sogar zu einer posttraumatischen Folgestörung kommen. Sehr leistungsorientierte Menschen tun sich schwer, sich nun im Selbstkonzept weniger durch die Leistung und berufliche Tätigkeit zu definieren und eine neue Rolle im sozialen und beruflichen Beziehungsgeflecht einzunehmen. Das geht bis zur Frage: „Kann ich überhaupt meinen Beruf wieder ausüben?“ Die oft existenzielle Krise und die Realangst bringen nicht nur die Patienten, sondern auch das gesamte „Familien-Mobile“ aus dem Gleichgewicht.

Psychosoziale Risikofaktoren:

Neben den somatischen Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörung, Übergewicht und Blutzuckererhöhung gibt es verhaltensbezogene wie Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Gerade mit letzteren stehen die psychosozialen Risikofaktoren in enger Beziehung. Diese sind: Depressivität, vitale Erschöpfung, dauerhafte Angst und Ärger. Akuter und chronischer Stress, geringe soziale Unterstützung, niedriger sozio-ökonomischer Status. Speziell Patienten mit einer Depression

haben eine 2,5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Herz-Kreislauferkrankung zu erleiden.

3.3 Tako-Tsubo-Syndrom

Dieses Krankheitsbild ist benannt nach der japanischen Tintenfischfalle: ein bauchiger Tontopf mit engem Hals. Die Herzkammer nimmt in der akuten Phase des geschwächten Hohl muskels diese ungewöhnliche aufgeweitete, bauchige Form an. Das Tako-Tsubo-Syndrom ist zwar ein eher seltenes, in seiner Häufigkeit allerdings noch unterschätztes Krankheitsbild. Bei ca. zwei Prozent der Patienten, die akut mit Verdacht auf Herzinfarkt ins Krankenhaus eingewiesen werden, kann diese Diagnose gestellt werden (Lyon, A. et al., 2015). Das Krankheitsbild soll hier dennoch beschrieben werden, da hierbei die unmittelbare Interaktion von starker seelischer Belastung und akuter organischer Herzschiädigung eine Rolle spielt. Das Synonym „Stress-Kardiomyopathie“ oder auch „Syndrom des gebrochenen Herzens“ weist auf diese bedeutsamen psychosomatischen, ätiologischen Zusammenhänge hin. Als häufige Auslöser gelten Verausgabungen, starke emotionale Belastungen und schwere somatische und psychiatrische Erkrankungen. Auffällig ist eine überschießende Stress-Reaktion mit hohen Adrenalin- und Noradrenalin-Konzentrationen im Blut, die zur toxischen Schädigung der Herzmuskelzellen führen sollen wie auch zu einer vorübergehenden Verengung der kleinsten Herzgefäße (Hermann-Lingen, 2014). Die Patienten erleben das gefährliche akute Ereignis (ähnlich einem Infarkt) krisenhaft und unter Umständen traumatisch. Nachfolgend sind Realangst und neurotische Angst kaum trennbar in dem Teufelskreis: Angst vor der Angst, die Stress-Auslöser einer erneuten lebensgefährlichen Krise sein könnte, zumal Rezidive nicht selten sind.

3.4 Herzrhythmusstörungen

Die psychische Problematik, die mit Herzrhythmusstörungen verbunden ist, kann – obwohl so wichtig – in der Kurzfassung dieser Psychokardiologie-Darstellung nur gestreift werden. Gewöhnlich wird der Herz- und Pulsschlag nicht verspürt. Gerät das Herz „aus dem Tritt“ (und eigentlich vielleicht das Leben?), ist das für Menschen – je nach Konstitution und Begleit-Symptomatik – sehr beängstigend. Einzelne Aussetzer des Herzens oder Herzstolpern lösen womöglich Herzängste aus: davor, dass das Herz ganz aussetzen, stehen bleiben oder sich überschlagen oder „aufhängen“ könne. Mit zunehmender Selbstbeobachtung und ggf. Vorerfahrungen im Umfeld entwickelt sich nicht selten eine somatoforme autonome kardiovaskuläre Funktionsstörung ohne organische Herzkrankheit. Bei Rhythmusstörungen als Begleitsymptom einer organischen Herzkrankheit ergibt sich wieder die Frage der „Pathologischen Realangst“. Dies gilt vor allem nach erlittener Ohnmacht (Synkope) durch einen wirklichen Herzstillstand oder Herzkammerflimmern. Patienten, die nach die-

sem Erlebnis einen Defibrillator (ICD) eingesetzt bekamen, sind daher extrem psychisch belastet. Sie leben oft in der Multivalenz – „Lebensretter, Fremdkörper, Abhängigkeit von einem Apparat, womöglich sogar die Verhinderung des erlösenden Todes?“ – also zwischen Lebens- und Todesangst.

3.5 Arterielle Hypertonie

Die Darstellung der Zusammenhänge einer chronischen Stressbelastung mit der Arteriellen Hypertonie (Hochdruckkrankheit) würde einer gesonderten Darstellung bedürfen. Dass es solche Zusammenhänge in der Entwicklung dieser Volkskrankheit gibt, ist unbestritten. Allerdings ist die Pathophysiologie der „essentiellen arteriellen Hypertonie“ immer noch weitgehend ungeklärt.

4. Psychokardiologische Betreuung

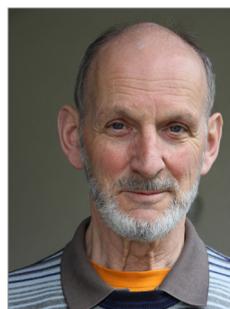
Auf der Beratungsebene geht es erst einmal um Information. Manchmal reicht Patienten nur das Durchsprechen und Übersetzen der Befundberichte zum wirklichen Verstehen. Oder es bedarf der Koordination der diversen Professionen, die den Patienten „zerlegt“ haben, was die Angst vor der Zersplitterung des Selbst noch erhöht. Das aufbauende „Wieder-Zusammensetzen“ der Patienten allein kann zur Beruhigung beitragen. Auf Beratungs- wie Therapie-Ebene ist gerade die person- bzw. patientenzentrierte – und nicht nur krankheitszentrierte – Einstellung hilfreich. Bereits in einer wertschätzenden „Psychokardiologischen bzw. Psychosomatischen Grundversorgung“ könnten die Weichen anders gestellt werden. Es gilt, frühzeitig den Fokus behutsam von der alleinigen Somatik auf die Psychosomatik zu lenken. In den oben geschilderten Ereignissen des Herzinfarkts oder Tako-Tsubo-Syndroms entsteht nicht nur akut eine krisenhafte Inkongruenz, sondern es wird bei der Bilanzierung des Lebens auch so manches Selbstkonzept aus der Vergangenheit in Frage gestellt. Leider sind die kurzen „Liegezeiten“ in der Akutversorgung nicht dazu angetan, wirklich zur Besinnung zu kommen.

In der Psychotherapie sollte Raum sein für diese Besinnung. So sollte mit ihr möglichst verhindert werden, dass die „stecken gebliebene Trauer“ über das, was nun durch die krankheitsbedingten Einschränkungen plötzlich nicht mehr möglich ist, in eine Depression übergeht oder eine komorbide Depression noch verstärkt. Die Begleitung sollte auch stützend sein bei den Folgen für die realen Lebensverhältnisse – also für die Frage, was der psychische Anteil für die Arbeitsunfähigkeit, Berentung oder Schwerbehinderung bedeutet. Aufgabe der Beratungs- oder Therapiearbeit ist nicht zuletzt die Bewusstmachung der psychosozialen Risiko-Faktoren, um auch in dieser Hinsicht auf eine Lebensstiländerung hinzuwirken. Abgesehen von diesen Besonderheiten gelten die bekannten in der Literatur beschriebenen Therapie-Prinzipien.

Weitere Fachinformationen, Adressen und Hinweise auf Bildungsangebote zu psychokardiologischen Themen unter www.psychokardiologie.org.

Literatur

- Ermann, M. (2005). *Herz und Seele*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herrmann-Lingen, C. (2014) Klinik der Herzinsuffizienz – eine psychosomatische Perspektive. In Ch. Herrmann-Lingen, Ch. Albus, & G. Titscher (Hrsg.), *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. (S. 185–189). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herrmann-Lingen, C. (2015). Integrierte Psychokardiologie. *Aktuelle Kardiologie*, 4(06), S. 370 – 374.
- Linden, M., Dirks, S., Glatz, J. (2008). Die „Pathologische Realangst“ am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 4, S. 248–254.
- Luderer, H.-J. (2015). Wenn der Körper Alam schlägt: die therapeutische Beziehung bei psychischen Störungen mit körperlichen Symptomen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 46, S. 141–146.
- Lyon, A. R. et al. (2015). *Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. The Authors European Journal of Heart Failure*.
- Wallenborn, J. und Angermann, C. E. (2016). Depression und Herzinsuffizienz – doppeltes Risiko?. *Herz* 8, 741–752.
- Watzlawick, P. (1983). *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Piper.



Arnulf Müller, Kardiologe und Psychotherapeut, niedergelassen in eigener Praxis von 1981 bis 2009; seitdem im Ruhestand tätig als Psychokardiologe im Ärztehaus am Alfred-Krupp-Krankenhaus in Essen.

Kontakt:
arnulf_mueller@web.de