

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

HERZ-KREISLAUF UND SEELISCHE STÖRUNGEN

Funktionelle Herzstörungen – funktionelle Rhythmus-Störungen des Herzens – hypertone Regulations-Störungen (Blutdruckerhöhung) – hypotone Regulations-Störung (zu niedriger Blutdruck) – vagovasale Synkopen (Stehkollaps) – essentielle Hypertonie (Bluthochdruck) – koronare Herzkrankheiten – u. a.

Seelisch bedingte Herz-Kreislauf-Störungen gehören zu den häufigsten psychosomatisch interpretierbaren Leiden. Betroffen sind nicht zuletzt die so genannten „besten Jahre“, die immer öfter auch zu den stress-intensivsten gezählt werden. Das Beschwerdebild der jeweiligen Krankheitsbilder ist vielfältig, bereitet viel Sorgen und Angst, kann erhebliche psychosoziale Konsequenzen nach sich ziehen und Kosten verursachen. Doch das wäre nicht nötig, jedenfalls nicht mit den verfügbaren Erkenntnissen heute, d. h. vorbeugenden und therapeutischen Möglichkeiten sowie Rehabilitations-Angeboten. Dazu aber braucht es einen entsprechenden Informationsstand und - so sonderbar es sich anhört - neben dem Wissen auch die Bereitschaft, den präventiven Vorschlägen Gehör zu schenken und den therapeutischen Empfehlungen wirklich nachzukommen. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Seele und Herz-Kreislauf – psychische Herz-Kreislauf-Störungen – Herz und Psyche – funktionelle Herzstörungen – Herzphobie – Herzneurose – Angstneurose – Da Costa-Syndrom – Effort-Syndrom – neuro-zirkulatorische Asthenie – „Herzattacken“ – hypochondrische Herz-Angst – Herzinfarkt und Psyche – Angina pectoris und Psyche – Panikattacken – Angststörungen – Herz und Stress – funktionelle Rhythmus-Störungen des Herzens – kardiale Rhythmus-Störungen – hypertone Regulations-Störungen – seelisch bedingte Blutdruckerhöhung – Situations-Hochdruck – hypotone Regulations-Störungen – Seele und niedriger Blutdruck – vagovasale Synkope – Stehkollaps – Synkope – synkopale Zustände – vasovagales Syndrom – Faint – Schrecksynkope –

Schocksynkope – essentielle Hypertonie – seelisch bedingter Bluthochdruck – idiopathische Hypertonie – genuine Hypertonie – Herz-Störungen und Persönlichkeitsstruktur – Herz-Störungen und Charakter – Herz-Störungen und Weisensart – koronare Herzkrankheiten - psychosomatische Störungen des Herzens – psychodynamische Erklärungen für seelisch bedingte Herz-Kreislauf-Störungen – Therapie von seelisch bedingten Herz-Kreislauf-Störungen – u.a.m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

Herz und Kreislauf werden im Allgemeinen nicht wahrgenommen. Erst wenn es zu Herz-Kreislauf-Störungen kommt, wird der „Motor des Lebens“ registriert.

Das Herz ist aber nicht nur das wichtigste Organ, es ist auch eines der am meisten symbolhaft besetzten. Das macht es für psychosomatische Störungen, bei denen sich ungelöste seelische und psychosoziale Probleme in gestörten Herz-Kreislauf-Funktionen niederschlagen, so anfällig. Dies äußert sich schon in der Alltagssprache („herzlich“, „herzensgut“, „Herzeleid“, „es greift mir ans Herz“ u.a.m.). Seine symbolhafte Bedeutung für Leben, Liebe, Zuneigung usw. macht es zur Projektions-Figur für Ängste, Wünsche, Phantasien und anfällig für seelisch-körperliche Belastungen wie Überforderung, Stress, Wut, Enttäuschungen, Panikreaktionen, ja Neid, Missgunst u. a.

Nun ist mit dem Herz nicht zu spaßen: Stechen, Ziehen, Reißen, Druckgefühle, Stolpern, Rasen, „Herzschlag bis zum Hals“, schließlich sogar Atemnot oder Schweißausbrüche, Schwindel u. a. gilt es sorgfältig abzuklären. Das Gleiche gilt für vegetative Belastungen wie innere Unruhe, Anspannung, Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen mit Nachtschweiß usw. Das alles aber findet sich beispielsweise auch bei funktionellen Herzstörungen ohne organische Ursache (s. u.), mitunter sogar noch zusätzlich Wirbelsäulen-, Kopf-, Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen. Ein vielfältiges, ggf. dramatisches und damit beängstigendes Leidenbild.

Nachfolgend deshalb die wichtigsten Herz-Kreislauf-Störungen aus psychosomatischer Sicht. Grundlage sind die gängigen Lehrbücher der Psychiatrie und Psychosomatik, wobei sich unter den früher führenden Autoren und Herausgebern vor allem die Experten Prof. Dr. Walter Bräutigam und Prof. Dr. Paul Christian (Heidelberg) sowie Prof. Dr. Hans Christian Deter (Berlin) in ihren Beiträgen bzw. Fachbüchern nicht nur durch hohe wissenschaftliche, sondern auch alltags-nutzbare Darstellungen, realistische Interpretationen sowie informative Falldarstellungen ausgezeichnet haben.

SPEZIELLE ASPEKTE

Zu den speziellen Aspekten in diesem Bereich gehören beispielsweise funktionelle Herzstörungen, funktionelle Rhythmus-Störungen des Herzens, hypertone Regulations-Störungen (Blutdruckerhöhung), hypotone Regulations-Störung (zu niedriger Blutdruck), vagovasale Synkopen (Stehkollaps), essentielle Hypertonie (Bluthochdruck), koronare Herzkrankheiten u. a. Im Einzelnen:

- **FUNKTIONELLE HERZSTÖRUNGEN**

Funktionelle Herzstörungen gehören zu den häufigsten Belastungen auf diesem Gebiet und haben deshalb auch die meisten bedeutungsgleichen oder -ähnlichen Begriffe: *Herzphobie, Herzneurose, Angstneurose, Da Costa-Syndrom, Effort-Syndrom, neuro-zirkulatorische Asthenie* usw.

Betroffen sind vor allem die so genannten „besten Jahre“, also zwischen 20 und 40. Das Beschwerdebild ist vielfältig, bereitet viel Unruhe, Sorge und Angst und kann erhebliche psychosoziale Folgen nach sich ziehen, bis hin zu Rückzug, Isolationsgefahr und vorzeitiger Berufsaufgabe. Und das alles nicht nur ohne organische Ursache, sondern auch noch bisweilen mit einer besseren Prognose (Heilungsaussichten), als sie die „gesunde Allgemeinheit“ erwarten kann:

Man sagt: Patienten mit einer funktionellen Herzstörung haben eine höhere Lebenserwartung und sind seltener von einer organischen Herzerkrankung bedroht als die Normalbevölkerung.

Beschwerdebild

Das Beschwerdebild funktioneller Herzstörungen kann sich durchaus dramatisch darstellen:

Auf das Herz bezogen - wie schon einleitend erwähnt - vor allem Stechen, Ziehen, Reißen, Druckgefühl, Stolpern, Rasen, Jagen, „Herzschlag bis zum Hals“, ferner Atemnot oder Hecheln, Schweißausbruch, Schwindel u. a.

Zusätzlich ggf. Wirbelsäulen-Beschwerden wie Kopf-, Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen, ferner vegetative Belastungen wie innere Unruhe, Anspan-

nung, Müdigkeit, ja Mattigkeit oder gar Abgeschlagenheit, Schlafstörungen mit Nachtschweiß usw.

Noch schlimmer aber als solche „Herzattacken“ ist die auf das Herz zentrierte Angst vor einem erneuten Anfall bzw. Herzstillstand. Diese Todesangst wird stets hellwach erlebt, eine Bewusstlosigkeit tritt nie ein. Deshalb kontrollieren die Betroffenen dauernd ängstlich ihren Puls, schonen sich, hetzen schließlich von Arzt zu Arzt, glauben keinem seine Versicherungen, vernachlässigen Beruf und Familie, werden arbeitsunfähig und steigen ggf. sozial ab.

Häufig weiten sich die hypochondrischen Ängste auch auf Magen und Verdauung oder andere Organbereiche aus (s. o.). Nicht selten gesellen sich dazu andere Zwangsbefürchtungen, vor allem die Angst vor engen Räumen, weiten Plätzen u. a.

Unangenehm bis lästig ist die Neigung dieser Patienten, sich an Bekannte, Verwandte, am liebsten aber an einen Arzt förmlich anzuklammern, und zwar im eigentlichen wie übertragenen Sinne. Im Extremfall bewegen sich manche nicht mehr vom Telefon weg oder haben ständig ihr Handy zur Hand, um sofort den Haus- oder Notarzt alarmieren zu können, „wenn es wieder losgeht“.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch (d. h. was könnte es sonst noch sein) müssen vor allem zwei Bereiche abgeklärt werden, nämlich organische Ursachen sowie überfallartige Angststörungen im Sinne von Panikattacken.

- *Organische Ursachen:* akuter Herzinfarkt, Angina pectoris, Aorten-Ruptur (Gefäß-Riss), Bluthochdruck, Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose), Entzündungen (z. B. Herpes zoster), degenerative Verschleißerscheinungen von Wirbelsäule und knöchernem Brustkorb, Entzündung von Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse oder Gallenblase, ferner Magen-Darm-Geschwür, Lungenembolie u.a.m.
- *Panikattacken:* plötzliche und unerwartete Angstanfälle ohne reale Bedrohung mit Atemnot, Würgegefühl im Hals, Herzrasen, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust, Schweißausbrüchen, Schwindelgefühlen, Übelkeit, weichen Knien oder Beinen, zittrig, mit allgemeinem Schwäche-Gefühl, Benommenheit, ggf. sogar der Furcht verrückt zu werden oder sterben zu müssen.

Wichtig: häufig mit einem Generalisierten Angstsyndrom (grundlos übermäßig starke Befürchtungen in jeglicher Form) bzw. mit Agoraphobie kombiniert (weite Plätze und Straßen, Säle, Sportplatz, Friseur, Tunnels, Garagen, Fahrstüh-

le, Menschenmengen, insbesondere Warteschlangen usw.). Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Psychosomatische Aspekte

Natürlich gibt es gewisse Auslöse-Situationen. Beispiele: übermäßiger Kaffee- oder Nikotinkonsum, Schlafentzug, Stress-Situationen u. a. Wichtig aber sind Persönlichkeitsstruktur, Psychodynamik, näheres Umfeld und Belastungssituationen.

In nicht wenigen Fällen findet sich beispielsweise ein Trennungskonflikt, und zwar gegenüber einer Person, deren Schutz einerseits gesucht, die aber auch andererseits als dominierend erlebt wird (demütigende Abhängigkeit). Psychologisch bedeutsam ist dabei vor allem eine stark ambivalente (zweispältige) Einstellung zwischen aggressiven Todeswünschen (sich befreien) und der Angst, die bisherige Geborgenheit zu verlieren.

Mitunter wird auch eine Neigung zu symbiotischen Bezügen deutlich, also einer Art Schicksals-Verwobenheit mit anderen Menschen. Noch eindrücklicher wird dies, wenn es sich um ein Einzelkind (vor allem mit fehlendem Vater und enger Fixierung an die Mutter) handelt. Gehäuft scheinen sich auch jüngste Söhne mit starker Mutterbindung zu finden, wobei vor allem die Verwöhnung einen jungen Menschen schließlich unfähig machen kann, sich im Leben zu bewähren, insbesondere bei drohendem Liebesentzug.

Persönlichkeitsspezifisch lassen sich nicht selten zwei Typen unterscheiden: Der eine imponiert eher als depressiv-resigniert, der andere versucht leistungsbetont, ja überkompensierend und damit abwehrend (Aktivität, körperlicher Einsatz) über seine Schwächen hinwegzukommen. Letzterer wehrt sich auch gerne gegen medikamentöse Hilfen, die er als Eingeständnis der Schwäche ablehnt.

Obgleich man es nicht verallgemeinern soll, weil es auch zahlreiche andere Ursachen gibt, muss man bei funktionellen Herzstörungen den zwischenmenschlichen Aspekt sorgfältig abklären. Dabei ist vor allem auf jene Betroffenen zu achten, die sich einengend oder „kleingehalten“ an einen anderen gebunden fühlen (z. B. Elternteil, Partner), sich schließlich dieser Abhängigkeit schmerzlich bewusst werden, um sich zuletzt in eine Art selbstzerstörerische Ambivalenz zwischen aggressivem Aufbegehren und (psychosomatisch ausgedrückter) Furcht vor dem Verlassen-Sein zu manövrieren.

Wichtig: Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden zeigen nicht nur keinen objektivierbaren krankhaften Befund, besonders auch keine Befundverschlechterung unter körperlicher Belastung. Sie fallen auch auf

- durch ihr Verhalten: Beschwerdeschilderung, Ängstlichkeit, ggf. häufiger Arztwechsel,
- durch psychosoziale Konflikte: sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte notwendig (s. o.),
- durch die Unfähigkeit, sich durch unauffällige Befunde auf Dauer zufriedenzustellen zu lassen.

Außerdem stehen bei den funktionellen Herzbeschwerden nicht die charakteristischen Merkmale eines Herzinfarktes im Vordergrund (Schmerz und Vernichtungsgefühl), sondern die Angst davor. Vor allem Unruhe, Erregung, ja Panikreaktionen erleichtern die richtige Diagnose.

Therapie

Die Behandlung ist schwierig (s. o.): meist hartnäckige, wenn nicht gar hypochondrische (s. diese) Organfixierung („Herzinfarkt“) und anklammernde Haltung; dabei ungläubig, was den Therapieerfolg angeht (deshalb nicht selten „doctor-hopping“).

Die eigentlichen Ursachen werden verdrängt und auch im vertieften Gespräch nur nach und nach akzeptiert. Trotzdem ist möglichst lange hausärztliche Betreuung empfohlen (Allgemeinarzt, Internist), damit sich der Patient nicht „zu früh weggeschickt“ sieht. Nicht bagatellisieren („sie haben nichts“, „das ist nur psychisch“). Der Patient ist krank, in seinen Augen schwer krank, auch wenn er nicht das hat, was er befürchtet. Entscheidend ist das „psychische Problem“, das einer behutsamen Klärung und Lösung bedarf.

Bei Chronifizierungs-Gefahr (mehrere Monate und mehr) ist jedoch fachärztliche Behandlung unumgänglich. Dann aufdeckende Psychotherapie, entweder in psychoanalytischer Einzel- oder Gruppentherapie, ggf. verhaltenstherapeutisch, um vor allem den Reifungsprozess nachzuholen. Notfalls stationäre Psychotherapie. Autogenes Training und andere Entspannungsverfahren sind nicht falsch, bei hypochondrischer Neigung aber eher problematisch.

Zurückhaltung bei der medikamentösen Therapie: Herz- und Kreislauf-Medikamente bestärken den Patienten in seiner Angst, organisch erkrankt zu sein. Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ (z. B. in Tropfenform) können jedoch beim „Herzanfall“ niedrig dosiert hilfreich sein. Mittel- oder gar längerfristig, selbst in kleinsten Dosen, ist aber Vorsicht angebracht. Dies nicht nur wegen der möglichen Suchtgefahr (z. B. Niedrig-Dosis-Abhängigkeit), sondern vor allem dann, wenn nur diese „abschottenden“ Beruhigungsmittel genutzt, die psychologischen Hintergründe aber nicht aufgearbeitet werden.

• FUNKTIONELLE RHYTHMUS-STÖRUNGEN DES HERZENS

Rhythmus-Störungen des Herzens können organischer oder seelischer Natur sein. Sie äußern sich entweder als zu rascher bzw. zu langsamer Herzschlag (mehr als 100 bzw. weniger als 60 pro Minute) sowie in Unregelmäßigkeiten des Herzschlags. Subjektiv ergibt sich eine breite Symptom-Palette von „kaum wahrnehmbar“ über „sehr unangenehm“ bis „bedrohlich“ (s. u.). Wichtig ist eine fachärztliche Abklärung, besonders zur Frage: organisch/psychogen?

Beschwerdebild

Herzklopfen, Herzjagen, Herzrasen, Herzstolpern, Aussetzen des Pulses, „Herzschlag bis zum Hals“ und in deren Gefolge Angst- oder gar Panikgefühle; ferner ggf. Schwindel, Sehstörungen, Atemnot und allgemeine Schwäche.

Besonders unangenehm ist das plötzlich einsetzende Herzjagen von Minuten (gelegentlich sogar Stunden) Dauer bis 240/Minute und mehr. Ähnliches gilt für das Herzstolpern, bei dem vor allem die nach jeder Extrasystole (Extra-Herzkontraktion) nachfolgende kompensatorische Pause zu Panikreaktionen führen kann (Angstvorstellung: „Herzstillstand“!). Dies insbesondere bei psychisch labilen und zu hypochondrischer Verarbeitung neigenden Persönlichkeiten.

Psychosomatische Aspekte

Möglicherweise handelt es sich vor allem um Menschen, die ihre Gefühle zu eng kontrollieren oder als Schwäche erleben. Deshalb neigen sie dazu, ihre Gefühlswelt zwanghaft abzuwehren und gehen auch entsprechenden zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen aus dem Weg.

Rhythmus-Störungen des Herzens finden sich deshalb meist in Zeiten innerer Anspannung mit Angst, Kummer, Groll, innerer Instabilität, Niedergeschlagenheit und anderen Gemütsbelastungen.

Differentialdiagnose

Außer einer rein seelisch bedingten Ursache muss man bei Herzrhythmus-Störungen neben Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündung, Verengung der Herzkrankgefäße und anderen Herzleiden vor allem auf endokrine Störungen achten, besonders auf eine Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse).

Therapie

Neben der internistischen Abklärung und ggf. Weiterbetreuung (auch medikamentös, z. B. Antiarrhythmika) gezielte psychotherapeutische Maßnahmen, am besten fachärztlich:

Klärung möglicher psychosozialer Auslöser, gemeinsames Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten, d. h. konflikt-orientierte Gesprächsführung und gleichzeitig emotionale Unterstützung.

Ggf. bedarfsweise, aber sorgfältig überwacht Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ in kleinen Dosen (Tropfen-Form). Möglich sind auch Entspannungsverfahren (aber Vorsicht bei den „Herzübungen“, z. B. beim Autogenen Training).

• HYPERTONE REGULATIONS-STÖRUNGEN (Blutdruckerhöhung)

Unter *hypertonen Regulations-Störungen* oder einem so genannten *Situations-Hochdruck* versteht man einen leicht erhöhten systolischen (ersten) Blutdruckwert, u. U. schon in (scheinbarer) Ruhe.

Beschwerdebild

In körperlicher Hinsicht Unruhe, ggf. Durst, trockener Hals, Herzrasen, Schlafstörungen, Kopfdruck; in seelischer Hinsicht innere Anspannung, ängstlich getönte Stimmung, Gemütslabilität, vermehrte Reizempfindlichkeit usw.

Psychosomatische Aspekte

Blutdruckerhöhungen sind in vielen körperlichen und seelischen Belastungssituationen normal. Das kann man schon bei der Blutdruckmessung in der ärztlichen Praxis feststellen („Weißkittel-Hochdruck“).

Dies betrifft vor allem junge Menschen, Frauen öfter als Männer; besonders häufig während Reifungskrisen und nach der Pubertät sowie in der Zeit der Berufs- und Partnerwahl usw. Im mittleren und höheren Lebensalter kann es sich allerdings auch um die labile Vorphase einer so genannten *essentiellen Hypertonie* (s. diese) handeln.

Wichtig ist deshalb eine organische Abklärung. Lässt sich kein krankhafter Befund feststellen (nicht erblich, ernährungsbedingt, organisch), gilt es nach psychosozialen und anderen Belastungsfaktoren zu suchen, wie sie auch bei der essentiellen Hypertonie beschrieben werden. Bei den meist vorübergehenden hypertonen Regulations-Störungen sind die Heilungsaussichten allerdings besser.

Therapie

Aufklärung („harmlose Störung, vorübergehend“). Wenn nötig Gewichtsreduktion, Beratung bezüglich Lebensführung, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), ggf. Biofeedback-Behandlung.

In psychischer Hinsicht psychotherapeutische Angst-Entlastung, Hilfe bei der Neuordnung von Zielsetzungen und beim Aufbau von Wertmaßstäben. Ggf. vorübergehende Gabe von Tranquilizern vom Benzodiazepin-Typ in niedrigerer Dosierung und sorgfältig kontrolliert.

- **HYPOTONE REGULATIONS-STÖRUNGEN (zu niederer Blutdruck)**

Ein *zu niederer Blutdruck* (erster Blutdruckwert unter 110 mmHg) kann zahlreiche Ursachen haben und noch mehr Beschwerden machen.

Organische Ursachen

Herzrhythmus-Störungen, Herzklappen-Fehler, Herzmuskel-Insuffizienz, Lungenembolie, endokrine (z. B. Unterfunktion der Schilddrüse), gefäßbedingte und sogar ärztlich ausgelöste Ursachen (z. B. durch gefäßerweiternde Arzneimittel).

Körperliches Beschwerdebild

Ständige Müdigkeit, Gleichgewichtsstörungen, anfallsweise Atemnot, Schwächegefühl, Herzklopfen, Herzjagen, rasche Erschöpfbarkeit, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Beklemmungsgefühle, Energielosigkeit innere Unruhe, kalte Füße, andauerndes Frieren, Schwindelgefühl, Nacken- und Schulterschmerzen, Sehstörungen u. a.

Psychosomatische Aspekte

Ob auch seelische oder psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen, wird kontrovers diskutiert. Die Anorexia nervosa (Magersucht) sowie depressive Zustände gehen oft mit zu niederen Blutdruckwerten einher, was zumindest einen Teil ihrer Beschwerden auf organischer Grundlage erklären könnte (s. o.). Wichtig ist deshalb eine ausgiebige Untersuchung einschließlich detaillierter Erhebung der Vorgeschichte.

Therapie

Neben den organisch krankheitsbedingten und damit gezielt einsetzbaren Behandlungsmaßnahmen vor allem vermehrte körperliche Aktivität (z. B. täglicher Gesundheitsmarsch bei Tageslicht und im Grünen), Bürstenmassagen, Wechselduschen usw. auf der einen sowie eine aktivere Lebensgestaltung auf der psychosozialen Seite.

- **VAGOVASALE SYNKOPE (STEHKOLLAPS)**

Vagovasale Synkopen, auch nur *Synkopen*, ferner *synkopale Zustände*, *vasovagales Syndrom*, *vagovasaler Anfall*, *Faint*, *Schrecksynkope*, *Schocksynkope*, in allgemeinverständlichen Begriffen auch *Steh-Kollaps* oder einfach *Ohnmacht* genannt, sind kurzfristige Anfälle von Bewusstlosigkeit: plötzliche überschießende Reaktion des autonomen Nervensystems bzw. des für bestimmte Kreislauf-Funktionen zuständigen Nervus vagus mit Abfall des Blutdrucks, verringerte Herzfrequenz (kurzfristiges Kreislaufversagen), damit verminderter Gehirndurchblutung und sekunden- bis minutenlangem Bewusstlosigkeit.

Beschwerdebild

Zu Beginn plötzliche Blässe, Schweißausbruch, Schwindelgefühl, unregelmäßige Atmung, Seufzen, Gähnen, Schwächegefühl, Übelkeit, dann kurze Ohnmacht.

Psychosomatische Aspekte

Kurzfristige Ohnmachtzustände sind nicht selten, man spricht von etwa jedem Dritten, der so etwas zumindest im Ansatz schon einmal durchgemacht haben soll (insbesondere Jugendliche).

Manche Menschen sind allerdings auch entsprechend empfindlich. Die häufigsten Anlässe sind plötzlicher Schmerz oder Schreck, aber auch überfüllte Räume, Anblick von Blut („Metzger-Ohnmacht“), Abscheu, Ekel oder entsprechende Räume (früher „Kirchen-Ohnmacht“; klassischer Hilferuf: „Nachbarin, Euer Fläschchen...“). Dabei kann es zu Überschneidungen mit anderen Bewusstseinsstörungen kommen (z. B. so genannte dissoziative Störungen des Bewusstseins ohne Blutdruckveränderungen und mit Pseudo-Bewusstlosigkeit).

Das unterstreicht die psychologischen Hintergründe dieser „psychosomatischen Ohnmacht“ (die jedoch nicht mit einer hysterischen Ohnmacht zu verwechseln ist - s. Hysterie). Wahrscheinlich handelt es sich hier um die Folge

eines seelisch-körperlichen Zwiespalts, hervorgerufen durch starke psychische Spannung bei gleichzeitigem Zwang zur Untätigkeit, Ruhe und damit Wertlosigkeit („nur noch ganz kurz stillhalten“, „hab Dich nicht so“ usw.).

Kurz: Angst-betonte Erwartungsspannung bei gleichzeitiger Unmöglichkeit körperlich zu reagieren (z. B. Kampf oder Flucht) entlädt sich in einer Ohnmacht (Angst und Spannung können nicht neutralisiert werden, weshalb dann wenigstens „der Kreislauf reagiert“). Deshalb kommt es zu solchen psychogenen Ohnmachts-Zuständen praktisch nie, so lange eine aktive Bewältigung des „Notstands“ möglich ist, selbst (bzw. vor allem) in Lebensgefahr.

Therapie

Im Akutfall sofort hinlegen, den Kopf tief- und die Beine hochlagern. Beruhigung.

Im weiteren Verlauf kann Patienten mit Neigung zu solchen vagovasalen Synkopen durchaus erfolgreich geholfen werden, und zwar durch Aufklärung, Beratung, Führung und Stützung (einschließlich ggf. kreislauf-aktivierender Maßnahmen - siehe hypotone Regulations-Störungen), nachdem eine organische Ursache ausgeschlossen wurde. Die Heilungsaussichten sind günstig, zumindest mit fortschreitendem Lebensalter. Bei Lebenskrisen oder ausweglos erscheinenden psychosozialen Situationen rechtzeitig Facharzt oder Psychologen hinzuziehen.

• ESSENTIELLE HYPERTONIE (BLUTHOCHDRUCK)

Eine *Hypertonie* (Bluthochdruck) wird dann angenommen, wenn mehrmalige Messungen unter Ruhebedingungen Werte von 160/95 mmHg oder höher zeigen.

Man unterscheidet:

- eine *sekundäre oder symptomatische Hypertonie* mit entsprechenden Ursachen: Herz-Kreislauf, Lunge, Niere, endokrines System u. a. sowie
- eine *essentielle oder primäre Hypertonie*, auch *idiopathische* oder *genuine Hypertonie* genannt = ohne nachweisbare Ursache, oder besser: mehrschichtig, wahrscheinlich gestörtes Zusammenspiel verschiedener Faktoren.

In den Industrieländern sollen etwa 15% der Bevölkerung einen Bluthochdruck aufweisen (weitere 30% eine grenzwertige Hypertonie zwischen 140/90 und 160/95 mmHg). Die überwiegende Mehrzahl hat eine essentielle Hypertonie (= Ursache unbekannt - s. o.).

Beschwerdebild

In der Mehrzahl der Fälle erst einmal lange „nichts“; im Laufe der Zeit und in Abhängigkeit von der Intensität des Leidens zunehmend Nervosität, Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit, Atemnot unter Belastung, Schmerzen auf der Brust, Kopfdruck oder gar -schmerzen, schließlich ständige Atem-Enge, Atemnot in Ruhe, ggf. Ohrensausen, Nasenbluten u. a. Erhöhte Gefährdung durch Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Hirnschlag und andere Folgeerkrankungen.

Psychosomatische Aspekte

Zur indirekten permanenten Blutdruckerhöhung und damit zum erweiterten Kreis psychosozialer Belastungen tragen bei: niedrige soziale Schicht, erschwerende Umweltbedingungen wie starker (Flug-)Lärm, längerfristige Arbeitslosigkeit, hohe Arbeitsbelastung, Schichtarbeit u. a.

Psychosomatische Ursachen im eigentlichen Sinne sind folgende Faktoren:

- *Persönlichkeitsstruktur*: leistungswillig, pflichtbewusst, überangepasst, mit hohem Anspruchsniveau an sich selbst (bei evtl. kurzer Geduld für andere). Nicht selten unfähig, sich emotional zu entlasten (einmal auf den Tisch hauen) und deshalb besonders anfällig für (besonders langfristig einwirkende) innere und äußere Konflikte.

Problematisch kann auch eine gewisse „Helferhaltung“ werden, ergänzt durch eine vor allem bei diesen Patienten typische Bescheidenheits-Einstellung, die die eigenen Bedürfnisse zurückstellt, um die Anerkennung der anderen durch Leistung zu erwerben und auf Dauer zu sichern (s. u.).

- *Ständige Erwartungsspannung*: Daraus resultiert eine permanente Anspannung im Sinne von „was man nicht selber tut, ist nicht getan“; „ich bin stets bereit“, „an mir liegt es eben, alle Schwierigkeiten auf sich zu nehmen“ usw.

Konsequenz: wachsende Anspannung, Zeitnot, vermehrte Angstreaktionen, „Dauer-Stress“.

- *Psychodynamisch* werden außerdem ständig feindselig-aggressive Gefühle diskutiert, die der Betroffene permanent kontrollieren muss, um nicht die Zuneigung der anderen zu verlieren und sich dadurch ins Abseits zu manövrieren.

Schon in der Kindheit häufen sich Anfälle von Wut und Aggressionen, die später zu einem überbetont fügsamen Menschen gebändigt werden, der sich dafür dann oft auch nicht mehr behaupten kann.

Die Lebensgeschichte ist nicht selten durch eine gewisse verbissene Beharrlichkeit charakterisiert. Hat man es nach langjährigen Frustrationen schließlich geschafft, seine feindselig-aggressiven Gefühle zu kanalisieren, geraten manche daraufhin als Führungskraft in Schwierigkeiten (keine Autorität). Meist übernehmen sie die Arbeit der anderen (damit sie gemacht ist - s. o.), lasten sich dadurch mehr und mehr auf, fühlen sich aber auch ausgenutzt und geraten in ein ständiges Gefühl von Ärger, Groll und jetzt unausgelebter Aggressivität.

- *Zwischenmenschlich* nicht selten gewisse Schwierigkeiten in der Beziehung zum anderen Geschlecht: Männer sollen oft sexuell inaktiv, Frauen nur ungenügend erlebnisfähig und passiv sein. Eine erbliche Komponente ist wahrscheinlich.

Therapie

Neben blutdrucksenkenden Arzneimitteln Korrektur der Lebensführung: Regelung des Arbeitspensums, Urlaub, ausreichender Schlaf, Gewichtsreduktion, mehr Bewegung, Mäßigung beim Alkoholkonsum, Nikotinstopp u. a.

Vor allem muss darauf geachtet werden, dass der Hypertoniker adäquat reagiert, d. h. die so genannte „Situations-Hypertonie“ in den Griff bekommt. Oft zeigt sich nämlich, dass solche Menschen mehr als andere mit normalem Blutdruck auf selbst übliche Belastungen und Konflikte „überschießend“ reagieren.

Beruhigungsmittel vom Benzodiazepin-Typ können hier in niedriger Dosierung und bedarfsweise eine nützliche Entlastung bringen. Günstiger sind allerdings Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) u. a.

Vor allem aber ist auf die häufig anzutreffende „Hypertonie-Persönlichkeitsstruktur“ zu achten, die auch die Arzt-Patient-Beziehung prägt: Viele dieser Betroffenen sind scheinbar angenehme, ja gefügige Patienten. Dies liegt aber vor allem daran, dass sie ihre Aggressionen, ihre Ehrgeiz-, Konkurrenz- und Neidgefühle nicht adäquat ausdrücken können. Sie sind jedoch vorhanden - und prägen Wesensart und Hochdruck-Anfälligkeit. Dies merkt man spätestens dann, wenn man versucht, langfristig auf die Lebensgestaltung Einfluss zu nehmen.

Da sich Hypertoniker nicht (mehr) so aggressiv wehren können (s. o.), bleiben sie einfach weg oder unterlaufen wortlos die therapeutischen Anweisungen. Dies muss verständnisvoll, höflich, aber konsequent zur Sprache gebracht

werden. Vor allem darf der Therapeut nicht gekränkt reagieren. Der Patient aber auch nicht.

Die Auslösung späterer Chronifizierung einer essentiellen Hypertonie ist also an mehrere Faktoren gebunden. Die Heilungsaussichten sind deshalb schwer abschätzbar, zumal häufig jahrelange Frühformen mit ernststen Vorschädigungen durchlaufen werden, bis die Diagnose schließlich gestellt werden konnte.

• KORONARE HERZKRANKHEITEN

Bei der *koronaren Herzerkrankung* kommt es durch Ablagerung von Blutfetten, Bindegewebe u. a. in den Herzkranzgefäßen zur Arteriosklerose mit Gefahr von Angina pectoris (Verengung der Herzkranzgefäße mit entsprechendem Schmerzbild). Aber auch zu stummer Myokard-Ischämie (Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur) oder bei lokaler Thrombose (Blutpfropf-Bildung) zu einem akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt).

Dabei gibt es verschiedene Risikofaktoren, teils organischer, teils aber auch seelischer, d. h. psychosomatischer Natur:

- *Organische Risikofaktoren* sind z. B. Fettstoffwechsel-Störungen (Hypercholesterinämie), ggf. durch entsprechendes Essverhalten (Adipositas = Fettsucht), Rauchen (Nikotinsucht mit ihrem eigenen psychologischen Hintergrund), Bluthochdruck (z. B. essentielle Hypertonie - s. diese), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Bewegungsmangel (meist mit Übergewicht kombiniert) u. a.
- *Psychosomatisch interpretierbare Risikofaktoren* bestehen aus einer Kombination aus seelischen und körperlichen Risiken.

Beispiele: psychosozialer Stress, starke psychisch-körperliche Anstrengungen, akuter Ärger, sonstige psychosoziale Belastungen, wobei Herzinfarkte auch in Ruhephasen auftreten können, also am Abend, am Wochenende oder in den Ferien = hypotone Gegenregulation (Blutdruckabfall) mit Sauerstoff-Mangelversorgung des Herzens. Am wichtigsten aber scheint eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur zu sein (s. u.).

Koronare Herzerkrankungen sind häufig: 5 bis 10% der männlichen Bevölkerung. Männer sind stärker betroffen als Frauen (wobei Letztere aufholen), einfachere bzw. einkommensschwächere Bevölkerungsschichten stärker als besser gestellte, Stadtbewohner (vor allem jüngere) mehr als Landbewohner (?), Selbständige mehr als Beamte und Angestellte bzw. Arbeiter. Besonders belastet - auch heute noch (?) - sind Aufstiegsberufe mit hohem Konkurrenzdruck

(verhängnisvoll: anfänglicher „Senkrechtstart“ mit anschließend zermürbendem Positions-Plateau). Die neue Generation scheint aber zunehmend „dagegen zu halten“.

Die Heilungsaussichten sind abhängig von Schweregrad (Risikofaktoren, Zahl und Lage der betroffenen Herzkranzgefäße), Alter, rechtzeitiger akuter Fach- und konsequenter Nachsorge-Behandlung.

Beschwerdebild

Enge- und Druckgefühl in der Brust (Angina pectoris), Schmerzen (bis hin zum so genannten Vernichtungs-Schmerz) hinter dem Brustbein, ggf. in den linken Arm, in linke Schulter sowie Halsbereich oder gar Rücken ausstrahlend u. a.

Psychosomatische Aspekte

Natürlich sind auch Nikotin-Abusus, Bewegungsmangel, übermäßiges Essen, ferner Zeitdruck, überzogene Erfolgserwartung, beschränkte Handlungs- und Freiheitsgrade, Unsicherheit am Arbeitsplatz, schicksalhafte Belastungen usw. bedeutsame Risikofaktoren.

Manche psychologisch auffälligen Befunde lassen sich bei den späteren Koronar-Patienten aber schon vor Krankheitsbeginn feststellen. Dazu gehören vor allem überzogene Leistungsorientierung, Ehrgeiz, zwanghafte Rigidität (Unflexibilität, Starrheit), ferner Ansätze zu Ungeduld, Reizbarkeit, Aggressivität, zu übertriebener Aktivität, dominanter Kontaktweise, starkem Streben nach Anerkennung u. a.

Fasst man die Ergebnisse der wichtigsten Studien zusammen, die sich mit der *Persönlichkeitsstruktur bedrohter Herzinfarkt-Kandidaten* beschäftigen, so finden sich folgende (meist gesellschaftlich durchaus akzeptierte) Charakteristika:

Aktiv, unternehmungslustig, geistig und körperlich beweglich; tatkräftig, expansiv, reizhungrig, gerät gerne in den Lebensstrom, neigt zu hastiger Lebensweise; abenteuerlustig, Vorliebe für Risiken (Essen, Rauchen, Trinken, Sport, Fahrverhalten, Partnerschaft usw.); leicht erregbar, impulsiv, emotional expressiv, ungeduldig; energisch, strebsam, gesellig, braucht Erfolg und soziale Anerkennung; kühn, offen, temperamentvoll, aber instabil und unkontrolliert; überbesorgt, argwöhnisch, stimmungslabil, ständig gespannt, (über)genau bis zwanghaft; kurz: neigt zu übertriebener Aktivität und gerät damit häufig in chronische Zeitbedrängnis.

Dies wird auch durch zahlreiche testpsychologische Erhebungen gestützt, was sich dann in einem so genannten Typ A- und Typ B-Verhalten äußert, wobei

Typ A offenbar doppelt so oft von einer koronaren Herzkrankheit bedroht ist wie Typ B.

Interessant auch der Hinweis, dass es nicht nur Typ A-Männer, sondern auch Typ A-Frauen gibt, die dann in Relation zu den weniger „dynamischen“ Vergleichsgruppen des eigenen Geschlechts auch mit mehr Herzinfarkt-Risiko leben müssen.

Auch wenn diese Theorie nicht unumstritten geblieben ist und vor allem auch nicht in allen Untersuchungen bestätigt werden konnte, bleibt doch als psychologisches Risiko einer koronaren Herzerkrankung bis hin zum Herzinfarkt bestehen: organische Risikofaktoren und psychosoziale Überlastungen sowie die Neigung, Ärger zu unterdrücken und dadurch ständig in Angst und Spannung zu leben.

Interessant ist auch eine offenbar typische *Krankheitsverarbeitung*. Dazu gehört vor allem der Umstand, die Vorpostensymptome (Prodromi) einer koronaren Herzerkrankung nicht ernst zu nehmen, obgleich sie immer deutlicher, vielleicht sogar immer schmerzhafter werden.

Auch lässt es sich mit der Wesensart dieser Patienten nicht vereinbaren, rechtzeitig den Arzt aufzusuchen; man verdrängt die Warnungen, selbst wenn sie zu massiven Schmerzen und entsprechenden Behinderungen ausarten. Hierbei nimmt man vor allem zu den „beruflichen Verpflichtungen“ Zuflucht, die „keine andere Wahl lassen“.

Koronarkranke sind meist keine „Neurotiker“ im Sinne von „gehemmt, emotional labil, selbstunsicher“ usw. Sie sind jedoch auch nicht unbedingt als seelisch ausgeglichen und unauffällig einzustufen, was ihre vor allem auf Arbeit und Leistung zentrierte Sichtweise anbelangt. Ihre fast zwanghafte Neigung zu Aktivität, ihr Bestreben, andere zu führen oder gar zu beherrschen, sich selbst aber nicht passiv leiten zu lassen, sind eine bedrohliche Hypothek.

Diesen Menschen ist offenbar nicht die Freiheit zur Passivität, zur vertrauensvollen Hingabe, zum kreativen Sich-leiten-Lassen gegeben, sie müssen durch Leistung und Aktivität immer wieder ihre Überlegenheit und ihren Wert beweisen.

Im Grunde dienen dieses Konkurrenzverhalten und die ausufernden Wünsche nach Anerkennung und Überlegenheit nur der Abwehr tieferliegender Bedürfnisse, nämlich anerkannt, versorgt und verwöhnt zu werden. Es scheint sich häufig um Personen zu handeln, besonders bei jenen, deren aggressive bis feindselige Reaktionen ausgeprägter sind, die in ihrer Kindheit frustrierend streng erzogen wurden und denen eine affektfreie Einstellung gegenüber Autoritäten schwerfällt, so die wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Therapie

Therapeutisch sind solche Patienten naturgemäß schwer zu leiten. Sie kommen nicht im Vorfeld ihres (verdrängten) Koronarleidens, sondern erst nach ihrem Herzinfarkt in psychotherapeutische Behandlung - falls überhaupt.

Auf der Intensivstation geben sie sich noch eine Zeitlang (ängstlich) gefügig, erleichtert, es noch einmal geschafft zu haben. Nach und nach aber fallen ihnen Ruhe, Passivität und Erholung schwer. Sie werden ungeduldig, beginnen geistig und körperlich zu trainieren und drängen aus dem Krankenhaus.

Ein langfristiges Rehabilitations-Programm wird nur selten ernsthaft diskutiert oder gar durchgeführt. Hier muss der Arzt vermeiden, auf diese ungeduldige Reaktion intolerant, hart oder gekränkt zu reagieren. Günstiger ist es, rechtzeitig auf solche charakter-bedingte „Ausbruchsversuche“ hinzuweisen, gleichsam bevor sie von diesen Patienten selber kommen, um ihnen damit den Wind aus den Segeln zu nehmen. Aufgrund ihrer heimlichen Aggressions-Neigung und Autoritäts-Problematik empfiehlt sich eher eine partnerschaftliche Kooperation. Dadurch wird der ungeduldig-drängende Patient zum Co-Therapeuten und legt sich somit gleichsam selber an die notwendige Leine.

Mitunter scheint es, als hätte eine *Gruppentherapie* mehr Erfolg. Dies vor allem dann, wenn gemeinsam versucht werden muss, das Rauchen aufzugeben, das Gewicht zu reduzieren, sich in der Freizeit körperlich mehr einzubringen usw. Gut bewährt haben sich deshalb Bewegungstherapie und Sport in der Gruppe. Ähnliches gilt für Entspannungsverfahren wie Autogenes Training u. a.

LITERATUR

Nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich, ja wirtschaftlich wichtiger Aspekt, der auch wissenschaftlich entsprechend intensiv untersucht und in zahllosen Fach- und Lehrbüchern, auch populär-medizinisch erläutert wird. Nachfolgend eine deutschsprachige Auswahl entsprechender Fachbücher, die auch die älteren Beiträge mit ihren sehr anschaulichen Kasuistiken berücksichtigt.

Adler, R. H. u. Mitarb. (Hrsg.): Uexküll – Psychosomatische Medizin. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2003

Ahrens, St., W. Schneider (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1951

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2004

Bräutigam, W., P. Christian: Psychosomatische Medizin. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1974

Bräutigam, W. u. Mitarb.: Psychosomatische Medizin. Thieme-Verlag, Stuttgart 1992

Bräutigam, W.: Reaktionen, Neurosen, abnorme Persönlichkeiten. Thieme-Verlag, Stuttgart 1994

Cremerius, J.: Die Prognose funktioneller Syndrome. Enke-Verlag, Stuttgart 1968

Delius, L.: Über die Änderungen von Kreislauf- und Herzfunktionen im Zusammenhang mit dem Erlebten. In: H. Bürger-Prinz, F. J. M. Winzenried (Hrsg.): Befinden und Symptom. F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1964

Deter, H. C.: Angewandte Psychosomatik. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Eiff, A. v. u. Mitarb.: Essentielle Hypertonie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1967

Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Frischenschlager, O. u. Mitarb. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Springer-Verlag, Wien-New York 1995

Gaebel, B., F. Müller-Spahn (Hrsg.): Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2002

Gastpar, M. T. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag, Wien-New York 2003

Gretler, M. M.: Herzinfarkt – Gefahr und Verhütung. Thieme-Verlag, Stuttgart 1966

Hahn, P.: Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971

Hahn, P. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt 1985

Herpietz-Dahlmann, B. u. Mitarb. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Hewer, W., W. Rössler (Hrsg.): Akute psychische Erkrankungen. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007

Hillert, A., E. Schmitz (Hrsg.): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2004

Hoffmann, S. O., G. Hochapfel: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999

Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1981

Klußmann, R.: Psychosomatische Medizin. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1992

Klußmann, R., M. Nickel: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Springer-Verlag, Wien-New York 2002

Mechelke, K., P. Christian: Vegetative Herz- und Kreislaufstörungen. In: Handbuch der Inneren Medizin, Bd. IX/4. Springer-Verlag, 1960

Möller, H.-J. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

Morschitzky, H.: Somatoforme Störungen. Springer-Verlag, Wien-New York 2000

Panse, F.: Angst und Schreck in klinisch-psychologischer und sozialmedizinischer Sicht anhand von Erlebnisberichten aus dem Luftkrieg. Thieme-Verlag, Stuttgart 1952

Petzold, E., A. Reindell: Klinische Psychosomatik. Verlag Quelle & Meyer, Heidelberg 1980

Overbeck, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Seelischer Konflikt – Körperliches Leiden. Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1986

Quint, H.: Die Hypotoniker in psychodynamischer Sicht. In: A. W. v. Eiff: Essentielle Hypertonie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1967

Richter, H. E., D. Beckmann: **Herzneurose**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1969

Rudolf, G., P. Henningsen: **Somatoforme Störungen**. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1998

Schepank, H.: **Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung**. Springer-Verlag, Berlin 1987

Schönecke, O. W.: **Psychosomatik funktioneller Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1987

Schmeling-Kludas, C. (Hrsg.): **Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin**. Hans Marseille-Verlag, München 2005

Spang, K.: **Rhythmusstörungen des Herzens**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1957

Studt, H. H. (Hrsg.): **Psychosomatik in Forschung und Praxis**. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1983

Studt, H. H. (Hrsg.): **Psychosomatik in der Inneren Medizin. Band I: Symptome und Syndrome, Band II: Diagnose und Behandlung**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Studt, H. H.: **Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre**. In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung**. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Tölle, R., K. Windgassen: **Psychiatrie**. Springer-Verlag, 2003

Wolowski, A., H.-J. Demmel (Hrsg.): **Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner**. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2010