

XVII.

Psychoneurosen bei Herzkrankheiten.

Von

Dr. Lilienstein (Bad Nauheim).

Es ist eine bekannte Erscheinung, dass fast bei allen organischen Herzkrankheiten, speziell bei Kompensationsstörungen, auch nervöse Symptome auftreten. Und zwar sind meiner Schätzung nach nur etwa 25—30 pCt. der Patienten mit ausgesprochenen Herzfehlern frei von solchen Störungen. Beschränkt man die Zählung auf dekompenzierte Herzranke, so dürften kaum mehr als 10 von 100 Kranken dauernd frei von nervösen Beschwerden sein, während alle übrigen eine bunte Skala von psychisch-nervösen Leiden darbieten.

An sich sind natürlich die einzelnen Beschwerden, wie Reizbarkeit, launisches Wesen, gestörtes Allgemeinbefinden, Angstgefühl, innere Unruhe, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Gemütsdepression usw., Zustände, die sich bis zu ausgesprochenen Psychosen steigern können, nicht pathognostisch für eine zugrunde liegende Herzkrankheit. In der Art ihres Auftretens und in ihrer Kombination bilden sie aber eine Psychoneurose, die nach Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf und in therapeutischer Hinsicht scharf von den endogenen Neurosen, der Hysterie, der Neurasthenie und der Hypochondrie zu unterscheiden ist. Um diese Krankheitsgruppe sowohl gegen die allgemeinen endogenen Psychoneurosen als auch gegen die Fälle abzusondern, in denen es sich um eine zufällige Kombination von neurotischen Symptomen mit Herzkrankheiten handelt, würde ich vorschlagen, dieses charakteristische Krankheitsbild auch mit eigenem Namen, mit „Kardiothymie“ oder „Dytshymia cardialis“ zu bezeichnen. Selbstverständlich kommen hier nicht die Fälle in Betracht, in denen neben einer Psychoneurose ein Herzleiden entsteht, wenn auch die subjektiven Symptome, die ein Herzfehler mit sich bringt, bei endogen Nervösen anders empfunden werden als bei robusten und psychisch gesunden Individuen.

Ich möchte die Kardiothymie auch scharf von den Herzneurosen unterschieden wissen. Eine rein reflektorische, auf sexuell-neurotischer Basis beruhende Herzneurose ist z. B. die von Herz beschriebene Phrenokardie, die von Erb (Versammlung südwestdeutscher Neurologen und

Irrenärzte, 1909) bestätigt wurde. Symptomatologisch unterscheidet sie sich nicht wesentlich von der Kardiomyie, ihrem Wesen nach ist sie aber das Spiegelbild derselben, insofern als die nervöse Störung bei der Phrenokardie, wie bei den Herzneurosen überhaupt, reflektorisch am Herzen auftritt, während ich unter Kardiomyie einen nervösen Symptomenkomplex verstehe, der nur bei und infolge von organisch lädiertem Herzen und bei gestörtem Kreislauf beobachtet wird. Ich möchte die Kardiomyie von den übrigen Neurosen trennen, ebenso wie Jacob (15) die bei Herzkranken auftretenden Psychosen als Kreislaufpsychosen von den übrigen Geisteskrankheiten abgetrennt hat.

Allerdings ist es zuweilen schwer, die Kardiomyie als solche zu erkennen, da ähnliche Zustände häufig bei anderen Psychoneurosen auftreten. Namentlich bei einmaligen Untersuchungen lässt es sich schwer entscheiden, ob die funktionellen Herzstörungen, Arythmien, Herzschmerzen, Atemnot usw. z. B. Folge der Neurasthenie oder diese der Ausdruck gestörter Herzfunktion ist. Infektionskrankheiten und Ueberanstrengungen können ja sowohl das Herz als auch das Nervensystem primär schädigen.

Bei der Kardiomyie, die hier besprochen werden soll, wird der Grad und die Dauer der sekundären Psychoneurose von der Dekompensation des Herzens bestimmt. Es gibt viele Fälle von Klappenfehlern, von Myokarditis und von Gefässkrankheiten, die ohne alle subjektiven und objektiven psychoneurotischen Symptome bleiben, so lange die Kompensation nicht gestört ist. Mit den Stauungen im kleinen Kreislauf, mit der Stauungsbronchitis, der Leberschwellung und mit den Oedemen können dann aber die obengenannten „nervösen“ Störungen des Allgemeinbefindens, des Schlafs usw. kommen, die sich gleichzeitig mit der Wiederherstellung der Kompensation wieder bessern.

Das Auftreten und Verschwinden von nervösen Beschwerden gleichzeitig mit Kompensationsstörungen legt es nahe, Stauungserscheinungen im Gehirn, die zu Schädigungen der Funktion der Ganglienzellen führen können, für die Erscheinungen verantwortlich zu machen.

Man kann auch an Autointoxikationen denken und zwar mit Rücksicht auf die nahe Verwandtschaft mit den ganz ähnlichen Zuständen bei Morbus Basedowii. Bei diesen ist die durch Hyperthyreoidismus bedingte Intoxikation des Gehirns aller Wahrscheinlichkeit nach das Primäre, während die nervösen Symptome und die Hypertrophie des Herzens als koordinierte Folge- oder Begleiterscheinungen aufzufassen sein dürften. Ich habe ausgesprochene depressive und maniakalische Zustände bei Basedow'scher Krankheit gesehen, bei der die Kompensation des Herzens nie gestört war, und Fälle, bei denen die betreffenden Zustände auch nach Wiederherstellung der Herzfunktion andauerten.

Hierher gehört wohl auch die Chorea, bei der beide, die Herz- und Nervenschädigungen auf gleicher toxischer Grundlage zu beruhen scheinen. Nur etwa 20—30 pCt. der Fälle von Chorea leiden nach Vogt (27) an ausgesprochenen Herzaaffektionen.

Zeigen sich die in Frage stehenden Psychoneurosen bei einer Arteriosklerose und Myokarditis auf arteriosklerotischer Basis, so kann man recht häufig zweifeln, ob eine durch die Myokarditis bedingte Kardiomyopathie oder eine Arteriosklerose der Hirngefäße vorliegt, da z. B. auch die von Alzheimer (1) beschriebene „senile Hirnverödung“ im Beginn oft klinische Bilder liefert wie die Kardiomyopathie.

Den Zusammenhang zwischen organischer Herzkrankheit und Psychose haben natürlich auch schon ältere Autoren feststellen können. Sie haben dabei aber fälschlicherweise angenommen, dass die einzelnen Klappenfehler von Einfluss auf die Psychosen seien, dass z. B. die Mitralklappenstenose und Insuffizienz mehr depressive, die Aorteninsuffizienz mehr manische Symptome zeitige. Mit Recht hat Stransky (25) hier hervorgehoben, dass der „manische Typ“ in diesen Fällen wohl häufig eine beginnende Paralyse gewesen sein mag, die ja auf gleicher Ätiologie wie viele Aorteninsuffizienzen, nämlich auf Lues beruht.

Ebenso wenig wie die neueren Autoren bei Psychosen konnte ich bei den Psychoneurosen der Herzkranken eine Verschiedenheit der Symptome, etwa je nach der befallenen Klappe konstatieren. Allenfalls sieht man Kardiomyopathien depressiven Charakters mehr bei Myokarditis. Doch dürfte hier die im Involutionalter vorherrschende Arteriosklerose, sowie das Senium überhaupt, eine gemeinsame Ursache abgeben.

Was die Symptomatologie der Psychoneurosen bei Kreislaufstörungen anlangt, so kann man bei einzelnen Symptomen zunächst im Zweifel sein, wie weit sie primär der Kreislaufstörung oder sekundär der Neurose zuzurechnen sind. Vor allem sind hier eine Reihe von körperlich nervösen Erscheinungen zu nennen: Die Patienten klagen über kalte Hände und Füße, auch wenn noch keine Zyanose oder Oedeme auf Zirkulationsstörungen hinweisen. Auch Schwindel- und Schwächeanfälle treten manchmal in einer Weise, rasch vorübergehend und mit vasomotorischen Symptomen verknüpft auf, dass man sie weniger der mangelhaften Zirkulation als nervösen Ursachen zuschreiben muss.

Etwa 75 pCt. aller Herzkranken mit Kompensationsstörungen leiden an chronischer Obstipation. Sicherlich beruht diese in den meisten Fällen auf der Stauung im Pfortadergebiet. Es bleiben aber noch viele Fälle übrig, besonders solche von spastischer Konstipation, die erst sekundär durch die Psychoneurose hervorgerufen werden.

Dem Gebiet der psychischen Symptome näher steht die Schlaflosigkeit, an der etwa 50—60 pCt. der dekompensierten Herzkranken leiden. Sie kann als einfache Agrypnie auftreten, die Patienten können mit oder ohne Müdigkeit den Schlaf nicht finden; häufiger aber tritt die Schlaflosigkeit als Folge oder zum mindesten in Begleitung von Herzklopfen, innerer Erregung oder Angstgefühlen auf.

Angst, innere Unruhe und Verstimmung, hypochondrisches Wesen ihrerseits sind als Präkordialangst häufig Begleit- und Folgeerscheinungen der Stenokardie, des Druckgefühls hinter dem Sternum oder des allgemeinen Herzdrucks, über den bei organischen und funktionellen Herzkrankheiten geklagt wird. Die innere Unruhe und gesteigerte Reizbarkeit wechseln ab mit allgemeiner Schwäche und mit Lähmungsgefühl, das sich bis zu leichter Benommenheit steigern kann.

Bei den höchsten Graden dieser Benommenheit und speziell bei den deliranten Zuständen, die meist erst bei ganz schweren Kompensationsstörungen auftreten, ist kein Zweifel, dass sie auf groben Schädigungen der Hirnrinde beruhen. Die Uebergänge aber, die von den oben genannten leichteren psychischen Symptomen zu den Bewusstseinsstörungen und Delirien hinüberführen, zeigen, dass auch die übrigen Psychoneurosen als Alterationen der Hirnrinde aufzufassen sind.

Der Verlauf der Kardiothymie ist, wie oben bemerkt, abhängig von dem zugrundeliegenden Herzleiden und dem Stadium der Dekompensation. Alle erwähnten Symptome können einzeln oder im ganzen verschwinden, wenn die Kompensation sich bessert, und wieder auftreten, wenn auch an anderen Organen Stauungserscheinungen zutage treten. Aus diesem Grunde dauern die Psychoneurosen bei vielen Herzkranken wochenlang, während sie in schweren Fällen sich über Monate und Jahre erstrecken und erst mit dem Tode endigen.

Nur selten bleiben für längere oder kürzere Zeit auch nach Herstellung der Kompensation noch psychoneurotische Symptome der genannten Art bestehen. In solchen Fällen liegt allerdings dann die Vermutung nahe, dass es sich nebenher noch um endogene Störungen, angeborene Psychopathien, Hyperthyreoidismus oder dergl. handelt.

Die Sonderstellung, die die Kardiothymie gegenüber den endogenen oder rein funktionellen Psychoneurosen einnimmt, ist von allergrößter Wichtigkeit für die Therapie, denn es ist von einschneidender Bedeutung, ob bei nervösen Symptomen die Behandlung auf eine Wiederherstellung der Kompensation oder auf eine Bekämpfung der Neurasthenie durch allgemein roborierende, übende und tonisierende Massnahmen eingestellt wird. Aus diesem Grunde findet sich in allen Lehrbüchern über Herzkrankheiten, wie bei Romberg, v. Strümpell, Herz usw. dringend die

Warnung, bei nervösen Herzbeschwerden nicht zu rasch mit der Diagnose „nur nervös“ zur Hand zu sein.

Auch ich habe die Erfahrung gemacht, dass bei beginnenden Kompensationsstörungen manchmal die nervösen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund treten, dass selbst Herzspezialisten, weil sich zunächst kein abnormer physikalischer Befund erheben liess, die Sachlage verkannten und direkt zu schädigenden Massnahmen, z. B. zu ausgedehntem Sport, Hochtouren usw. rieten, während sie eine spezifische Herzbehandlung ablehnten.

Es wird bei solchen schwer zu diagnostizierenden Fällen manchmal nur möglich sein, erst ex juvantibus die richtige Diagnose zu stellen.

Ist dagegen eine Herzkompensationsstörung von Anfang an nachweisbar, so muss diese das therapeutische Handeln in erster Linie bestimmen. Vor allem ist in solchen Fällen Ruhe, Diät und Schonung zu empfehlen. Daneben können Mechano- und Hydrotherapie zur Anwendung gelangen. Mechanotherapeutisch wirkt auch die von mir angegebene Phlebostase, die periphere Stauung zur Entlastung innerer Organe (29). Medikamentös müssen Herztonika in erster Linie angewandt werden, während die Nervina, Baldrian- und Brompräparate erst in zweiter Linie symptomatisch Verwendung finden.

Andererseits ist der Grad und die Ausbildung der nervösen Symptome von grossem Einfluss auf die Therapie, insofern als sie mitbestimmend dafür sind, ob der Kranke zu Hause, in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einem Kurort behandelt werden kann.

Die schwersten Fälle, solche mit vorgeschrittener Dekompensation, mit Delirien und Benommenheit können weder im Hause, noch in einem Kurort gut gepflegt werden. Für diese ist das Krankenhaus, bzw. das Sanatorium der geeignete Platz.

Ebenso ist es zweckmässig, sehr reizbare, hypochondrische Kranke zunächst in einem Sanatorium oder in einem einfachen Höhenkurort einer Liegekur mit entsprechender individualisierender Behandlung zu unterziehen.

Bei beginnenden und leichteren Formen der Kompensationsstörungen sind die natürlichen kohlensauren Solbäder indiziert. Sie bewirken meist nach 3—4 Wochen mit der Besserung der Kompensation auch eine Besserung der psychoneurotischen Symptome.

Psychotherapeutisch wirksam ist meist schon die Entfernung aus dem Hause, die absolute Ruhe durch Entfernung aus dem Beruf und der Eindruck speziell für Herzkranke geschaffener Einrichtungen. Mit Rücksicht darauf, dass eine Besserung der psychischen Symptome rückwirkend von günstigem Einfluss auf den Zustand der Kompensation

ist, sind im übrigen auch sonst alle psychotherapeutischen Massnahmen gerechtfertigt, soweit sie das insuffiziente Herz nicht schädigen.

Für die psychiatrische Erkenntnis war es von Vorteil, dass der Begriff Paranoia, der früher fast die Hälfte aller Psychosen umfasste, eingeschränkt wurde, dass die Katatonie, Dementia praecox, Hebephrenie von ihr abgetrennt wurden. Ähnlich erging es den Begriffen der Melancholie und der Demenz. Auch sie sind in Krankheitsgruppen zerfallen, die dem Wesen der Erkrankung mehr entsprechen. So dürfen in Zukunft auch in dem grossen Topf der Neurasthenie und Hysterie nicht mehr die heterogensten Dinge zusammengeworfen werden und jedenfalls sind die Psychoneurosen bei Herzkranken, die Kardiothymien, eine Gruppe für sich und von den endogenen Psychoneurosen scharf zu trennen.

Literaturverzeichnis.

1. Alzheimer, Monatsschr. f. Psych. 1898. S. 101.
2. Bonhoeffer, Psychosen infolge von Herzkrankheiten. Handb. d. Psych. Herausgegeben von Aschaffenburg.
3. Bumke, In Lewandowsky's Hand. d. Neurol. 1910. Bd. 1. 2.
4. Buschan, Die Basedow'sche Krankheit. 1894.
5. Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1901.
6. Cohn, T., Therapie nach Oertel. Lewandowsky's Handb. d. Neurol.
7. Cramer, Die Nervosität. Jena 1906.
8. Eichhorst, Deutsche med. Wochenschr. 1898.
9. Eppinger, Lewandowsky's Handb. d. Neurol. Bd. 4.
10. Erb, Versamml. südwestd. Neurol. und Irrenärzte. 1909.
11. Fischer, Ueber Psychosen bei Herzkrankheiten. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 54.
12. Flatau, Angstneurosen und vasomotorische Störungen. Med. Klinik. 1913. Nr. 32.
13. Herz, Herzkrankheiten. Wien 1912.
14. Homburger, Ueber Beziehungen des Morbus Based. zu Psychosen und Psychoneurosen. Dissert. Strassburg 1899.
15. Jacob, Journal f. Psych. u. Neurol. Bd. 14.
16. Karrer, in Hagen: Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876.
17. Kerr, The Lancet. 1905.
18. Kraepelin, Psychiatrie. Leipzig 1909. S. 22, 82, 633.
19. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. S. 730 und 772.
20. Oppenheim, Pathologie und Therapie nervöser Angstzustände. IV. Vers. deutscher Nervenärzte. 1910.
21. Reinhold, Münchener med. Wochenschr. 1894 und 1910.

22. Romberg, Krankheiten des Herzens. Stuttgart 1906. S. 83.
 23. Schickele, Die Beziehungen zwischen Menopause und funktionellen Herzstörungen. Lewandowsky's Handb. d. Neurol.
 24. Saathoff, Herzkrankheiten und Psychose. Münchener med. Wochenschr. 1910. Bd. 4.
 25. Stransky, Monatsschr. f. Psych. Bd. 14.
 26. Strümpell, Spez. Pathol. und Therap. Bd. 1. S. 487.
 27. Vogt, Lewandowsky's Hand. d. Neurol. Bd. 3. S. 907.
 28. Wittkowski, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 32.
 29. Lilienstein, Der unblutige Aderlass (Phlebostase). Medizinische Klinik 1912. Nr. 8.
-