

Horst-Eberhard Richter, Dieter Beckmann
Herzneurose

edition psychosozial

Horst-Eberhard Richter,
Dieter Beckmann

Herzneurose

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© 2004 Psychosozial-Verlag
Goethestr. 29, D-35390 Gießen,
Tel.: 0641/77819, Fax: 0641/77742
e-mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Grundlegend überarbeitete und aktualisierte Neuauflage
der Ausgabe von 1969 (© Thieme).
Alle Rechte, insbesondere das des auszugsweisen Abdrucks
und das der fotomechanischen Wiedergabe, vorbehalten.

Umschlaggestaltung: Christof Röhl
nach Entwürfen des Ateliers Warminski, Büdingen
Wissenschaftliche Mitarbeit: Katharina Hohmann
Satz: Katharina Appel
ISBN 3-89806-226-0
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur Neuauflage	9
Der Name	11
Klassische Beschreibungen des Krankheitsbildes	13
Das Krankheitsbild im Wandel des Zeitgeistes	17
Differentialdiagnostische Hinweise	21
Diskrete organische Herzveränderung	21
Angina pectoris	22
Gastrokardialer Symptomenkomplex (Roemheld)	23
Hyperthyreose	24
Phäochromozytom	24
Nervöses Atmungssyndrom	24
Häufigkeit und Verteilung der Herzneurose	27
Häufigkeit der Herzneurose allgemein	27
Familiäre Häufung	28
Altersverteilung	31
Geschlechtsverteilung	33
Familienstand	34
Intelligenz, Schulbildung und Beruf	36
Pathogenetische Befunde	37
Störeinflüsse in der Kindheit	37
Unmittelbar krankheitsauslösende Momente	39
Konfrontation mit Krankheit oder Unglücksfällen in der Umgebung	39
Beunruhigende Beobachtungen am eigenen Körper	40
Induzierende ärztliche Diagnosen	41
Psychische Konflikte	45
Freuds Herzneurose	49

Symptomatologie	53
Statistische Aspekte der Symptome	54
Beschreibung der Symptome	61
Anfallsartige Beschwerden	61
Niedergedrückte Stimmung	63
Erwartungsangst	63
Herzbeschwerden	64
Atembeschwerden	66
Schwächegefühl, Schwindel, sexuelle Störungen	67
Magen-Darm-Beschwerden	69
Schlafstörungen	69
Neuropsychologie	71
Schreckhaftigkeit	71
Anklammern	73
Todesangst	76
Krankheitsverhalten	79
Anklammern	80
Schonverhalten	83
Kontrolle des Herzens (»heart consciousness«)	87
Versuch, Partnerfiguren zu induzieren	89
Testpsychologische Befunde	91
Gießen-Test (GT) und MMPI	91
A- und B-Profil im MMPI	97
Aggression	103
Belastbarkeit im intellektuellen Leistungsbereich	104
Persönlichkeitsstruktur	107
Prognose und Verlaufsformen	113
Prognose	113
Übergänge in andere Krankheiten	117

Depression	117
Phobie	119
Übergang der individuellen Neurose in eine Familienneurose ...	120
Organische Herz- und Kreislaufkrankheiten	122
Therapie	125
Therapeutische Aspekte der Erstuntersuchung	125
Arzt-Patient-Beziehung	129
Psychologische Führung des Kranken in der Allgemeinpraxis	131
Vorbemerkungen	131
Psychotherapie	132
Familienberatung	137
Medikamente	139
Bewegungstherapie, Hydrotherapie	141
Therapie in der Klinik	145
Zusammenfassung	153
Ausblick	155
Anhang	157
Krankengeschichten	157
Einleitung	157
Patientin Elli H.	157
Patient Arno F.	165
Patientin Bettina K. (Kinderfall)	176
Vom Wandel einer therapeutischen Beziehung	182
Tabellen	183
Literatur	193
Sachverzeichnis	217

Vorwort zur Neuauflage

Zur Entscheidung, dieses Standardwerk in überarbeiteter Fassung neu herauszubringen, haben uns vor allem zahlreiche Nachfragen gedrängt. Wir haben eine Reihe neuer Forschungsergebnisse eingefügt, wollen mit diesem Buch indessen zugleich dem Eindruck entgegenreten, als löse sich die Krankheit Herzneurose hinter einer Mehrzahl neu erfundener Benennungen und konstruierter Untertypen als Einheit auf. Das Symptombild ist zwar vielgestaltig. Aber die übergreifenden Gemeinsamkeiten in der Pathogenese, in der Psychodynamik und vor allem im Krankheitsverhalten sind unverkennbar und geben dem Arzt bzw. dem Therapeuten klare Orientierungspunkte für den therapeutischen Umgang mit diesen Patienten an die Hand.

Bei dieser zweithäufigsten aller psychosomatischen Störungen, die seit 150 Jahren unzählige Male treffend und ausführlich beschrieben worden ist, sollte man meinen, daß ihre Erkennung und ihre fachgerechte Behandlung längst keine besonderen Probleme mehr darstellen sollten. Aber diese Erwartung trügt. Noch immer dauert es im Durchschnitt mehrere Jahre (Csef 2002), ehe die Kranken in die Hände psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch vorgebildeter Ärzte oder Psychotherapeuten geraten. Das liegt zum Teil an den Kranken selbst, die vielfach unbedingt als organisch Herzkrank erkannt und behandelt werden und oft nicht einsehen wollen, daß ihr Herz, das in den Anfallszuständen scheinbar »verrückt« spielt, nur ihre oft bis zur Panik gesteigerte Angst ausdrückt.

Mit ihren Vorurteilen irritieren die Kranken zumal solche Ärzte, die auf ein plausibel erscheinendes Verhältnis von organischem Befund und psychischem Leiden eingestellt sind und in der dramatischen Beunruhigung der Patienten allenfalls einen Anlaß zu beschwichtigender Beratung oder zu chemischer Sedierung erkennen, wenn nicht gar zur vielfachen Wiederholung einer längst schon erschöpfend durchexerzierten kardiologischen Diagnostik. So tragen Patienten und Ärzte oft ahnungslos gemeinsam dazu bei, die Chronifizierungstendenz der Krankheit zusätzlich zu verstärken.

Sieht man die neuere Literatur über Herzneurose – wie auch immer anders benannt – durch, so kann man die Arbeiten danach unterscheiden, ob sie mehr darauf aus sind, die herzneurotischen Menschen für sich und in der Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung besser zu verstehen, oder ob sie sich eher auf Pathophysiologie und auf lerntheoretische Erklärungsmuster konzentrieren. Unser Buch ist aus einem 5jährigen Forschungsprojekt an einer psychoanalytisch ausgerichteten psychosomatischen Universitätsklinik

entstanden – in enger Zusammenarbeit von ärztlichen und psychologischen Psychoanalytikern mit empirischen Medizinpsychologen. Die enge Zusammenarbeit mit Hausärzten und Internisten sowie unsere Unterrichtskurse mit Medizinstudenten haben uns dazu bewogen, in der Darstellung der Erkenntnisse möglichst den praktischen Interessen aller zu dienen, die mit Herzneurotikern oder verwandten Angstkranken Umgang haben. Denn die Versorgungsdefizite bei dieser Störung rühren ja vor allem von der Ratlosigkeit vieler Praktiker und Internisten her, denen eine schlüssige Anleitung fehlt, wie sie mit Herzneurotikern nach der kardiologischen Abklärung verfahren oder gerade nicht verfahren sollten. In dieser Frühphase entscheidet sich nämlich, ob der Weg zu einer Erfolg versprechenden Hilfe oder zur Begünstigung einer fatalen Chronifizierung eingeschlagen wird. Wir kennen übrigens zahlreiche Kranke, die sich durch die Lektüre unseres Buches selbst besser verstanden und aus ihm für den Umgang mit ihrer Störung profitiert haben. Auch sie haben uns ermutigt, unsere Schrift nach kritischer Durchsicht und Einfügung neuer Erkenntnisse dem Psychozial-Verlag mit der Bitte um eine Neu-Edition anzubieten.

Dieses Buch ist übrigens das einzige, das die Herzneurose zugleich als *psychosoziale Störung* würdigt. Länger Erkrankte pflegen häufig ihre Partner, vor allem aber auch ihre Kinder in spezieller Weise in Mitleidenschaft zu ziehen. Sie breiten um sich ein ängstliches Vermeidungsklima aus, auf das die ganze Familiengemeinschaft sich einstellen soll: Ruhe, Schonung, Vorsicht, Konfliktscheu, Furcht vor Fernseh-Darstellungen von Unfällen, Gewalt und Krieg. An allen Vermeidungen müssen die anderen teilnehmen, um keinen Rückfall bei den Patienten zu verschulden. Kinder herzneurotischer Mütter sind fast immer in Gefahr, die mütterliche Störung zu reproduzieren. Aber allein schon die sanatoriumsartige Einschränkung der gemeinsamen Lebenswelt kann als eine *soziale Neurose* begriffen werden, die allmählich als wichtiges Arbeitsfeld von speziell ausgebildeten Familientherapeuten erkannt wird – leider noch nicht von den Krankenkassen.

Wir danken Dr. Hans-Jürgen Wirth sehr herzlich dafür, daß er das Erscheinen dieses neu bearbeiteten Standardwerkes in seinem Verlag möglich gemacht hat. Dank sagen wir auch Katharina Homann für ihre kritische Literatur-Recherche. Gabriele Einbrodt, Katja Kochalski, Erika Nickerl und Christa Schäfer danken wir für ihre wertvolle redaktionelle Hilfe.

Horst-Eberhard Richter
Dieter Beckmann

Der Name

Es läßt sich nicht vermeiden, mit dem Problem der Krankheitsbenennung zu beginnen. Freud hatte den Namen »*Angstneurose*« vorgeschlagen. Aber da die Patienten durchweg ihr organisch gesundes Herz für ihre Angst verantwortlich machen, hat sich der Name »*Herzneurose*« besser eingebürgert und ist auch in der angelsächsischen Literatur als *cardiac neurosis* weithin gebräuchlich.

Wir meinen mit dieser Bezeichnung eine Störung, deren Träger wegen auf das Herz bezogener Beschwerden beim Arzt erscheinen, ohne daß eine körperliche Grundkrankheit die Symptome hervorruft.

Es erscheint uns zweckmäßig, den neurotischen Charakter dieser Störung nicht weiter zu spezifizieren, etwa im Sinne von Herzphobie oder Herzhypochondrie, weil phobische oder hypochondrische Züge zwar die Krankheit oft begleiten, aber nicht ihr Hauptcharakteristikum darstellen. Die neurotische Herzangst selbst ist jedenfalls mit einer Phobie nicht zu verwechseln. Denn zur Phobie gehört per definitionem der Bezug zu einer prinzipiell vermeidbaren Situation, wie Schonecker, der diesen Namen 1998 für seine Monographie gebraucht, noch 1990 selbst korrekt zitiert hatte. Der Tierphobiker kann die betreffenden Tiere, der Agoraphobiker u. U. die freie Straße meiden. Der Erythrophobiker kann sich vor Situationen drücken, in denen er seine Verlegenheit nicht glaubt verbergen zu können. Der Herzneurotiker jedoch wird von seinen Angstgefühlen meist völlig unvorhersehbar überfallen, nicht selten sogar aus dem Schlaf heraus. Eben diese scheinbare Grundlosigkeit macht das Übel für die Patienten ja so unheimlich, und deshalb erscheint ihnen das »verrückt« spielende Herz, das ihre exzessive Angst nur ausdrückt, als deren vermeintlicher Erzeuger.

Anfallsartiges Auftreten der Ängste ist für die Herzneurose charakteristisch und wurde von 93% unserer Patienten (n=60) angegeben. Aber neben den Anzeichen vervollständigen anhaltende Unruhe (93%), niedergedrückte Stimmung (85%), Mattigkeit (82%) und Herzschmerzen (82%) das Krankheitsbild (s. S. 54). Der als Ersatz vorgeschlagene Name »Panikstörung« wird der Komplexität des Symptomenbildes wenig gerecht, abgesehen davon, daß Panik ursprünglich ein massenpsychologisches Phänomen meint.

Die gleiche Frage wirft die von Paar und Mitarbeitern (1986) benutzte Bezeichnung *Herzangst-Syndrom* (HAS) auf. Zudem ist nicht zu verkennen, daß »*Herzangstsyndrome*« sehr wohl auch bei organischen Herzkrankheiten auftreten können (Csef 2002). Man kann jedenfalls Reimann (1950) nur

zustimmen, der meinte, die Erfindung immer neuer Namen ersetze einen Mangel an neuen Erkenntnissen.

Die Internisten sprechen nach wie vor am liebsten von einem »funktio-nellen kardiovaskulären Syndrom« bzw. im Sinne von WHO/ICD-10 von einer »Somatoformen, autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems«.

Übersicht über Diagnosenamen

Vorwiegend psychiatrische Literatur:

Angstneurose	(Freud 1895)
Anxiety reaction	(American Psychiatric Associa-tion 1952)
Herzhypochondrie	(Bräutigam 1956)
Herzphobie (Kardiophobie)	(Kulenkampff u. Bauer 1960)
Panic disorder	(Klein 1964)
Herzangstsyndrom	(Michaelis 1970)

Vorwiegend internistische Literatur:

Funktionelle Angina pectoris	(Forbes 1833)
Nervöses Herzklopfen	(Stokes 1853)
Hyperkinesis cordis	(Oppolzer 1867)
Irritable Fieart (Reizherz)	(Da Costa 1871)
Neurozirkulatorische Asthenie (N. C. A.)	(Oppenheimer u. a. 1918)
Effort syndrome	(Medical Research Committee 1918)
Functional cardiovascular disease	(Friedman 1947)
Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems	WHO/JC D10

Klassische Beschreibungen des Krankheitsbildes

Der Kardiologe Stokes beschrieb 1855 ein typisches herzneurotisches Syndrom bei einem Mann mittleren Lebensalters: »*Er bekam öfters Paroxysmen von schneller und heftiger Herzbewegung, sie war jedoch weder unregelmäßig noch intermittierend; dabei stellte sich heftige Präkordialangst und Beklemmung ein, mit einem peinlichen Gefühl herannahenden Todes. Die Respiration war beschleunigt und mühsam, und diese Anfälle kehrten so häufig und in so bedeutendem Grade wieder, daß der Kranke die Überzeugung gewann, er habe ein gefährliches Herz- und wahrscheinlich auch Aortaleiden. Seine Stimmung wurde gedrückt, und er erwartete nichts anderes, als daß er in einem dieser fürchterlichen Paroxysmen sterben würde. Die Dauer des Anfalles war unbestimmt; in der freien Zeit waren keine Symptome von einem Herzleiden vorhanden, Herzschlag und Töne waren ganz normal.*« Außerdem bot der Patient phobische Symptome. Stokes versicherte jedoch: »*Dieser Mann litt nicht an Einbildung; er war kräftig gebaut, hatte die Erde umsegelt und die Beschwerden der Reise ohne Nachteil ertragen.*«

Nach Einstellung des vorher starken Teegenusses, den Stokes als Krankheitsursache verdächtigte, nach Anwendung einer aromatischen Eisenmixture und Durchführung einer ärztlich verordneten kurzen Seereise verschwanden die Herzsymptome bald. Stokes rubriziert diese Symptomatik unter dem Oberbegriff *Anomalien der Herzbewegung*, wozu er neben Angina pectoris u. a. auch *Herzklopfen bei jungen Leuten* und *hysterisches Herzklopfen* rechnete.

Der Wiener Kliniker Oppolzer verwendete in seinen 1867 veröffentlichten Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens und der Gefäße bereits ausdrücklich den Terminus *Herzneurose*. Unter den *Neuroses cordis* führte er an erster Stelle die *Hyperkinesis cordis* (nervöses Herzklopfen) auf. Von der Symptomatik sagte er: »Das nervöse Herzklopfen tritt stets nur anfallsweise auf. Der Paroxysmus besteht in einer Steigerung der Herzaktion, welche nicht nur von dem betreffenden Individuum als ein äußerst lästiges Gefühl von Pochen und Klopfen gefühlt, sondern auch nicht selten in objektiver Weise – manchmal sogar durch ein deutlich sichtbares, mit jeder Herzsysteme erfolgendes, ziemlich beträchtliches Emporheben der Brustbedeckung – wahrgenommen wird ... Die Frequenz der Herzaktion ist gewöhnlich eine vermehrte – ... Das Gesicht der betreffenden Kranken

drückt Angst und Unruhe aus, und dieselben klagen in der Tat außer dem »Herzklopfen« über ein Gefühl von Beklemmung und Druck auf der Brust, über ein Zusammenschnüren des Halses und des Schlundes, über ein heftiges Klopfen im Kopfe und über Schwindel und Anwandlung zur Ohnmacht, wozu sich in der Tat auch manchmal eine wirkliche Ohnmacht gesellt ... Der Anfall des nervösen Herzklopfens dauert entweder bloß einige Minuten, oder aber er dauert länger, ja selbst einige Stunden. Derselbe hört plötzlich auf, oder die einzelnen Beschwerden nehmen allmählich in ihrer Intensität ab.«

Die Darstellung von Oppolzer ist weniger vollständig als die Fallbeschreibung von Stokes. Es fehlt darin – wie häufig in der internistischen Herzneurose-Literatur – die Erwähnung der bedrückten Stimmung, der hypochondrischen Überzeugung, organisch herzkrank zu sein und einem Herztod entgegenzugehen. Tatsächlich ist die psychopathologisch auffällige Art, wie die Patienten ihre Anfälle verarbeiten, offensichtlich ein wesentlicher Bestandteil der Krankheit selbst und nicht nur eine Folgeerscheinung.

Dies erkannte Freud, der in seiner Beschreibung des herzneurotischen Symptomenkomplexes 1895 neben den körperlichen Beschwerden auch den psychopathologischen Veränderungen voll Rechnung trug. Seine Schilderung des Krankheitsbildes ist überaus genau. Wenn er auch als Psychiater und Psychoanalytiker dem Krankheitsnamen *Angstneurose* anstelle von *Herzneurose* den Vorzug gab, so meinte er dennoch exakt die Störung, welche die Internisten seit jeher nach dem Organbezug bezeichnet hatten. Freud hob die Beobachtung hervor, daß die diversen Symptome innerhalb der Anfälle in unterschiedlicher Zahl und Mischung vertreten sein könnten. Er nannte im einzelnen: Störungen der Herztätigkeit mit Tachykardie, »Herzklopfen«, »Herzkrampf«, kurze Arrhythmien. Weiterhin: Störungen der Atmung (nervöse Dyspnoe, asthmaartige Anfälle), Schweißausbrüche, Zittern, Heißhunger. Schwindel, Kongestionen, Parästhesien. Hinzu komme während der Anfälle oft ein Gefühl von »Schlechtwerden« oder »Unbehagen«. Die Anfälle könnten mit dem Gefühl der Lebensvernichtung, des »Schlagtreffens« oder des drohenden Wahnsinns verknüpft sein. Außerhalb der Anfälle zeige sich bei den Kranken eine »für das Bewußtsein meist latente, aber konstant lauende Ängstlichkeit« in Form von allgemeiner Reizbarkeit, von Unheilserwartungen und speziell hypochondrischen Ideen. Auch Schwindelgefühle, Verdauungsbeschwerden, Hinfälligkeits- und Mattigkeitsgefühle, Schlafstörungen sowie phobische Symptome seien oft chronisch vorhanden, desgleichen eine »Neigung zu pessimistischer Auffassung der Dinge«. Freud, der die Symptomatik übrigens genauestens

aus Selbsterfahrung kannte (s. S. 49ff. u. Biographie von E. Jones 1960), hatte damit den Symptomkatalog der Herzneurose vollständig aufgeführt, wenn man von den apparativen Meßbefunden absieht, über welche erst die moderne klinische Medizin zusätzlich verfügt. Die feine psychopathologische Beobachtung von Freud hatte darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen den Anfallsängsten und der auch außerhalb der Anfälle konstant wirksamen Ängstlichkeit hergestellt. Und er hatte auch weiterhin den verwirrenden Variationsreichtum der Anfallssymptomatik selbst aufgezeigt, ohne an der Überzeugung irre zu werden, daß die bunte Symptomvielfalt nichtsdestoweniger einem gemeinsamen Krankheitsbild zugeordnet werden könne. Ihn leitete dabei eben die psychosomatische Hypothese, daß die diversen Beschwerden sowohl innerhalb als außerhalb der Anfälle Äußerungsformen bzw. Äquivalente von Angst seien.

Die erschöpfende Krankheitsbeschreibung von Freud wies eigentlich bereits darauf hin, daß eine weitere Erforschung der Herzneurose eine konvergierende Bearbeitung sowohl aus internistischer als aus psychiatrisch, psychoanalytischer Sicht herausforderte. Indessen kam es doch eher zu einer zunehmenden Aufspaltung der Fragestellungen. Viele internistische Untersuchungen bemühten sich um eine Objektivierung der funktionellen Symptome an Herz und Kreislauf. Die psychiatrische Forschung schenkte dem Herzneuroseproblem, wenn man von der Kriegspsychiatrie während der beiden Weltkriege absieht, lange Zeit überhaupt nur eine ganz untergeordnete Beachtung.

Die verwirrende Aufsplitterung der Forschungsbemühungen um die Herzneurose wurde natürlich durch den Symptomenreichtum dieses Krankheitsbildes besonders begünstigt. Immer wieder gab und gibt es Versuche, den herzneurotischen Symptomenkomplex in enger umgrenzte Einzelformen aufzuspalten, wobei mal dieses, mal jenes Krankheitszeichen als Leitsymptom deklariert wurde. Zweifel an der Krankheitseinheit mußten sich vor allem für diejenigen ergeben, die nicht wie Freud als gemeinsame Wurzel aller Beschwerden eine große unbewältigte Angst zu erkennen vermochten. Um so mehr ist das Verdienst von M. E. Cohen zu würdigen, der – ohne von einem erklärenden psychoanalytischen oder psychosomatischen Konzept auszugehen – nach dem 2. Weltkrieg den Zusammenhang und die Abgrenzbarkeit des herzneurotischen Symptomenbildes in einer Reihe von bedeutenden Arbeiten, größtenteils in Zusammenarbeit mit White, herausgestellt hat. Er bevorzugte den Krankheitsnamen *Neurocirculatory asthenia* (N.C.A.), den er aber ausdrücklich als Synonym für *Herzneurose*, *Angstneurose* oder *Effort*

syndrome verstanden wissen wollte. Die Arbeitsgruppe um Cohen hat die Lehrmeinung über die Herzneurose über Jahrzehnte bestimmt. Sie hat sorgfältige sozialstatistische und katamnestische Untersuchungen beigetragen. Instrukтив erscheint der Musterfall einer »Mrs. N.C.A.« (*Neurocirculatory asthenia*), den Cohen zur Illustration des Symptomenbildes sowie typischer Verlaufsmerkmale und Behandlungsgesichtspunkte 1949 an den Anfang seiner Krankheitsbeschreibung gestellt hat:

»Eine 30jährige verheiratete Frau, Mrs. N. C. A., wurde erstmalig 1945 untersucht. Ihre hauptsächlichen Beschwerden waren Schwindel und Herzklopfen seit mehreren Jahren. Augenblickliche Krankheit:

Mit 18 Jahren war die Kranke nervös, hatte Herzklopfen und erfuhr, sie habe eine »defekte Herzklappe«, einen »nervösen Kollaps«, und sie würde dieses Jahr nicht mehr überleben. Ihr Zustand besserte sich, aber von da ab litt sie an leichter Ermüdbarkeit, Schwindel, innerer Spannung, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Kurzatmigkeit. Ihr Appetit war niemals gut. Gewöhnlich hatte sie Untergewicht. Gelegentlich hatte sie das Gefühl, sie könne nur schwer tief durchatmen. Oft seufzte sie beim Atmen.

Mit 28 Jahren verstärkte sich der Schwindel. Sie hatte Schwierigkeiten, sich in das Menschengewimmel einer Geschäftsgegend zu begeben. Mehrmals erlitt sie panikartige Anfälle mit Erstickungsangst, Herzklopfen und der Furcht, umzufallen oder zu sterben. Ein Arzt diagnostizierte eine Thyreotoxikose, gab ihr ein Jodpräparat und riet zu einer Thyreoidektomie. In einer Klinik erfuhr sie, daß sie keine Schilddrüsenstörungen habe, es wäre »alles nervös«, und sie würde das »nie loswerden«.

Sie hat ihre Aktivität in den letzten beiden Jahren stark eingeschränkt. Sie macht keine Hausarbeit, um ihr Herz zu schonen – auf Anraten des Arztes. Herzklopfen und Schwindel sind schlimmer geworden, und deshalb geht sie nur selten aus dem Haus.

Die Kindheitsanamnese zeigte keine besonderen Auffälligkeiten. Familienanamnese: Die Kranke glaubt, ihre Mutter habe die gleiche Störung gehabt.

Verlauf: Die Kranke wurde beruhigt. Es erleichterte sie, daß die klinischen Befunde normal waren. Es wurde ihr Gelegenheit gegeben, ihre persönlichen Probleme zu besprechen. Es wurde ihr geraten, ihre Aktivitäten keineswegs einzuschränken, keine Medikamente einzunehmen und ihre Tätigkeit trotz ihrer Symptome nie zu unterbrechen. Sie besserte sich schnell. 6 Monate später war sie praktisch symptomfrei und hatte ihre gewohnten Tätigkeiten wieder aufgenommen«.