

Über psychologische Faktoren in der Ätiologie der koronaren Herzkrankheit

Thomas Köhler

Psychologisches Institut III der Universität Hamburg

Realistischerweise wird man psychologischen Faktoren in der Ätiopathogenese der koronaren Herzkrankheit (KHK) keine zentrale Rolle einräumen, ihren Einfluss möglicherweise vor allem in der modifizierten Wirkung auf den Verlauf einer bereits bestehenden Erkrankung sehen. Andererseits erscheint jene beiläufige, bisweilen geradezu zweifelnde Erwähnung psychologischer Variablen, wie man sie auch in den neuesten Auflagen einschlägiger Lehrbücher findet (vgl. etwa [1]), dem augenblicklichen Erkenntnisstand wenig angemessen. Zu erwähnen sind hier insbesondere zwei Variable, einerseits das sogenannte Typ-A-Verhalten, andererseits Life Event-Stress, welche im Sinne einer optimalen Prävention der koronaren Herzkrankheit wie insbesondere des Myokardinfarktes beachtet werden sollten.

These 1

Unabhängig von der noch andauernden Diskussion über die (psycho-)therapeutische Beeinflussbarkeit des Typ A-Verhaltens darf im Sinne einer effizienten Prävention der KHK dieser Risikofaktor nicht übersehen werden. Bei Vorliegen von Typ-A-Verhalten ergibt sich für den behandelnden Arzt die Notwendigkeit, den Betroffenen als stärker infarktgefährdet unter genauerer Kontrolle zu halten und ihn anzuweisen, kardiale Warnsymptome zu beachten. Weiter muss bei Vorliegen dieses psychologischen Risikofaktors nachdrücklicher auf die Reduktion anderer Risiken wie Zigarettenrauchen, Blutdruckerhöhung oder Hypercholesterinämie geachtet werden als bei Personen ohne Typ A-Verhalten. Schliesslich ist zu diskutieren, ob nicht auch eine medikamentöse Dämpfung des verstärkten Sympathikotonus versucht werden sollte. Das Konstrukt des Typ A-Verhaltens stellt die Systematisierung einer alten klinischen Beobachtung dar, nämlich, dass der Herzinfarkt bevorzugt – es gibt natürlich zahlreiche Ausnahmen – eher sehr ehrgeizige, überbeschäftigte Personen trifft. Auf diesen Beobachtungen basierend haben Friedman und Rosenman Ende der fünfziger Jahre ein Verhaltens- und Denkmuster, das sogenannte Typ-A-Verhalten, definiert, gekennzeichnet u.a. durch Aufstellen aller möglichen, oft schlecht definierten Ziele sowie einen permanenten Wunsch nach Anerkennung und Vorwärtskommen. In Zusammenhang damit steht eine Neigung zu Wettbewerbsverhalten, ein ständiges Engagement in vielen und verschiedenartigsten Tätigkeiten unter Zeitdruck und infolgedessen eine gewohnheitsmässige Neigung, die Ausführung körper-

licher und geistiger Tätigkeiten zu beschleunigen. Personen mit diesem Verhalten werden Typ A-Personen genannt, diejenigen, die solches Verhalten nicht oder nicht ausgeprägt aufweisen, Typ B-Personen.

In der bekannten Western Collaborative Group Study hat sich Typ A-Verhalten als Risikofaktor für KHK, insbesondere Herzinfarkt, erwiesen [2]. Am Ende einer 8½jährigen Beobachtungszeit ergab sich, dass etwa doppelt so viele Personen mit Typ A-Verhalten in diesem Zeitraum eine KHK entwickelten (d.h. einen Infarkt hatten und/oder Angina-pectoris-Symptome zeigten) wie Typ B-Personen. Obwohl zweifellos vermehrtes Serumcholesterin oder erhöhter systolischer Blutdruck noch einen bedeutenderen Risikofaktor darstellen, so wird man doch nicht die Bedeutung dieser psychologischen Variablen übersehen können.

Über die verbindenden Glieder zwischen Typ A-Verhalten und Angina pectoris bzw. Infarkt ist noch nicht allzu viel Definitives bekannt. Sicher ist, dass es nicht die mit dem Typ A-Verhalten korrelierten anderen Risikofaktoren sind wie Erhöhung des systolischen oder diastolischen Ruheblutdrucks oder Zigarettenrauchen, denn auch nach «Kontrollieren» dieser Effekte bleibt Typ A-Verhalten als Risiko erhalten. So diskutiert man, ob bei Typ A-Personen die Blutgerinnungsgeschwindigkeit erhöht ist und somit auch die Gefahr thrombotischer Verschlüsse, ob bei ihnen die Noradrenalin ausschüttung im Laufe eines Arbeitstages vermehrt ist, oder zusätzlich zur eventuellen Erhöhung des Blutdruckruhwerts auch die stressbedingten Blutdrucksteigerungen bei solchen Personen ausgeprägter sind [3].

Die Frage der Modifizierbarkeit von Typ A-Verhalten mit psychologischen Interventionsmethoden ist noch nicht endgültig geklärt. Angesichts der Tatsache, dass solche Verhaltensweisen oft schon seit frühester Jugend vorliegen und in gewisser Weise auch von der Gesellschaft belohnt, um nicht zu sagen, gefordert werden, erscheint allzu grosser therapeutischer Optimismus verfehlt. Dies heisst aber nicht, dass das Vorliegen von Typ A-Verhalten keine therapeutischen Konsequenzen haben sollte. Es sollte den Arzt veranlassen, im Sinne von These 1 Interventionen an anderen Stellen zu versuchen, z.B. in Form einer intensiveren kardiologischen Überwachung oder der dezidierten Reduktion anderer Risikofaktoren, schliesslich auch die Überlegung in Gang setzen, ob man nicht auf der Ebene der Pathogenese etwa im Sinne von medikamentöser Dämpfung des erhöhten Sympathikotonus therapeutisch ansetzen sollte.

These 2

Belastende Lebensereignisse müssen, insbesondere bei bereits koronarerkrankten Personen, in der ärztlichen Praxis in der Anamnese erhoben werden. Selbst wenn eine Beseitigung dieses ätiologischen Moments nicht möglich ist, ergibt sich doch die Konsequenz, solcherart gefährdete Personen als zusätzlich infarktgefährdet anzusehen und die unter These 1 vorgeschlagenen Massnahmen zu ergreifen.

Obwohl Life Event-Stress als Risikofaktor für KHK noch nicht einwandfrei nachgewiesen ist, insbesondere auch methodische Schwierigkeiten bei der Erfassung von solchen Belastungen bestehen, geben klinische Beobachtungen und eine Reihe von Studien Anlass zur Annahme, dass unter psychischer Belastung das Infarktisiko steigt, möglicherweise unter anderem über eine stresskontingente Verkürzung der Gerinnungszeit. Ohne die Ergebnisse aussagekräftiger prospektiver Längsschnittstudien abzuwarten und ohne sichere Kenntnis der vermittelnden pathogenetischen Mechanismen scheint es augenblicklich durchaus gerechtfertigt, von belastenden Lebensereignissen betroffene Personen als Risikopatienten für die Ausbildung eines Herzinfarkts anzusehen und die oben geschilderten präventiven Schritte vorzunehmen.

Zusammenfassung

Es wird der Einfluss zweier psychologischer Faktoren, nämlich Typ-A-Verhalten und Life Event-Stress, auf Ausbildung und Verlauf der KHK diskutiert. Für beide Variablen, insbesondere Typ-A-Verhalten, ist ein solcher Einfluss wahrscheinlich und empirisch gut belegt. Obwohl die Beseitigung von Typ-A-Verhalten zumindest problematisch, von Life Event-Stress so gut wie ausgeschlossen ist, wird die These vertreten, dass beiden Grössen in der Anamnese und Befunderhebung mehr Beachtung als bisher geschenkt werden sollte. Bei Vorliegen dieser beiden psychologischen Risikofaktoren müsste

noch nachdrücklicher als sonst auf die Elimination anderer (organischer) Risikofaktoren geachtet und eventuell auch verstärkt eine medikamentöse Infarktprophylaxe betrieben werden.

Summary

Psychological Factors in the Etiology of Coronary Heart Disease

The influence of two psychological factors, type A behaviour and life-event stress, on pathogenesis and course of coronary heart disease, is being discussed. For both variables, especially, however, for type A behaviour, such an influence is likely, as it has been empirically documented. Although omission of type A behaviour seems to be problematic, and omission of life-event stress is practically precluded, the postulate is being expressed that more attention should be paid to both dimensions when taking the medical history, and during the patient's examination. If both psychological risk factors are present, elimination of other (organic) risk factors should be intended more rigorously as usual. Possibly, drug treatment for prevention of myocardial infarction should then also be more closely considered.

Literaturverzeichnis

- [1] *Mäurer W, Mehmel H*: Koronare Herzkrankheit. In: Schettler G., Hrsg. Innere Medizin (7. Auflage). Band I. Stuttgart: Thieme, 1987; 128–52.
- [2] *Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins CD, Friedman M, Straus R, Wurm M*: Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8½ years. *J Am Med Assoc* 1975; 233: 872–77.
- [3] *Köhler Th*: Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 1985.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Köhler
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
D-2000 Hamburg 13