

Herzinfarkt und Schriftbild - Konvergenzen und Divergenzen

Vortrag gehalten auf der 13. Herbsttagung der Norddeutschen Graphologen in Celle am 8.11.80

Mit dem Begriff "Herzinfarkt" verbinden sich unwillkürlich Worte wie "Manager" und "Managerkrankheit", Worte, unter denen sich seit den fünfziger Jahren jeder etwas vorstellen kann. Ist es ein Zufall, daß Menschen mit auffällig aktivem Arbeitseinsatz und großer Verantwortungsbereitschaft, dem beruflichen Streß besonders ausgesetzt, so häufig auf einer Intensivstation eingeliefert werden? Die Vermutung liegt nahe, daß dieser auf so spezifische Weise erkrankende Personenkreis in irgend einer Form übereinstimmende Charakterzüge zeigt.

Diesen Gedanken verfolgen seit etwa zwanzig Jahren Psychologen und Mediziner, deren Interesse den psychosomatischen Zusammenhängen gilt. Zu nennen wären vor allem Rosenman und Friedmann, amerikanische Psychologen, die nach jahrelangem, systematischem Studium klinischer Fälle den verhaltenspsychologisch bestimmten "Risikotyp A" beschrieben. Er ist inzwischen oft angezweifelt, auf seine Gültigkeit hin überprüft und immer wieder zutreffend gefunden worden.

Nach Rosenman und Friedmann zeichnen die Menschen dieses Typs sich aus durch intensiven Antrieb zum Erfolg, den Wunsch nach Anerkennung und persönlichen Fortschritt sowie die Neigung, im Beruf zu konkurrieren. Sie muten sich viel zu, bzw. lassen sich viel aufbürden. Eine hastige Lebensweise kennzeichnet sie. Sie sind ungeduldig und wirken leicht gespannt.

Andere Psychologen stellen für diese Gruppe andere Charakteristika mehr in den Vordergrund, so Eysenck die Extraversion (nicht zu verwechseln mit dem Jung'schen Einstellungstypus). Sie wird gekennzeichnet durch den Reizhunger, oft befriedigt durch starken Zigarettenkonsum, ein instabiles, unkontrolliertes Temperament und die Soziabilität, d.h. die Fähigkeit und Neigung, soziale Bindungen einzugehen.

Von diesen Menschen sollen dem Körperbau nach überzufällig viele zum mesomorphen (Sheldon) bzw. pykno-athletischen Konstitutionstyp (Kretschmer) gehören.

Überwiegend vom Verhalten her gewonnene Erkenntnisse auf die Handschrift zu übertragen, läßt die Tiefendimension vermissen, die das psychoanalytische Konzept von Prof. Walter Bräutigam, dem Direktor des Institutes für psychosomatische Medizin in Heidelberg, zu vermitteln versucht. Bräutigam beschreibt die Persönlichkeit des Koronarkranken folgendermaßen (da dem Herzinfarkt stets eine Schädigung der Herzkranzgefäße vorausgeht, ist der Herzinfarktpatient zunächst einmal ein Koronarkranker): Menschen ohne seelisches Krankheitsbewußtsein, nicht selbstunsicher oder emotional gehemmt, jedoch auch nicht seelisch ausgeglichen, ohne akute neurotische Symptome. Ihre Haltung wird tiefenpsychologisch als charakternurotische Reaktionsbildung definiert. Meist sind sie in früher Kindheit streng erzogen, im Freud'schen Sinne auf analer Stufe fixiert, also ordentlich, pünktlich, sparsam, eigensinnig und perfektionistisch. Eigene oral-abhängige Regungen werden abgewehrt durch hartnäckiges Streben nach Leistungsbe-
weis und Dominanz. Sie neigen zum Rationalisieren, entwerten und verzerren damit oft ihre gefühlsbetonten Regungen, verfügen über eine hohe Frustrationstoleranz d.h. sie erdulden viel und nehmen vieles auf sich, sind "hart im Nehmen", da sie oft ihre Beschwerden bagatellisieren.

Das Konfliktbewußtsein wird meistens verdrängt. Haben diese Menschen zugegebene Probleme, so handelt es sich überwiegend um Geltungs- und Autoritätsfragen.

Der Berliner Psychoanalytiker Günter Ammon und seine Mitarbeiter sehen die Ich-Struktur des Psychosomatikers "defizitär", d.h. durch Mangel an geglückter, frühkindlicher Kommunikation weder stabil noch flexibel entwickelt. Diese Menschen wirken nach Ammon angepaßt und funktionieren sozial gut. Sie geben sich belastbar und vermögen Höchstleistungen zu vollbringen, allerdings nichts Kreatives. Nach außen bauen sie eine "Heile-Welt-Fassade" auf. Es scheint mit ihnen alles in Ordnung zu sein. Ängste werden kompensiert durch Starrheit und Distanzierung. Verbal können sie sich über sich selbst schwer äußern. Das psychosomatische Symptom signalisiert ihre Schwierigkeiten. Ammon meint hier die Gesamtheit der psychosomatisch Erkrankten. Bräutigam bezieht sich mit seinem Modell speziell auf die Gruppe der Koronarkranken.

Ist es nun möglich, diese Modelle oder eines von ihnen auf die Handschrift von Herzinfarktpatienten zu übertragen? Reizhunger, Perfektionismus, Leistungsstreben, um nur einige Beispiele zu nennen, auch die Tendenz, Gefühle zu verdrängen und eher mit dem Verstand zu werten, die allgemeine Betonung des Männlichen, die das Persönlichkeitsgefüge des Koronarkranken kennzeichnet, das müßte doch auch der Schrift zu entnehmen sein.

Zum Zustandekommen eines Herzinfarktes tragen allerdings zusätzlich somatische Risikofaktoren bei. Zu nennen wären: Hoher Blutdruck, starkes Zigarettenrauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, hoher Cholesterin- und Fettspiegel im Blut, der teils durch die Zusammensetzung der Nahrung, teils durch verstärkte Erregung des sympathischen Nervensystems ansteigt. Alter und Geschlecht spielen eine Rolle: Ein älterer Mensch ist gefährdeter als ein junger, Männer mehr als Frauen, deren Gefäßsystem durch die weiblichen Hormone mehr geschützt sein soll, was nach dem Klimakterium nicht mehr zutrifft - man liest das ja heute in fast jeder Illustrierten. Ein vielfältiges Geflecht von ineinandergreifenden Vorgängen, über Jahre auf den Körper einwirkend, trägt zur koronaren Herzkrankheit und damit zum Herzinfarkt bei. Die Ursache ist demnach multifaktoriell, und nur einer dieser Faktoren ist das Persönlichkeitsprofil. Je mehr Risikofaktoren zusammentreffen, desto gefährdeter müßte demnach der Mensch leben. Es gibt allerdings auch andere Meinungen: So stellt im Gegensatz zu Bräutigam Prof. G. Rudolf vom Klinikum Charlottenburg, FU Berlin, fest, daß es d e n Herzpatienten, d e n Magen- oder d e n Darmpatienten in der Psychosomatik gar nicht gäbe. Dazu sei - wie Rudolf seine Erfahrungen mit ambulanten Patienten des Klinikums Charlottenburg zusammenfaßt - die Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen zu komplex.

Es gilt nun, anhand einiger Schriften kritisch zu untersuchen, ob Beziehungen zwischen Herzinfarkt und Schriftbild zu finden sind, und danach zu prüfen, ob einer oder mehrere der erwähnten Typen für die Handschrift relevant ist bzw. sind, oder ob es etwa in der Schrift überhaupt keine Herzinfarktstruktur zu entdecken gibt.

Diese elf Beispiele stellen eine Auswahl dar und erheben nicht den Anspruch, ein repräsentativer Querschnitt zu sein. Das Ergebnis ist nicht ohne Widersprüche, immerhin durchzogen von einem roten Faden: Aus allen Schriften spricht das Bedürfnis nach Bewährung durch Leistungsbeweis, gleichzeitig eine hohe Reizempfänglichkeit. Das Vermögen, die aufgenommenen Lebensreize sinnvoll zu verarbeiten und somit produktiv oder effektiv tätig zu sein, ist den Schreibern in unterschiedlichem Ausmaß gegeben. Je größer das Mißverhältnis zwischen Wunsch und Verwirklichungsmöglichkeit ist, desto belasteter erscheint der Mensch in physischer und psychischer Hinsicht. Bei geringer Elastizität werden seine Anstrengungen besonders groß sein müssen - und trotzdem nicht immer zum Ziele führen. Das mag in der Position eines Managers besonders auffallen, kann aber jedem so motivierten Menschen in jedem Beruf widerfahren.

Betrachten wir die Schriften auf ihren Versteifungsgrad hin, so finden wir sie mittel bis stark versteift. Der Versteifungsgrad ist hier ein brauchbares Kriterium, sagt er doch Wesentliches aus über die Art, in der der Schreiber mit den ihm gestellten Forderungen umzugehen vermag. Es ist sicher kein Zufall, daß die lockerste Schrift (Nr. 1) zu der Patientin mit dem leichtesten Krankheitsverlauf gehört: Keine körperlichen Risikofaktoren zusätzlich, so daß nach dem Abbau der Überlastungen durch den Beruf seit 15 Jahren ein Leben ohne auffällige gesundheitliche Störungen geführt wird.

Die meisten Schriften zeigen Versteifungsgrade zwischen 4a und 4b, - gar nicht so selten in der heutigen Zeit bei vielen Menschen, die einigermaßen gesund erscheinen. Je höher der Anteil von 4a in der Schrift ist, desto ungünstiger scheint die Prognose zu sein. Liegt bei 4b mehr Gemhemtheit und auch ein Teil erlebter Angst vor, so bei 4a mehr Gespanntheit und damit vom Willen diktierte, forcierte Anstrengung und gleichzeitige Angstabwehr, was - medizinisch gesehen - für eine verstärkte Adrenalinausschüttung sorgt und damit einen rascheren Verschleiß des Gefäßsystems, also auch der Herzkranzgefäße, zur Folge hat. Offenbar kann die Fähigkeit zur "vernünftigen" Einsicht dazu beitragen, eine realitätsbezogene Einstellung zur Krankheit zu finden und den Verlauf durch konsequentes Verhalten günstig beeinflussen. Das wird dem flexibleren Ich besser gelingen als dem starren. Erfahrung und Wissen um biologische Vorgänge scheinen ebenfalls hilfreich zu sein. Es ist doch auffällig, daß gerade die zwei Ärztinnen und der Arzt unter den Patienten bisher keinen weiteren Infarkt erlebten.

Von den neun Infarktpatienten sind inzwischen fünf verstorben. Vergleicht man die Schriften der Verstorbenen mit denen der noch Lebenden, so findet man bei ersteren die stärkere Versteifung, von Schrift Nr. 5 abgesehen, deren Urheberin zusätzlich ganz erhebliche, somatische Risikofaktoren aufwies, die nie beachtet bzw. behandelt wurden (Übergewicht, Hochdruck).

Eine echte Beziehung zwischen Konstitutionstyp und Infarktgeschehen fand sich nicht. Von den Patienten gehören nur zwei dem prädestiniert genannten, athletischen Typ an, drei sind Pykniker, zwei Astheniker, die übrigen Mischtypen.

Wenden wir uns der Frage nach der Gültigkeit der verschiedenen Typenmodelle zu: Am wenigsten aussagekräftig erscheint die Extraversion nach Eysenck. Zwar ist der von ihm beschriebene Reizhunger bei allen Patienten gegeben, doch verarbeiten ja diese sehr versteift schreibenden Menschen - wie bereits erwähnt - die aufgenommenen Reize nicht adäquat. Man kann auch nicht durchgehend von unkontrolliertem Temperament sprechen - im Gegenteil! Mehr Gewicht kommt der Risikopersönlichkeit von Rosenman und Friedmann zu. Vor allem die Faktoren: "Streben nach Geltung und sozialer Billigung" sowie "gespannt, zwanghaft" sehen wir so gut

wie immer. Allerdings findet sich gerade dieser Typ gut ausgeprägt bei dem Patienten, der keinen Infarkt, sondern seit vielen Jahren Magengeschwüre hat, somit zu dem "aktiven Ulcustypen" nach Alexander gehörte (Nr. 11). Dieses Persönlichkeitsprofil ist möglicherweise nicht unbedingt infarktspezifisch, kommt offenbar auch bei anderen psychosomatischen Krankheiten vor. Das von G. Ammon beschriebene Streben des Psychosomatikers nach Höchstleistungen finden wir in den vorliegenden Schriften sehr häufig. Die vom gleichen Autor erwähnte "Ich-Starre", die das "Loch im Ich" schützen soll, erkennen wir ebenfalls gut in Nr. 3, 4 (7), 8, (9), 10. Immer noch recht flexibel wirkt dagegen Nr. 1.

Am meisten differenziert und aufgefächert und daher für den Schriftpsychologen brauchbar erscheint mir die Beschreibung der koronaren Persönlichkeit von Bräutigam. Sie ist, wenn auch unterschiedlich deutlich und variiert, bei fast allen Schreibern nachzuweisen (Nr. 7 entfällt). Da die Erkrankung der Herzkranzgefäße das Grundleiden des Herzinfarktes ist, müßte sich das Persönlichkeitsprofil auch bei den "nur" Koronarkranken finden. Schrift Nr. 10 bestätigt das. Die von Bräutigam erwähnte charakterneurotische Reaktionsbildung mit analer Fixierung und dem dazugehörigen Hang zum Perfektionismus findet sich von "schwach angedeutet" bis "ausgeprägt" bei allen Schreibern. Vier wirken ziemlich "normal" mit leicht zwanghaften Zügen (1, 5, 6, 9). Entgegen der Erfahrung von Bräutigam ist allerdings eine manifeste Neurose dabei (Nr. 3), und es gibt in meinem nicht zu veröffentlichenden Schriftmaterial noch mehr. Bräutigam sagt, es fänden sich unter diesen Patienten keine gehemmten Menschen. Das bestätigt sich nicht. (Nr. 2, 3, 4, 7, 8). Die Abwehr oraler, passiv-weiblicher Wesensteile ist erkennbar, bei den Männern als Betonung der Verwirklichung im Beruf, bei den Frauen als Selbstständigkeitsstreben, das mehr Schwierigkeiten mit dem Ehepartner als Probleme im Beruf beschert. Zur Bagatellisierung als Abwehr greift etwa die Hälfte der Schreiber, die Rationalisierung als Abwehr gelingt unterschiedlich glaubhaft, je nachdem, welche Rolle der Intellekt im Persönlichkeitsgefüge spielt. Sie ist am deutlichsten bei Nr. 10. Stark verdrängt wird das Konfliktbewußtsein bei Nr. 2, 3, 4, 8. Die anderen Schreiber nehmen den Konflikt wenigstens partiell wahr und versuchen, sich mit ihm zu arrangieren. Der Egozentriker Nr. 8 macht aus seiner Gesundheit ein Dogma, was ihm anscheinend nicht schlecht bekommt. Rudolf zweifelt an, daß das Persönlichkeitsprofil des Herzinfarktpatienten überhaupt existiert. Das kann nicht völlig widerlegt werden. Immerhin steht fest, daß die Struktur von Nr. 11, dem Magengeschwürpatienten, große Ähnlichkeit mit der des Koronarkranken hat, wenn nicht sogar identisch ist. Vermutlich gibt es zumindest fließende Übergänge. Hier könnte nur eine breit angelegte Untersuchung mit Schriften von anderen, psychosomatischen Krankheitsgruppen (z.B. Patienten mit Asthma, Migräne, Magengeschwüren usw.) Klarheit schaffen. Aus diesem Grunde sind die Schriften Herzinfarktkrankter stets besonders kritisch zu betrachten. Allein das Persönlichkeitsprofil sagt nichts Endgültiges aus. Hätte man nur die Schrift von Nr. 11, geriete er in falschen Verdacht. Zu empfehlen ist, bei auffälligem Leistungsstreben, hoher Versteifung und zwanghaften Wesenszügen nach körperlichen Risiken zu fragen. Niemals sollte man voreilig, nur die Schrift vor Augen, zu einer bestimmten Diagnose greifen. Selten sind seelische Komponenten allein die Ursache für den Herzinfarkt, dem - wie bereits erwähnt - ein multifaktorielles Geschehen zugrunde liegt.

Neben seelischen und körperlichen tragen fraglos auch gesellschaftliche Einflüsse zur Entwicklung der koronaren Herzkrankheit bei, gilt doch der Herzinfarkt als typisches Leiden im Bereich westlicher Zivilisation. Er tritt in Indien heute noch selten auf und nimmt in Japan mit wachsender Industrialisierung zu. Der Hast und Unruhe der Zeit entrichten wir wohl unseren Tribut.

Zusammenfassung: Die Pophal'schen Versteifungsgrade können bei der Auswertung von Schriften Herzinfarkterkrankter wichtige Hinweise geben, die nicht nur den Grad der Gefährdung sondern auch den weiterhin möglichen Verlauf der Krankheit betreffen. Häufig ist die Mischung von 4a und 4b. Je höher der Anteil von 4a, desto ungünstiger erscheint die Prognose. Starker Reizhunger und große Reizempfänglichkeit zusammen mit unzureichender Verarbeitungsfähigkeit sind jeder Schrift zu entnehmen und tragen zu erhöhter Spannung im Persönlichkeitsgefüge bei, was krankheitsunterstützend wirkt.

Es wurde geprüft, ob die verhaltenspsychologisch formulierten Typen von Rosenman u. Friedmann (Risikotyp A) und Eysenck (Extraversion) sowie die tiefenpsychologisch formulierten Modelle von Ammon (Psychosomatiker allgemein) und Bräutigam (koronare Persönlichkeit) auch bei der schriftpsychologischen Arbeit zu gebrauchen sind. Dabei erschien der Extraversionstyp am wenigsten geeignet, der Risikotyp A ist brauchbar, das Ammon'sche Modell kann als tiefenpsychologisches "Grobraster" aufgelegt werden, die differenziertesten Ergebnisse zeigt das Modell von Bräutigam. Die Behauptung von Rudolf, die Herzinfarktpersönlichkeit gäbe es nicht, konnte nicht widerlegt werden, da Vergleichsmaterial von anderen, an anderen psychosomatischen Krankheiten leidenden Gruppen fehlt, mir jedenfalls nicht bekannt ist.

Man darf jedoch sagen, daß die Konvergenzen die Divergenzen überwiegen, untersucht man die Beziehungen zwischen Herzinfarkt und Schriftbild. Solange noch nicht ausreichendes Vergleichsmaterial zur Verfügung steht, sollte man hinter das Ergebnis ein - wenn auch ganz zartes - Fragezeichen setzen.

Wer nur die Schrift auswertet und die körperlichen Risikofaktoren nicht beachtet, begeht ein Versäumnis. Wenn auch ohne Zweifel Körperliches und Seelisches zum Zustandekommen des Herzinfarktes beiträgt, so ist doch das Gewicht der Faktoren von Mensch zu Mensch verschieden. Man sollte den so Erkrankten als Individualität und nicht als Fall oder Typ zu erfassen suchen.

Literatur:

- | | |
|---------------------------------|---|
| Alexander, F. | Psychosomatische Medizin,
de Gruyter Verlag, Berlin 1951 |
| Bräutigam, W. und Christian, P. | Psychosomatische Medizin,
Georg-Thieme Verlag, Stuttgart 1975 |
| Christian, P. und Hahn, P. | Der Herzinfarkt in psychosomatischer u. anthropologischer Sicht.
Internist, Heft 10, 1973, 13. Jahrgang |
| Deutsches Ärzteblatt | Heft 50, Dez. 1979. Rubrik: Aktuelle Medizin |
| Friedmann, H. und Rosenman, P. | Der A-Typ und der B-Typ,
Rowohlt-Verlag, Reinbek 1975 |
| Rudolf, G. | Psychosomatische Aspekte beginnender Darmerkrankungen,
Die Berliner Ärztekammer, Heft 6, Juni 1980 |
| Vollbehr, H. | Symptomwechsel zwischen Sucht und psychosomatischer
Erkrankung aus ichstruktureller Sicht.
Dynamische Psychiatrie, Heft 2/3, 1980, 13. Jahrgang |