„Doch ein gekränktes Herz erholt sich schwer"

Psychokardiologie – Psychosomatik am Beispiel des Herzens

C. Rosanowski

Düsseldorf

Schlüsselwörter

Psychokardiologie, Psychosomatik, Herzerkrankung, Psychotherapie, Angst

Zusammenfassung

Es werden sechs Bereiche innerhalb der Psychokardiologie aufgezeigt und beschrieben, einschließlich kurzer Fallvignetten: Psychogene Herzschmerzen, somatoforme Störungen, koronare Herzkrankheit als Psychosomatose, psychische Hintergründe somatischer Risikofaktoren, Herzkrankheit als Psychotrauma und somatopsychische Anpassungsproblematik. Hierdurch stellt sich der Umfang dieses Arbeitsgebietes dar und seine Bedeutung in Psychotherapie und Medizin.

Keywords

Psychocardiology, psychosomatics, heart disease, psychotherapy, anxiety

Summary

Six fields within psychocardiology will be considered, described and some illustrated using short case reports: Psychogenic cardiac pain, somatoform disorders, coronary heart disease conceptualized as a psychosomatic disease, psychological background aetiologies for somatic risk factors, heart disease as psychotrauma and coping and adaptation in heart disease. This should enable the reader to more fully appreciate the scope of psychocardiology and its relevance in psychotherapy and medicine.

„A heart hurt is slow to recover". Psychocardiology – psychosomatics of the heart
Ärztliche Psychotherapie 2009; 4: 95–101

Das Zitat im Titel „Doch ein gekränktes Herz erholt sich schwer" (13) greift auf, dass das Symbol bzw. die Metapher des Herzens sich in Literatur und darstellender Kunst seit Jahrhunderten als Hinweis darauf findet, dass Menschen mit dem Herzen mehr als nur ein beliebiges unserer Körperorgane verbinden. In vielen Hochkulturen, auch z.B. bei den Azteken oder im alten China gilt das Herz als Symbol des Lebens, der Liebe, der Vitalität und auch als Spiegel des unbewussten Selbst. Im Ägypten des Altertums hingegen galt das Herz als Sitz des Verstandes, und mit „herzlos" beschrieb man törichte Menschen.

So werden auch seit Jahrhunderten ganze Bibliotheken gefüllt mit Literatur, in der die seelischen Einflüsse auf das Herz, auf Herzfunktionen, auf „Herzleiden" und den Herztod beschrieben werden.

So heißt es in Shakespeares Macbeth von 1606 (23):
"Give sorrow words; the grief that does not speak
Whispers the o'er fraught heart and bids it break."
In der Schlegel-Tieck'schen Übersetzung (23):
„Gib Worte Deinem Schmerz:
Gram, der nicht spricht,
Presst das beladene Herz,
bis dass es bricht."

Zur Tradition abendländischen Denkens der Neuzeit gehört es, Mentales und Somatisches einerseits auseinander zu halten und andererseits doch wieder zusammenzufügen. In der Medizin geschieht dies z.B. in der Psychosomatik bzw. der Psychokardiologie, der Psychosomatik des Herzens. Auch in der Neurobiologie wird heutzutage z.T. versucht, beide Aspekte zu verbinden und das Gehirn als Instrument der menschlichen Psyche aufzufassen (3).

Von historischem Interesse ist, dass gerade die Verbindung zwischen Herz und Psyche die Psychosomatik in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg besonders beschäftigt hat. So beschrieben Richter und Beckmann 1969 zusammengefasst ihre Arbeiten zur Herzneurose unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte wie Beschwerdebilder, psychodynamischer und psychophysiologischer Befunde und Behandlungsoptionen (21).

Themen der Psychokardiologie

Sechs Bereiche werden aufgezeigt, die in das Arbeitsgebiet der Psychokardiologie fallen, wobei die Übergänge fließend sind.

Psychogene Herzschmerzen

Ein Bereich der Psychokardiologie sind die **psychogenen Herzschmerzen**, insbesondere der **Konversionsschmerz** und der **Projektionsschmerz** (9).

Im reifen **Konversions-Herzschmerz** werden ein Trieb- oder Beziehungskonflikt und die dazugehörigen Affekte in symbolischer Form zum Ausdruck gebracht. Der Herzschmerz ist ein Symbol, das auf eine schmerzhafte Herzenssache, auf Liebe, Begehren, Hass, Wut, Selbsthass, auch auf Schuldgefühle und auch auf Gefühlsambivalenzen verweist. Seelischer Schmerz wird in Herzschmerz umgesetzt, „konvertiert" (9).

So könnte Romeo in die ärztliche Praxis kommen, über bisher unerklärliche Herzschmerzen klagen und dem Arzt oder Therapeuten anvertrauen, dass die Zurückweisung durch Julia, die ihr Herz, anders als bei Shakespeare, doch seinem Rivalen Paris geschenkt hat, ihm das Herz gebrochen hat.

Im **Projektionsherzschmerz** wird das Herz zum körperlichen Projektionsort der durch Verletzung oder Kränkung hervorgerufenen seelischen Missempfindungen, wie Verletzungsschmerz oder auch Kränkungswut. Die Sorge um das bedrohte Selbst wird auf das Herz projiziert (9).

So kam eine langjährig verwitwete Frau mittleren Alters in meine Praxis und klagte über seit Monaten immer wieder auftretende Herzschmerzen, für die kardiologischerseits kein morphologisches oder funktionelles Korrelat gefunden worden war. Es stellte sich heraus, dass der Beginn der Herzschmerzen in zeitlichem Zusammenhang zu sehen war mit dem Wohnungsauszug des erwachsenen Sohnes, der mit seiner Freundin in einer anderen Stadt zusammenzog. Dieser Herzschmerz konnte als Projektion der Sorge der Patientin um sich selbst durch diese Trennung und diese Kränkung verstanden und bearbeitet werden.

Dass man sich von den seelischen Schmerzen durch Kränkung unter Umständen nicht so leicht distanzieren kann, hat ja auch schon Goethes Torquato Tasso gewusst, wie es in dem Zitat, das ich im Titel verwendet habe, ausgedrückt ist.

Somatoforme Störungen

Die gerade genannten psychogenen Herzschmerzen sind zentralnervöse Schmerzen, bei denen das Herz als Organ keine Rolle spielt, so, wie man es auch beim Phantomschmerz kennt. Dieser Art von Schmerzen liegen fehllaufende Verschaltungsprozesse im Gehirn zugrunde: Seelenschmerz wird mit der zentralnervösen Repräsentanz des Herzens verbunden (9).

Davon abzugrenzen sind die Herzschmerzen im Rahmen einer **somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems**, bei der periphere Funktionsstörungen am Herzen vorliegen. Diese Funktionsstörungen am Herzen entstehen durch eine Fehlregulation vorgeschalteter neurovegetativer Zentren des limbischen Systems (u.a. des autonomen vegetativen Nervensystems). Im Herzen entstehen tatsächlich Funktionsstörungen, u.a. auch Schmerzen, die dann auch bewusst wahrgenommen werden können.

Ein Beispiel hierfür ist die **Herzneurose**, bei der die Schmerzen in der Regel nicht im Vordergrund stehen, sondern meist zusammen mit anderen Funktionsstörungen und Beschwerden auftreten, die sich auf das Herz beziehen, wie Herzrasen, Herzstolpern, aber auch psychovegetative Allgemeinsymptome wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Schwindel umfassen, sowie meist die Angst, am Herztod zu sterben. Diese vom Patienten thematisierte Angst ist eine sekundäre Angst, die in Folge der Herzsymptome auftritt, wohingegen die primäre Angst durch die Herzsymptome abgewehrt werden soll.

In diesen Bereich der somatoformen autonomen Funktionsstörungen gehören auch Untergruppen der arteriellen Hypertonie sowie auch z.T. Patienten mit Herzrhythmusstörungen, wobei man diskutieren kann, ob man diese Erkrankungen nicht auch unter die Psychosomatosen fassen kann – zumal die Bluthochdruckerkrankung ja sogar klassisch zu den „holy seven" psychosomatischen Erkrankungen zählt – z.B. dann, wenn zu den funktionellen auch morphologische Veränderungen hinzukommen.

Die geschilderten Abgrenzungen zwischen den verschiedenen psychodynamischen Hintergründen von Herzschmerzen erscheinen aus didaktischen Gründen sinnvoll, da sich daraus ja auch behandlungstechnische Überlegungen ergeben können. Andererseits sind jedoch Überlappungen bei vielen Patienten häufig.

Beispielhaft wird eine Patientin erwähnt, die ihren Ehemann durch einen Herzinfarkt verloren hat und danach begann, selbst unter Herzschmerzen zu leiden, wobei kardiologische Untersuchungen bei ihr keinen Hinweis auf funktionelle oder morphologische Veränderungen an ihrem Herzen ergeben hatten. Im Verlaufe der Therapie wurde klarer, dass sie ihre Herzschmerzen u.a. in Identifikation mit ihrem Mann bekommen hat, um so die Bindung zu ihm aufrecht zu erhalten und um Schuldgefühle über ihre Gefühlsambivalenz zum verstorbenen Ehemann abzuwehren. Zusätzlich konnten ihre Herzschmerzen auch als Projektionsherzschmerz verstanden werden.

Die psychogene Problematik steht bei den beschriebenen psychogenen Herzschmerzen und somatoformen Störungen ganz im Vordergrund. Das ist anders, wenn eine organische Herzerkrankung neben einer psychogenen Problematik ebenfalls eine bedeutende Rolle spielt, worauf ich im Folgenden eingehen werde.

Koronare Herzkrankheit als Psychosomatose

Man kann die **koronare Herzkrankheit**, die Erkrankung der Herzkranzgefäße und ihre Komplikation, den **Herzinfarkt**

als **Psychosomatose** konzeptualisieren (2, 9). Das heißt, die organische Krankheit, die durch morphologische Veränderungen am Herzen charakterisiert ist, kann – zum Teil! – psychische Ursachen haben, kann aber auch ohne psychische Mitverursachung auftreten.

Basisvoraussetzung für die koronare Herzkrankheit sind **körperliche Faktoren.**

Langfristig erworbene körperliche Dispositionen zur koronaren Herzkrankheit sind zum Teil genetische Veranlagungen und zum Teil erworbene körperliche Risikofaktoren, wie z.B. durch Rauchen, Fehlernährung oder mangelnde körperliche Bewegung, wobei diese körperlichen Risikofaktoren ihrerseits psychische Hintergründe haben können. Diese Risikofaktoren begünstigen die Entstehung von Verengungen in den Herzkranzgefäßen, die den Herzmuskel mit Blut versorgen.

Körperliche Auslösefaktoren für einen Herzinfarkt, also für den akuten vollständigen Verschluss eines verengten Herzkranzgefäßes sind akute Verletzungen in der Gefäßwand des erkrankten Herzkranzgefäßes. Diese Gefäßwandverletzungen werden durch einen Thrombus, einen Blutpfropf repariert, der durch sein Volumen das gesamte Herzkranzgefäß verschließen kann und durch die konsekutive Minderdurchblutung das Absterben von Herzmuskelgewebe verursacht, das heißt, den Herzinfarkt auslöst.

Um es noch einmal zu betonen: es gilt im Einzelfall hinzuschauen, ob **psychische Faktoren** für das Auftreten eines Herzinfarktes von Bedeutung sind.

Auch bei den psychischen Faktoren gilt es, wie bei den körperlichen Faktoren, zwischen langfristig erworbener psychodynamischer Disposition und Auslösefaktoren zu unterscheiden. Die von Balint (1) beschriebene Grundstörung kann man auch als psychosomatische Grundstörung sehen, das fehlende fitting together als **langfristig erworbene psychodynamische Disposition.** Als **psychische Auslösefaktoren** finden sich nicht zu bewältigende Konflikte insbesondere in Situationen von Trennungen oder Kränkungen, die die Grundstörung wiederbeleben. Es kommt zu Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit: Verlust der Hilfe von Außen „given up" und Selbstaufgabe „giving up" (7). Diese emotionalen Zustände von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, auch die sich daraus z.T. ergebenden nicht oder schwer verarbeitbaren aggressiven Gefühle, werden somatisch bewältigt, weil sie keine seelische Repräsentanz erlangt haben, weil sie nicht sprachlich zu fassen und zum Ausdruck zu bringen waren. Mit Fonagy könnte man sagen, weil sie nicht mentalisiert werden konnten.

Somatische Bewältigung heißt, dass in den genannten psychischen Situationen pathophysiologische Abläufe in Gang gesetzt wurden, wie Entzündungsvorgänge, hormonelle Dysregulationen oder auch immunologische oder neuronale Prozesse, die in morphologischen Veränderungen münden.

So weiß man auch aus epidemiologischen Studien, dass es im Jahr nach einer Scheidung oder nach Tod des Partners zu einer Verdoppelung der Rate an Herzinfarkten bei dem zurückgebliebenen Partner kommt.

Im Übrigen sind **protektive psychische Faktoren** ebenfalls zu berücksichtigen, wie z.B. das Eingebettet-Sein in ein Netz befriedigender persönlicher Beziehungen oder auch die regelmäßige Erfahrung, Anerkennung zu bekommen. Letzteres kann auch therapeutische Implikationen haben, z.B. im Sinne der Integration Ressourcen-orientierten Vorgehens.

Psychische Hintergründe somatischer Risikofaktoren

Wie erwähnt, können körperliche Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit psychische Hintergründe haben (24).

Es weist vieles darauf hin, dass sich negative Affektivität oder eine psychische Krankheit, z.B. eine Depression und die koronare Herzkrankheit, auch Herzinsuffizienz und Schlaganfall, gegenseitig beeinflussen.

Die koronare Herzkrankheit und ihre Folgen, u.a. der Herzinfarkt, sind häufig. Sie führen in Deutschland, wie auch in anderen westlichen Ländern, die Todesursachen-Statistik an und liegen erheblich vor allen Krebserkrankungen zusammen genommen.

Als Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit wurde bereits in den 1970er-Jahren das sogenannte **Typ-A-Verhaltensmuster** ausführlich beschrieben mit den Hauptkomponenten Konkurrenzneigung, Feindseligkeit, Zeitdruck und innere Anspannung (11, 20). Zwischenzeitlich wurde dieses Konzept in Teilen deutlich modifiziert. Es scheint so, dass, phänomenologisch betrachtet, **„hostility"**, Feindseligkeit, die Komponente des Typ-A-Verhaltensmusters ist, die am stärksten mit einem Herzinfarkt korreliert ist, und unter der eine chronisch destruktiv-aggressive Reaktionsbereitschaft bei kleinsten Anlässen mit Verletzungsabsicht verstanden wird.

Auch die für die Kardiologie hoch-relevanten Betablocker-Studien in den 1980er-Jahren belegten bereits, neben den deutlich lebensverlängernden Effekten, den die medikamentöse Therapie mit sogenannten Betablockern nach Herzinfarkt hat, dass **soziale Isolierung** und ein hohes Maß an **„Stress"** die 3-Jahres-Gesamt-Mortalität und das Risiko des plötzlichen Herztodes um das Vierfache erhöhen (22).

Eine **Depression** ist bei einem ursprünglich herzgesunden Menschen mit einer Erhöhung des Risikos für eine Herzerkrankung auf mindestens das Doppelte verbunden, wie in zahlreichen prospektiven Studien mit bemerkenswerter Einhelligkeit gezeigt werden konnte (6, 15). Dabei gibt es eine Dosis-Wirkungs-Beziehung: Eine schwerere Depression erhöht auch das kardiale Risiko stärker.

Umgekehrt gilt Ähnliches: nach einem Herzinfarkt ist das Risiko für das Auftreten einer Depression deutlich erhöht. Jeder 3. Herzinfarktpatient entwickelt eine klinisch

relevante depressive Komorbidität (17). Des Weiteren führt bei Patienten mit nachgewiesener koronarer Herzerkrankung eine komorbide depressive Störung zu einem ungünstigeren Verlauf der körperlichen Erkrankung. Auch hier findet sich wieder eine Verdoppelung des Mortalitätsrisikos bei ebenfalls nachweisbarem Zusammenhang mit der Schwere der Depression.

Die klinische Depressions-Diagnose kann jedoch gerade bei Herzinfarktpatienten erschwert werden dadurch, dass sich körperliche und depressiv begründete Symptome überlappen.

Typisch für Herzpatienten ist auch ein depressives Zustandsbild, das von Erschöpfung und Energieverlust geprägt ist und auf das oft als **„vital exhaustion"** verwiesen wird.

Klassischerweise gehören zu den psychosozialen Risikofaktoren insbesondere noch Arbeitsplatz-bezogene Variablen, die unter Schlagwörter wie **„high demand – low control"** (nach Karasek & Theorell) und **„effort – reward imbalance"** (nach Siegrist) (5) fallen: Arbeitssituationen, in denen die Anforderungen sehr hoch und gleichzeitig die Einflussmöglichkeiten sehr gering sind und Arbeitssituationen, in denen auf Anstrengungen keine „Gratifikationen" wie Geld, Anerkennung, Aufstiegschancen, Arbeitsplatz-Sicherheit folgen, führen zu erhöhter Sterblichkeit nach Herzinfarkt. Umgekehrt gilt auch, dass u.a. auch berufliche Anerkennung als ein protektiver Faktor zur Verminderung des kardiovaskulären Risikos angesehen werden kann und sich so – nicht ganz unkritisch zu sehende – Ausgleichsmöglichkeiten für pathogene Faktoren, z.B. für Typ-A-Verhalten ergeben.

Im Folgenden soll kurz die so genannte **Adverse Childhood Experiences Study** erwähnt werden. Diese epidemiologische Studie am Zentrum für Präventive Medizin des Kaiser Permanente Department in San Diego, Kalifornien, in Kooperation mit dem Center for Disease Control an inzwischen mehr als 17 000 Erwachsenen der typischen amerikanischen Mittelschicht (10) erwuchs aus einem Adipositas-Programm Mitte der 1980er-Jahre, wo sich die unerwartete Beobachtung ergab, dass oft gerade diejenigen, die gut an Gewicht abgenommen hatten, zu drop-outs wurden.

Die Teilnehmer wurden bzgl. acht unterschiedlicher Belastungskategorien befragt, davon drei Kategorien kindlichen Missbrauchs (aggressiv, emotional, sexuell) und fünf

Kategorien elterlicher Belastungsfaktoren, wie z.B. ein fehlender Elternteil oder elterliche psychische Erkrankungen, einschließlich Alkoholkrankheit.

Diese psychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit waren häufig – mehr als die Hälfte dieser Mittelschicht-Patienten war mindestens einer dieser Belastungen ausgesetzt – und wiesen eine eindeutige Beziehung zur körperlichen und zur psychischen Gesundheit Erwachsener bis zu 50 Jahre später auf, sowie zur späteren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und Krankenhausaufnahmen, zu Kosten von Medikamenten oder Sterblichkeit.

Aus den Ergebnissen dieser Studie kann man schließen, dass typische Verhaltens-abhängige kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Nikotinabusus, wenig sportliche Aktivität, ungesunde Ernährungsweise nicht Folge von Disziplinlosigkeit des Betroffenen sind, wie ja durchaus diskutiert, sondern, dass sie z.B. mit dem Vorliegen einer Depression oder den genannten kindlichen psychosozialen Belastungsfaktoren korrelieren.

Das heißt, dass viele der bei uns üblichen primär-, sekundär- und tertiärprophylaktischen Bemühungen zur Minderung der Herzinfarkt-Häufigkeit nur bedingt erfolgreich sein können, da das risikoreiche Verhaltensmuster aus der Sicht des Betroffenen oft die einzige Möglichkeit darstellt, mit den Auswirkungen der Traumatisierungen in seiner Kindheit fertig zu werden. Der Nikotinabusus, beispielsweise, ist nicht das Problem, sondern eine kreative Bewältigung für Probleme, die zuvor von niemandem, auch vom Patienten kaum in diesem Sinne, ernst genommen worden waren (10). Ohne Anerkennung des intrapsychischen Gewinns dieses risikoreichen Verhaltens wird man den Betroffenen kaum helfen können, was die mageren Erfolge von u.a. Raucherentwöhnungsprogrammen ja auch zeigen.

Welches können potenziell **verbindende Mechanismen** sein zwischen psychischen Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen? Hier sind zwei Teilaspekte zu unterscheiden. Einerseits haben depressive Menschen vermehrt tendenziell **gesundheitsschädigende Verhaltensweisen.** Beispielsweise ist der Nikotinabusus größer, vielleicht auch, weil Nikotin als leichtes Antidepressivum wirkt. Depressive ernähren sich ungesünder und betreiben weniger Sport. Die Compliance bei der Medikamenteneinnahme, beim Einhalten ärztlicher Kontrolltermine u.ä. ist geringer.

Andererseits kommt es zu messbaren **pathophysiologische Veränderungen,** wobei ich hier nur auf drei Bereiche aufmerksam machen möchte.

Zum einen finden sich Dysregulationen des autonomen Nervensystems mit u.a. erniedrigter Herzfrequenz-Variabilität und vermehrtem Auftreten von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen bis hin zum plötzlichen Herztod. Des Weiteren findet sich bei depressiven Koronarkranken eine erhöhte Gerinnungsneigung mit u.a. erhöhter Aggregabilität der Thrombozyten. Außerdem sind Entzündungsparameter ungünstig verändert mit Erhöhung bestimmter Interleukine, des CRP und von ACTH und Kortison.

Abschließend in diesem Zusammenhang gilt es, die Frage zu klären, ob eine **Modifikation psychosozialer Faktoren** bei Herzpatienten überhaupt möglich ist und ob dies positive Auswirkungen auf das subjektive Befinden des Betroffenen oder den objektiven kardialen Krankheitsverlauf haben würde.

Es gibt dazu mehrere ältere Studien (14), die oft unspezifische, z.T. supportive Interventionen wie Psychoedukation, Entspannungstechniken oder nicht näher beschriebene gruppenpsychotherapeutische Maßnahmen umfassten. Trotzdem konnte in viel zitierten Metaanalysen (18) gezeigt werden, dass der Verlauf der Herzkrankheit bis hin zur Mortalität durch „psychologische Interventionen" modifiziert werden kann. Vieles blieb dabei unklar, insbesondere wie viel des Effektes auf unspezifische und wie viel auf psychotherapeutische Mittel im engeren Sinne zurückzuführen ist. So fasste ein Cochrane-Review zusammen, dass „psychologische Interventionen" bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit keinen Mortalitätseffekt aufweisen (19).

Es gibt inzwischen jedoch Ergebnisse neuerer Studien, die ihre Interventionen und insbesondere ihre Einschlusskriterien viel nachvollziehbarer definiert haben. So konnte in der **SADHART-Studie** (Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial) gezeigt werden, dass Sertralin bei depressiven Herzinfarktpatienten die depressive Symptomatik effektiv reduziert und im Hinblick auf die körperliche Erkrankung keine relevanten Nebenwirkungen hat (12). In der **ENRICHD-Studie** (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients) mit fast 2500 Herzinfarkt-Patienten, die depressiv oder sozial isoliert waren, wurde in der Interventionsgruppe kognitive Verhaltenstherapie nach Beck in Form weniger Stunden im Einzelsetting durchgeführt, was zu einer Reduktion der psychischen Endpunkte Depression und soziale Isolierung führte (8). In keiner Studie konnte bisher jedoch die Rate der Todesfälle oder der nicht-tödlichen Reinfarkte reduziert werden. Insgesamt besteht noch ein großer Forschungsbedarf.

Herzerkrankung als Psychotrauma

Ein Herzinfarkt, auch z.B. eine Reanimation, kann als Psychotrauma erlebt werden und, gegebenenfalls auch ohne vorbestehende neurotische Erkrankungsdisposition, zu einer Psychotrauma-Folgestörung führen, die es differenzialdiagnostisch zu erfassen und angemessen zu bearbeiten gilt (16).

Beispielhaft sei ein Patient von etwas über 50 Jahren erwähnt, Jurist, der seit seinem Hinterwandinfarkt gut ein Jahr vor Therapiebeginn regelmäßig von u.a. Intrusionen und flash backs sehr gequält wurde und bei dem es mit Hilfe traumatherapeutischer Methoden im Rahmen einer Kurzzeittherapie von insgesamt 25 Stunden zu einer anhaltenden Remission kam.

Somatopsychische Anpassungsproblematik und sekundär neurotische Entwicklungen

Nicht immer gelingt die Bewältigungsarbeit bei einer chronischen organischen Herzkrankheit und deren problemlose Integration in ein – geändertes – Selbstbild und Weltverständnis.

Eine unzureichende Krankheitsbewältigung im Sinne der somatopsychischen Anpassungsproblematik hängt u.a. ab von der subjektiven Bedeutung, die die Herzkrankheit für den Patienten hat und davon, welche Persönlichkeitsstruktur den Hintergrund für die organische Herzkrankheit bildet (9).

Bei einem Teil der Patienten wird die eigene organische Herzkrankheit der Trigger für eine Herzneurose. Die Trennungsangst und abgewehrte Todesangst, die oft bei Herzkranken, nicht nur nach Herzinfarkt, auftritt, wird auf das Herz projiziert.

Als Beispiel dient ein Patient, Mathematiker von Ende 40, der nach der Zufallsdiagnose einer dilatativen Kardiomyopathie, einer Herzmuskelerkrankung, heftigste auf das Herz bezogene Ängste, Luftnot, Schwindel, Angst vor dem Herztod u.ä. entwickelte, trotz sehr guter körperlicher Verfassung. Ein Zufall kam letztlich auch in der insgesamt 40-stündigen Psychotherapie zur Hilfe, als die mit der Angst verbundene Aggression in der Außerübertragungsbeziehung auf einen der behandelnden Kardiologen auftrat und gut bearbeitet werden konnte.

Organisch herzkranke Patienten wenden sich jedoch nicht nur mit herzneurotischen Problemen an uns, sondern mit vielfältiger Symptomatik: Ängste, die sich nicht auf das Herz beziehen, Depressionen, Verhaltensauffälligkeiten, auch somatoforme Reaktionen, die sich nicht auf das Herz beziehen.

Auch die psychodynamischen Hintergründe sind vielfältig, besonders häufig finden sich Probleme bei der Ausbalancierung des Selbstwertes, ausgelöst durch die als Kränkung empfundene Herzkrankheit.

Dass Ängste und Depressionen infolge einer Kränkung, z.B. auch über den Verlust der körperlichen Unversehrtheit, aggressive Affekte abwehren, findet sich häufig. Bei einigen Patienten stellt sich im Verlaufe des Durcharbeitens heraus, dass Angst und Depression nicht nur Enttäuschungswut unbewusst halten, sondern auch oder sogar vor allem Angst vor existenzieller Traurigkeit über das eigene Schicksal, nicht nur im Sinne der Herzkrankheit. Ich erlebe solche Therapiestunden als emotional sehr dicht und fühle mich in besonderer Weise als personales Gegenüber gefordert.

Bei anderen Patienten finden sich Schuldgefühle mit konsekutiver Strafangst oder Strafwunsch. So erlebte ein depressiv-altruistischer Herzinfarktpatient seinen Herzinfarkt einerseits als Strafe dafür, dass er sich nicht genug für andere eingesetzt hatte. Andererseits wurde im Verlaufe der Therapie klar, wie er anderen untergründig hoch aggressiv begegnete, weil er sich selbst als zu kurz gekommen erlebte und den Infarkt auch als gerechte Strafe für diese Aggression empfand. Erst nach längerem Durcharbeiten verschwanden seine nicht organisch bedingten, sehr quälenden Herzschmerzen.

Bei einer anderen Patientin kam es zur positiven Wende in der Therapie, als sie sich selbst in ihren Leistungen und Erfolgen im Leben, und auch in ihrem Ehrgeiz, auch wertschätzen konnte. Es war wohl therapieentscheidend wichtig, hier nicht vorschnell und eventuell nur die kompensatorische Funktion der Leistungsorientierung zu deuten (4).

Weitere psychodynamische Hintergründe sind Gefühle des Versagens und der Schuld sich selbst/dem Körper gegenüber („nicht genug Sport getrieben", „falsch ernährt"...). Ein Patient erlebte sich, von außen betrachtet nicht nachvollziehbar, als Versager in Beruf und Familie. Und so erlebte er auch seinen Herzinfarkt als Beweis für sein Versagen im Körperlichen.

Auch kann es zu deutlich ambivalenter Einstellung dem Herzen gegenüber mit Abspaltung des Herzens als bösen Selbstanteils oder auch als negatives Introjekt kommen. So formulierte ein Patient, sein Herz trotzig bekämpfend: „Wenn mein Herz meint, dass ich nur seinetwegen Sport treibe, so hat es sich gewaltig geirrt. Jetzt erst recht nicht!"

Manche Herzpatienten erleben ihre Herzkrankheit auch als Chance: die psychische Problematik im Gefolge der organischen Krankheit gibt ihnen vor sich selbst und anderen endlich die Freiheit und Möglichkeit, sich um eine günstigere Lösung von innerseelischen Problemen zu bemühen, von denen sie ein Leben lang bedrängt waren.

Immer wieder finden sich bei Patienten auch nur teilbewusste überzogen anmutende Machbarkeitsfantasien – auch der Psychotherapie gegenüber –, die ja auch in Teilen der modernen Kardiologie offensichtlich sind, und die man u.a. als Versuch verstehen kann, die Todesbedrohung durch die Herzerkrankung agierend abzuwehren.

Bei diesen klassisch „psycho-somatischen" Patienten spielen der Körper und die Körperlichkeit eine zentrale Rolle auch in analytisch inspirierter Psychotherapie. Ich versuche aufzugreifen, was die Patienten anbieten bzw. das, was mir zu fehlen scheint, fragend einzubringen. Es geht um Themen wie die beklagten Körpersymptome, anstehende oder durchgemachte körperliche Untersuchungen und Therapien, um Medikamenten-Einnahme, Bewegung, Sport (Herzsportgruppen oder anders), auch um Ernährung oder natürlich auch um Nikotinabusus bzw. dessen Einstellung. Viele Patienten finden im Verlaufe der Therapie dazu, von sich aus die Kommentare und Signale ihres Körpers zum Geschehen in der Therapiestunde und im Alltag wahrzunehmen und wertzuschätzen, also zu einem lebendigeren Körpererleben zu gelangen.

Wie die psychodynamischen Hintergründe nahe legen, geht es therapeutisch häufig um die Bearbeitung von Enttäuschungen, von Enttäuschungen über den Körper, über die Ärzte, über das Medizinsystem, über die Angehörigen oder auch über das Leben und über das eigene Schicksal.

Die Themen Tod und Sterben spielen fast immer eine Rolle in Therapien mit Herzkranken. Unter sorgfältiger Wahrnehmung der verschiedenen eigenen Ängste in der Gegenübertragung und bei achtsamem Umgang damit, gilt es, den Patienten dabei zu unterstützen, den für ihn richtigen Kompromiss auszubalancieren zwischen der Wahrnehmung der Todesbedrohung und deren Verleugnung sowie der Entwicklung eines neuen, positiven, erweiterten Lebens(sinn)entwurfs.

Ausblick

Die psychotherapeutischen Herausforderungen im Rahmen der Psychokardiologie werden sich noch erweitern angesichts der zunehmenden komplexen Möglichkeiten der modernen Kardiologie und Kardiochirurgie. Als Stichworte nenne ich Zustand nach Reanimation, evtl. mit Erlebnissen zwischen Leben und Tod, Defibrillator-Implantation oder Herztransplantation, einschließlich evtl. moralischer und ökonomischer Überlegungen. Im Übrigen gilt es auch zu berücksichtigen, dass die Partner oder Kinder der betroffenen Herzpatienten auch erhebliche psychische Symptome entwickeln können, nicht nur bei genetisch bedingten Herzerkrankungen. Da viele betroffene Patienten sich nicht so schnell von sich aus als Psychotherapie-Patienten sehen, kommt der kollegialen Zusammenarbeit mit Hausärzten und Kardiologen, auch z.B. im Rahmen der Balintgruppen-Arbeit, eine große Bedeutung zu.

Literatur

1. Balint M. Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart: Klett-Cotta 1997.
2. Bardé B, Jordan J. Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (Hrsg). Reihe Statuskonferenz Psychokardiologie. Bd 9. Frankfurt: VAS 2003.
3. Bauer J. Warum Ich fühle, was Du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe 2005.
4. Boll-Klatt A. Psychotherapeutische Interventionen bei Koronarpatienten. Vortrag auf dem Symposium „Herz und Seele" der Ärztekammer Hamburg 25.01.2002. Zitiert nach: Hermann-Lingen C. Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Psychotherapeut 2005; 50: 81–99
5. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 1998; 88: 68–74.
6. Deuschle M, Lederbogen F, Borggrefe M, Ladwig KH. Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. Dtsch Ärztebl 2002; 99: B2805–B2811.
7. Engel GL, Schmale AH. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In: Overbeck G, Overbeck A (Hrsg). Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Eschborn: Klotz 1997.
8. ENRICHD Investigators. Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. JAMA 2003; 289: 3106–3116.
9. Ermann M. Herz und Seele. Stuttgart: Kohlhammer 2005.
10. Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. Z Psychosom Med Psychother 2002; 48: 359–369.

11. Friedman M, Rosenman RH. Type A Behavior and Your Heart. New York: Knopf 1974.
12. Glassmann AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, Krishnan KR, van Zyl LT, Swenson JR, Finkel MS, Landau C, Shapiro PA, Pepine CJ, Mardekian J, Harrison WM, Barton D, McIvor M. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. JAMA 2002; 288: 701–9.
13. von Goethe JW. Torquato Tasso. München: dtv 1998.
14. Hermann-Lingen C. Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Psychotherapeut 2005; 50: 81–99.
15. Heßlinger B, Härter M, Barth J, Klecha D, Bode C, Walden J, Bengel J, Berger M. Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Nervenarzt 2002; 73: 205–218.
16. Jordan J, Bardé B. Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt. Psychotherapeut 2005; 50: 33–42.
17. Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-Year Risk of Cardiac mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms After Myocardial Infarction. Circulation 2002; 105: 1049–1053.
18. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial Interventions for Patients With Coronary Artery Disease. Arch Intern Med 1996; 156: 745–752.
19. Rees K, Bennet P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art No: CD002902.
20. Review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. Circulation 1981; 63: 1199–1215.
21. Richter HE, Beckmann D. Herzneurose. Stuttgart: Thieme 1973.
22. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial Influences On Mortality After Myocardial Infarction. N Engl J Med 1984; 311: 552–559.
23. Shakespeare W. Macbeth. In: The Oxford Shakespeare. Oxford: Oxford University Press 1978. Und in: Shakespeare Dramatische Werke. Frankfurt: Büchergilde Gutenberg 1954.
24. Yusuf S, Hawken, S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937–952.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Claudia Rosanowski
Praxis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik
Am Wasserturm 10
40597 Düsseldorf
Tel. 0211/719949
Fax 0211/6982103
E-Mail: Dr.C.Rosanowski@t-online.de