

Herz und Seele im Takt – Psychosoziale Aspekte der Defibrillator- Therapie

C. Rosanowski, L. Benesch

*Abteilung für Innere Medizin und Kardiologie (Leiter: L. Benesch),
Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen (Kettwig)*

Der implantierbare Defibrillator gehört heute zu den etablierten Therapiemöglichkeiten maligner ventrikulärer Rhythmusstörungen. In dieser Arbeit werden psychosoziale Aspekte der Defibrillator-Therapie beleuchtet. ICD-Patienten sind speziellen psychosozialen Stressoren ausgesetzt, die zu verschiedenen Adaptationsproblemen führen können. Daher sind einfühlsamer Umgang mit diesen Patienten und psychotherapeutische Unterstützung wesentliche Erfolgsfaktoren für die Defibrillator-Therapie. Interventionsmöglichkeiten umfassen ein Informationsmanagement für den Patienten mit integrierter Angehörigenberatung und verschiedene psychotherapeutische Vorgehensweisen. Lebensqualität und subjektive Akzeptanz dieser Therapie sind, neben der verbesserten Überlebensrate, entscheidende Erfolgskriterien der Defibrillator-Therapie.

Schlüsselwörter: Kardioverter/Defibrillator, psychologische Aspekte, Lebensqualität

*C. Rosanowski, L. Benesch (Essen/Germany): Heart and Soul in Harmony -
Psychosocial Aspects of Defibrillator Therapy*

The ICD has found its place in the treatment of malignant ventricular arrhythmias. This article describes psychosocial aspects of its use. ICD patients have special psychosocial stresses which may lead to several psychosocial disturbances. To help them adapt to the device psychological support is necessary. Helpful treatment interventions include education, individual and family counselling as well as relaxation techniques. Quality of life and patient acceptance are important criteria for successful ICD therapy in addition to the improved survival rate.

Key words: cardioverter/defibrillator, psychological aspects, quality of life

Der automatische implantierbare Kardioverter/Defibrillator ist zu einer etablierten Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit malignen ventrikulären Rhythmusstörungen geworden. Die hohe Effektivität dieser Therapie zeigt sich in einer deutlichen Reduktion der Rate an plötzlichem Herztod und wahrscheinlich auch der Gesamtmortalität. Zudem hat der technische Fortschritt und die Miniaturisierung dazu geführt, daß die Geräte bedeutend leistungsfähiger und anwenderfreundlicher geworden sind. Auch die Implantation wurde dadurch weniger traumatisierend. Insofern verzeichnet man in den letzten Jahren eine Erweiterung des Indikationsspektrums und folglich der Implantationshäufigkeit.

Mit der Implantation des Defibrillators trägt der Patient das Bewußtsein mit sich, daß sein Leben am „seidenen Faden“ hängt. Ein kleines Gerät entscheidet in der kritischen Situation, ob er weiter leben kann oder stirbt. Es ist die ständige Erinnerung, an einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu leiden. Auch wenn die meisten Patienten vor der Implantation bereits schwer herzkrank waren, ist die neue Erfahrung, von dem Defibrillator existentiell abhängig zu sein, ein dramatischer Eingriff in die Psyche.

Der erfolgreiche medizinisch-technische Eingriff ist ein Aspekt im Leben eines Menschen mit einem Defibrillator. Das gesamte psychosoziale Netzwerk zum Überleben mit dem Defibrillator ist der

andere Aspekt. Erst durch diese ganzheitlich-integrative Betrachtung der Leib-Seele-Geist-Einheit können die Erfolgsfaktoren einer Defibrillator-Implantation gewürdigt werden. Die ärztliche Leistung kann daher nur als die gebotene ärztliche Heilkunst bezeichnet werden, wenn der Patient von seinem Arzt bzw. von seinen Ärzten in diesem Sinne betreut und begleitet wird.

Der Flirt mit dem Tod

Die Angst vor dem Tod spielt für die Patienten eine große Rolle. Ein Großteil der Patienten hat bereits vor der Defibrillator-Implantation todesähnliche Erfahrungen gemacht. Auch durch Nachuntersuchungen sowie durch Schockentladungen fühlen sich die Defibrillator-Patienten wieder in Todesnähe gebracht. Die hierdurch induzierten Ängste nehmen gewöhnlich mit wachsendem Vertrauen auf das Gerät im Langzeit-Verlauf ab bzw. können glücklicherweise verdrängt werden (3,9,14).

Einige Probleme der Defibrillator-Patienten sind denen ähnlich, die Patienten haben, deren Leben von anderen lebenserhaltenden Apparaten (z. B. Schrittmacher, Dialysegerät) und deren Betreuern abhängig sind. Spezifisch für Defibrillator-Patienten sind die Angst vor einem Schock, der aufgrund der lebensbedrohlichen Rhythmusstörung ausgelöst wird, und vor den Schmerzen, die durch zahlreiche unmittelbar aufeinanderfolgende Schockabgaben verursacht werden (15, 19). Defibrillator-Patienten haben daher größere Schwierigkeiten, mit ihrer Therapieform zurecht zu kommen, als Patienten mit ähnlicher Vorgeschichte (beispielsweise nach Reanimation, Herzinfarkt, Bypassoperation), die mit Antiarrhythmika behandelt werden (2).

Die Angst vor dem Tod von Arzt und Patient

Die unbestimmte Todesdrohung stellt für den Patienten und für seine Angehörigen eine große Belastung dar. Aber auch der behandelnde Kardiologe, der mit seinem Patienten in einem lebendigen und verständnisvollen Kontakt ist, setzt sich mit seiner eigenen, zuvor oft wenig bewußten Todesangst auseinander. Diese Konfrontation führt zur verstärkten Besinnung

auf die Endlichkeit des eigenen Lebens. Diese unlustvollen Gedanken werden häufig nicht aufgearbeitet, sondern ausagiert und abgewehrt durch Handeln nach etablierten Kriterien und Festhalten an Standardkonzepten. Dies führt dann beispielsweise dazu, daß die erforderlichen Kontrolluntersuchungen lediglich unter dem technischen Aspekt durchgeführt werden, ohne Eingehen auf weitere psychosoziale Bedürfnisse des Patienten. Die vagen Gesprächsangebote des Patienten über Sein- oder Nichtsein werden oft effektiv überhört. Die Patienten, insbesondere in den Großambulanzen, bleiben so oft sich selbst überlassen. Allerdings unterstützen einige Patienten auch den Arzt in seinen Bemühungen, die Krankheit als „nur körperlich“ zu isolieren und die Vitalprothese „Defibrillator“ als technisches Hilfsmittel zu benutzen. Es finden sich vielfältige andere Ursachen für die Ängste der Patienten (16): Angst vor der Schockabgabe, insbesondere vor der unerwarteten Schockabgabe, Angst vor Schmerzen, Angst vor der Fehlfunktion des Geräts, Angst vor Komplikationen, Angst vor dem zukünftigen Leben mit dem Defibrillator.

Mit Defibrillator und Angst überleben

Das Ausmaß der Ängste hängt auch vom Alter des Patienten ab. Die Angst ist bei Patienten, die älter als 50 Jahre sind, geringer als bei jüngeren Patienten. Dies mag auch damit zusammenhängen, daß das geänderte Körper selbstbild sowie der Wunsch, dem anderen Geschlecht zu gefallen, im höheren Alter eine etwas geringere Rolle spielen (15, 19). Außerdem wird ein älterer Patient möglicherweise durch das Aufgeben der Berufstätigkeit, das, insbesondere in Europa nach ICD-Implantation häufig - z. T. sicher zu häufig - erfolgt, weniger beunruhigt (9). Die Anzahl der vom Patienten pro Jahr verspürten Schockabgaben beeinflusst ebenfalls das Ausmaß seiner Angst und seiner Depressivität (9,12). Allerdings beurteilen Patienten erlebte bzw. überlebte Schocks auch als Zeichen des zuverlässigen Funktionierens des Geräts und als bewiesenen Schutz vor dem plötzlichen Herztod (13). Aus Todesangst geborene Angst übersetzt sich häufig in Schlaflosigkeit, die andererseits auch aus Angst vor nächtlichen Schocks entstehen kann (14). Nächtliche Phantomschocks können ebenfalls eine Manifestation der Angst vor Schocks sein: Der Patient erwacht

mit der Gewißheit, einen Schock erhalten zu haben, aber eine Abfragung des Geräts bestätigt dies in einem solchen Fall nicht (7).

Angst, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Frustration, Wut, Insuffizienzgefühle, Kontrollverlust, Verbitterung, Resignation und weitere Empfindungen verdichten sich in bis zu 50% der Patienten zu konkret diagnostizierbaren, wenn auch meist leichteren, psychiatrisch-psychosomatischen Erkrankungen (12). Das Auftreten dieser Erkrankungen ist unabhängig von soziodemographischen Faktoren, klinischen Charakteristika, kognitiven Funktionen und präorbiter psychiatrischer Anamnese. Hingegen prädisponiert eine hohe Anzahl perioperativer Schocks den Patienten. Defibrillator-Patienten mit psychischen Erkrankungen empfinden die Unterstützung, die sie aus ihrem sozialen Umfeld erhalten, oft als nicht ausreichend.

Die Auseinandersetzung der Familie mit der Erkrankung und der Therapie

In bis zu 30% der betroffenen Familien, die ein Mitglied mit Defibrillator haben, finden sich psychopathologische Anpassungsschwierigkeiten, die Hälfte davon so schwerwiegender Art, daß medizinische Hilfe erforderlich wird (12). Die psychopathologischen Anpassungsprobleme der Angehörigen treten nur da auf, wo der Patient selbst eine psychiatrisch-psychosomatische Erkrankung hat. Man kann darüber spekulieren, ob eine bereits präexistente Familienproblematik vorlag oder der psychisch kranke Defibrillator-Patient für die Familie eine ganz besondere Bürde darstellt.

Ein umfassendes, die Familie im Sinne eines systemischen Ansatzes einschließendes Konzept zur Betreuung von Defibrillator-Patienten könnte der Tatsache Rechnung tragen, daß Streß für ein einzelnes Familienmitglied Streß auch für die gesamte Familie bedeutet (1, 3). Dies ist insbesondere in solchen Familien der Fall, die Erfahrungen mit Reanimation und überlebtem plötzlichen Herztod gemacht haben. Was für andere kardiologische Erkrankungen und Interventionen gilt, gilt hier erst recht: Die Defibrillator-Implantation schafft oder bestätigt nicht nur den Herz-„Patienten“, sondern die Herz-„Familie“ (19).

Der Wechsel von der alten zur neuen Welt des Defibrillator-Patienten

Die Erfahrungen vor der Defibrillator-Implantation und die perioperativen Geschehnisse sind Lebensereignisse, die die Persönlichkeit des Patienten fundamental erschüttern und zu einer massiven Störung seines körperlichen Grundvertrauens führen. Geltende und selbstverständliche Konstruktionen dessen, was bisher „Wirklichkeit“ war, ein über Jahrzehnte praktizierter Lebensstil und kulturell anerkannte Leistungsnormen werden plötzlich fragwürdig. Die Patienten fühlen sich demoralisiert, da sie befürchten, im Vergleich zu Lebenspartnern, Arbeitskollegen und Freunden weniger Wert zu sein (20). Partnerschaftskonflikte mit Rollenkonflikten, gegebenenfalls Rollenwechsellern entstehen. Überbesorgte Partner neigen teilweise dazu, den Patienten zu überwachen, zu kontrollieren und ihm weniger zuzutrauen, als er tatsächlich zu leisten vermag. Der Patient fühlt sich dadurch gegängelt und lehnt sich gegen dieses Verhalten auf (14,16). Andere Patienten ziehen aus ihrer Situation sekundären Krankheitsgewinn(13).

Manche Patienten berichten auch über verbesserte Kommunikation mit dem Lebenspartner, größere Wärme, Nähe und Geborgenheit sowie von einem neuen gemeinsamen Lebenssinn-Entwurf. Wichtig erscheint, daß die Patienten langfristig zu weitgehender Autonomie und aktiver Lebensführung finden bzw. wiederfinden, sowie selber die Kontrolle dafür übernehmen, in welche Richtung ihr zukünftiges Leben verlaufen soll, um extreme negative Auswirkungen der „Herzkranken-Rolle“ (14) zu minimieren. In noch höherem Ausmaß als bei Bypass-Patienten findet sich ein Rückgang sozialer Kontakte (13,19). Trotzdem berichtet der größte Teil der Patienten, seinen Freunden von seinem Defibrillator erzählt zu haben (15). Die sexuelle Aktivität geht in einem hohen Prozentsatz zurück (10, 14). Die Gründe sind vielfältig. Oft ist es die Angst, beim Intimverkehr zu versterben. Es kann aber auch die Angst des Patienten sein, den Tod des Partners durch eine Schockabgabe zu verursachen. Die Ursache kann auch in der Angst des Partners liegen. Berichte über Schockentladungen während des Intimverkehrs sind rar. Die betroffenen Partner empfanden nur leichte, keinesfalls unangenehme Sensationen (19).

Die Krankheit und der Defibrillator als Chance

Einige Patienten begreifen ihre schwerwiegende Erkrankung auch als spezielle Chance, sich mit Fragen auseinanderzusetzen wie „Was ist wichtig in meinem Leben angesichts dieser Bedrohung?“, „Was bedeutet diese Krankheit gerade jetzt für mich?“, „Bringt sie eine notwendige Ruhepause?“ und „Wofür brauche ich diese?“ (5,6).

Diese Patienten stellen höhere Ansprüche an die Gesprächs- und Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit ihres behandelnden Kardiologen. Sie sind aber auch bereiter, sich aktiver in ihrem Behandlungsprozeß zu engagieren. Sie sind gewillt, mehr Verantwortung für die Ursachen der Krankheit und die Festlegung des Behandlungsziels zu übernehmen. Allerdings, die Kehrseite der Verantwortung sind Schuldgefühle des Patienten, die in entsprechenden Gesprächen zukunftsorientiert bearbeitet werden können.

Das Zusammenwirken von Arzt und Patient

Insgesamt erweist sich die Beziehung zwischen behandelndem Kardiologen und betroffenem Patient als der entscheidende Faktor für die Akzeptanz der Defibrillator-Therapie, dieser „psychologisch nicht gutartigen Prozedur“ (19) sowie für den gesamten Genesungsprozeß. Der Patient, der einen zufällig mißgelaunten Arzt erlebt, der unwillig an seinem Gerät programmiert, empfindet diesen Arzt als bedrohlich. Der Arzt seinerseits erlebt häufig den Erwartungsdruck und die Anklammerungsversuche des Patienten in der kurz postoperativen Phase als Überforderung. Später spürt er die Verselbständigungsversuche des Patienten und die patienteneigenen Erklärungen zum Krankheitsverständnis als Angriff auf seine Autorität. Zusätzlich versucht der Patient häufig in dieser Phase der Krankheit, innere Ängste durch äußere Gefechte abzubauen. So kann es zu kommunikationsarmen Pseudobeziehungen mit einem kalten, gefühlsarmen Behandlungsklima kommen. Dieses wird jedoch sogar häufig vom Arzt als emotional entlastend erlebt. Die qualifizierte Ausbildung in Elektrophysiologie und Defibrillator-Technologie kontrastiert häufig mit der unzureichenden Ausbildung in Menschen- und Patientenführung.

Detaillierte und mehrfach wiederholte Informationsgespräche haben einen hohen Nutzen zum langfristigen Angstabau der Patienten. Eine Einbeziehung der Angehörigen erweist sich als unbedingt vorteilhaft und erforderlich. Ergänzend können den Patienten Broschüren und Informationsschriften mit Schautafeln und erklärenden Bildern ausgehändigt werden (13). Weiterhin können geeignete, patientenorientierte Videos zum Einsatz kommen.

Fakultative psychotherapeutische Interventionen

Psychotherapeutische Hilfen zur Krankheitsverarbeitung können individuell angepaßt zum Einsatz kommen. Bereits aktives empathisches Zuhören ohne Zeitdruck, das dem Patienten ermöglicht, sich seiner Gefühle bewußt zu werden und diese zu verbalisieren, ist hilfreich. Solche Gespräche werden als trostpendend und als mitfühlendes Verständnis erlebt (14). Es können jedoch auch verhaltenstherapeutische, hypnotherapeutische oder tiefenpsychologisch-analytische Therapieansätze genutzt werden, wie Entspannungstechniken (z. B. Autogenes Training), Hypnose, Meditation, Tagtraumtechniken (20), u. v. a. m. (14,17). So kann eine positive Allianz zwischen dem Patienten und seinem Defibrillator etabliert werden (19). Mit den psychotherapeutischen Maßnahmen wird es dem Patienten leichter ermöglicht, seinen Defibrillator in sein Selbstbild zu integrieren, als zu seiner Identität gehörig zu erleben, sich den Defibrillator psychisch einzuverleiben (4, 14). Die anfängliche Fremdheit, das veränderte Gefühl oder Aussehen und die Beeinträchtigung des Identitätsgefühls sind so zu überwinden. Der Patient kann seinen Defibrillator schließlich als eine emotional relativ neutrale Intervention (19) sehen, die sein Leben verlängern und seine Lebensqualität verbessern soll und nicht als ein Gerät, um welches sich in Zukunft sein gesamtes Leben drehen muß. Psychologische Faktoren wie Angst, Ärger und Wut können möglicherweise die Inzidenz maligner Rhythmusstörungen bei Patienten mit entsprechendem anatomischen Substrat triggern (8, 18). Entspannungstechniken und regelmäßiges Meditieren können hingegen Arrhythmien reduzieren. Es ergibt sich hier ein interessanter Ansatzpunkt zur Reduktion der

unangenehmen Schocktherapie bei diesen Patienten. Selbsthilfegruppen und Gruppen für Defibrillator-Patienten (1, 11,13) unter therapeutischer Leitung stellen ebenfalls effektive Interventionsmaßnahmen dar, um eine positive Einstellung dem Gerät gegenüber zu gewinnen und die Lebensqualität mit und trotz Defibrillator zu erhöhen. Sie sind an manchen Defibrillator-Zentren schon langjährig etabliert, andernorts entstehen sie in Kooperation mit bereits bestehenden Herzgruppen. In solchen Gruppen können z. B. Gespräche zwischen einem trainierten, voll im Beruf stehenden langjährigen Defibrillator-Patienten und einem „Neuen“ vermitteln, wie gut es auch mit Defibrillator im Leben weitergehen kann.

Resümee

Natürlich gibt es „den“ Defibrillator-Patienten nicht. Noch unterschiedlicher als die individuellen kardiologischen Meßgrößen ist die Art und Weise, wie jeder betroffene Patient - und seine ebenfalls betroffenen Angehörigen - kurz- und langfristig mit seinem Defibrillator zu leben lernen. Bei aller gebotenen Vorsicht lassen sich trotzdem die diskutierten Gemeinsamkeiten und Tendenzen ausmachen. Aspekte der Lebensqualität bestimmen die subjektive Akzeptanz dieser Therapie und deren Erfolg. Garant des Fortschritts in der Behandlung von Defibrillator-bedürftigen Patienten ist nicht nur die medizinisch-technische Qualität, sondern vor allem auch die psychosoziale Prozeßbegleitung. Hier liegt die Herausforderung für den behandelnden Kardiologen.

LITERATUR

1. Badger, J., Morris, P. L.: Observations of a support group for automatic implantable cardioverter-defibrillator recipients and their spouses. *Heart Lung* 18,238-243 (1989)
2. Brown, T. C: Psychosocial adjustment to the automatic internal cardioverter-defibrillator in the treatment of recurrent ventricular tachycardia. Dissertation abstracts international 52/03-B, 1709 (1991)
3. Dougherty, C. M.: Longitudinal recovery following sudden cardiac arrest and internal cardioverter defibrillator implantation: survivors and their families. *Am. J. Crit. Care* 3,145-154 (1994)
4. Drees, A.: Die Transmissionsfunktion der Psychosomatik in der Medizin. In *Patientenbezogene Medizin*, Heft 5, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York 1982, S.65ff

5. Kast, V.: Die Verantwortlichkeit des Patienten für die Krankheit (I). Niedersächsisches Ärzteblatt 20,18-24(1986)
6. Kast, V.: Die Verantwortlichkeit des Patienten für die Krankheit (II). Niedersächsisches Ärzteblatt 21,24-28(1986)
7. Kowey, P. R., Marinchak, R. A., Rials, S. J.: Things that go bang in the night. N. Engl. J. Med. 327, 1884(1992)
8. Lown, B., DeSilva, R., Reich, P., Murawski, B.: Psychophysiologic factors in sudden cardiac death. Am. J. Psychiat. 137,1325-1335 (1980)
9. Lüderitz, B., Jung, W., Deister, A., Marneros, A., Manz, M.: Lebensqualität nach Implantation eines Kardioverters/Defibrillators bei malignen Herzrhythmusstörungen. Dtsch. Med. Wschr. 118,285-289(1993)
10. Lüderitz, B., Jung, W., Deister, A., Manz, M.: Patient acceptance of implantable cardioverter defibrillator devices: Changing attitudes. Am. Heart J. 127,1179-1184(1994)
11. Molchany, C. A., Peterson, K. A.: *The psychosocial effects of support group intervention on AICD recipients and their significant others.* Prog. Cardiovasc. Nurs. 9,23-29 (1994)
12. Morris, P., Badger, J., Chmielewski, C., Berger, E., Goldberg, R. J.: Psychiatric morbidity following implantation of the automatic implantable cardioverter defibrillator. Psychosomatics Win. 32, 58-64(1991)
13. Obel, J. W. P., Lasersohn, R., Dateling, F.: General and psychological aspects of defibrillator implantation. In Kappenberger, L. J. (Hrsg.): Practical aspects of staged therapy defibrillators. Futura Publishing Inc., Mount Kisco-N.Y. 1992, S. 65-68
14. Pycha, C., Gullledge, A. D., Hutzler, J., Kadri, N., Maloney, J.: Psychological responses to the implantable defibrillator: preliminary observations. Psychosomatics 27,841-845 (1986)
15. Schöhl, W., Trappe, H. J., Lichtlen, P. R.: Akzeptanz und Lebensqualität nach Implantation eines automatischen Kardioverters/Defibrillators. Z. Kardiol. 83, 927-932 (1994)
16. Sneed, N. V., Finch, N.: Experiences of patients and significant others with automatic implantable cardioverter defibrillators after discharge from the hospital. Prog. Cardiovasc. Nurs. 7, 20-24 (1992)
17. Stockdale, L. L.: The effect of audiotaped guided imagery relaxation exercises on anxiety levels in male automatic implantable cardioverter defibrillator recipients. Dissertation abstracts international 51/09-B, 4270 (1990)
18. Tavazzi, L., Zotti, A., Rondanelli, R.: The role of psychologic stress in the genesis of lethal arrhythmias in patients with cardiovascular artery disease. Eur. Heart. J. 7, Suppl. A, 99-106 (1986)
19. Tchou, P. J., Piasecki, E., Gutman, M., Jazayeri, M., Axtell, K., Aktar, M.: Psychological support and psychiatric management of patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. Int. J. Psych. Med. 19,393-407 (1989)
20. Vlay, D. C., Fricchione, G. L.: Psychosocial aspects of surviving sudden cardiac death. Clin. Cardiol. 8,237-243 (1985)

Sonderdruckanforderungen / Request for reprints:

Dr. C. Rosanowski
 Abteilung für Innere Medizin und
 Kardiologie
 Fachklinik Rhein/Ruhr
 Auf der Röttsch 2
 45219 Essen (Kettwig)