

Was macht manchen Patienten das Herz so schwer?

EINLEITUNG

Ich möchte aus meiner täglichen Erfahrung über psychosomatische und somato-psychische Erkenntnisse an der Schnittstelle zur Kardiologie berichten. Es sind Erkenntnisse der „Psycho-Kardiologie“ (HERRMANN-LINGEN et al, 2008), der Trauma-Forschung (REDDEMANN, 2006) und der Bindungstheorie (KÖHLER, 2003) und solche zur Krankheitsverarbeitung.

Erkenntnisse auf diesen Gebieten lassen uns psychische Schwierigkeiten von Herzpatienten, die uns in Klinik und Praxis begegnen, besser verstehen. Schon das Verstehen erleichtert dann auch den Umgang mit so genannten „schwierigen Patienten“.

Neben den mehr naturwissenschaftlich-logischen Gesetzen der Kardiologie sind ebenfalls entscheidend die psycho-„logischen“ Gesetze, nach denen sich das Leben Herzkranker abspielt.

Ich möchte Sie bitten, sich beim Hören meines Vortrags auf eine für Sie vielleicht etwas ungewohnte, vielleicht sogar abgewehrte „Psycho-Denkungsart“ einzulassen.

Wegen der Kürze der Zeit beschränke ich mich weitgehend auf die psychischen Probleme von Infarktpatienten, die ganz erheblich den Krankheitsverlauf beeinflussen können.

HAUPTTEIL

Die Anamnese als verschlüsselte Krankengeschichte –
oder „Das eigentliche Leiden“

Patienten erzählen uns in der Anamnese oder im Gespräch ihre Geschichte - ihres Leidens. – Diese Leidensgeschichte ist oft mehr oder weniger stark verschlüsselt. – Die Verschlüsselung geschah in ihrer Lebensgeschichte unmerklich bzw. unbewusst und hatte den Sinn, sich selbst zu schützen. - Ereignisse, Beziehungen, Erziehung, und zum Teil traumatisches Erleben haben zu einer solchen schützenden Abwehr einerseits und Ressourcenbildung andererseits beigetragen.

In der Erzählung der Patienten ist das Eigentliche für die Ohren allein „unsichtbar“. – Das Eigentliche wird aber erfahrbar und entschlüsselbar durch unser leibhaftiges Erleben der Patienten mit allen Sinnen bzw. Kommunikationskanälen. Dabei ist auch wichtig, was Patienten vielleicht nicht sagen. Besonders zu achten ist darauf wie sich Patienten szenisch und mimisch darstellen.

Das eigentliche Leiden ist unter dem Schleier körperlicher Symptome verborgen. – Wir kennen das z.B. von der „larvierten“, „maskierten“ oder „somatisierten“ Depression. Besonders typisch für eine Körpersymptomverschlüsselung sind die somatoformen Störungen. –

Entschlüsselung der Patientenschilderung

Entschlüsseln wir nicht wofür die Symptome eigentlich stehen, kommen wir zwar zu schnellen, aber oft hilflosen Diagnosen die wiederum das „Eigentliche“ nicht treffen: z.B.: „hypertensive Krise“, „hypertensive Entgleisung“, „paroxysmale Tachykardie“, „formal instabile Angina Pectoris“. - Hinter der Kreislaufsymptomatik verbirgt sich häufig als eigentliches Leiden eine Angststörung mit Panikattacken. Die messbare „Tachykardie“ (Herzrasen) und die „Hochdruck“-Spitzen sind „eigentlich nur das Uneigentliche“. Diese Symptome entsprechen den physiologischen Angstkorrelaten, die für das Eigentliche, nämlich die Panik, stehen und einen dramatischen seelischen Erregungszustand signalisieren.

Ohne Entschlüsselung erhalten wir keinen Zugang zum Eigentlichen. - Und was unter Umständen noch schlimmer ist: Bei ungenügender oder gar falscher Übersetzung der Beschwerden bzw. deren Deutung setzen wir eine diagnostische und therapeutische Maschinerie in Gang - - oft mehr zur eigenen Sicherheit und nicht immer zur Beruhigung der Patienten.

Dies ist nicht nur volkswirtschaftlich teuer. Invasives Vorgehen kann Patienten auch schädigen, unter Umständen sogar re-traumatisieren. Dies kann schon durch die Maßnahme an sich geschehen, selbst wenn dabei keine Komplikationen auftreten.

„Schlüsselgeschichte“ (WATZLAWICK, 1983)

Unter einer Straßenlaterne steht ein Betrunkener und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe und der Mann antwortet: „Meinen Schlüssel.“ Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher ist, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster.“

Leider läuft die diagnostische Suche im Medizinbetrieb nicht selten nach diesem Muster! - Warum ist das so?

Patienten „locken“ uns zunächst mit dem körperlichen Symptom . – Die vermeintlichen „körperlichen Symptome“ z.B. Schwindel, Luftnot, Brustschmerz, Herzjagen, erhöhter Blutdruck, stehen nur allzu oft für eine seelische Problematik. Damit ist häufig der Körper Sprachrohr der Seele. Mit immer wieder geschilderten somatischen Beschwerden wird häufig ein ängstigendes, oft auch schambesetztes eigentliches psychisches Problem verdeckt bzw. abgewehrt. – Diese Form der Abwehr nennt man daher auch Somatisierung.

Weitgehend naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte suchen zusammen mit den Patienten leider oft genug den Schlüssel da, wo es auch für sie beide hell ist.

Trauma und Kränkung

Was ist eine traumatische Erfahrung?

Beispiel: K. W. (1068892)

Eigentlich ist Herr K. – ein 60-jähriger Handwerker zum damaligen Zeitpunkt – gut operativ revaskularisiert. Die Operation selbst verlief für ihn auch ohne den

Gang durch die Hölle, wie er vereinzelt von anderen Patienten beschrieben wird. Zwei Tage nach der Operation musste er allerdings innerhalb der Klinik für eine Untersuchung über das Klinikgelände in ein anderes Haus. – Mit frischer Thorakotomiewunde und noch liegender Drainage „holperten“ zwei Pfleger mit ihm auf der fahrbaren Liege über das Kopfsteinpflaster durchs Gelände. Er habe vor Schmerzen geschrien, die Pfleger seien darauf nicht eingegangen (wahrscheinlich nach dem Motto: „da müssen wir nun durch!“). –

Er sei den beiden ohnmächtig ausgeliefert gewesen. Als festgezurrt, frisch Operierter sei er auch nicht im Stande gewesen von der Liege zu springen, um dem Ganzen wenigstens so ein Ende zu setzen. -

Einen Tag später habe er Herzrasen bekommen mit Alarm bei der Überwachung. Er habe dann eine Spritze bekommen. Der Arzt, der spritzte habe damals gesagt, er müsse seine Prostata machen lassen, da auch Beschwerden beim Wasserlassen bestanden.

Definition der traumatischen Erfahrung bzw. des Traumas
(REDDEMANN, 2006)

- Ereignis mit erheblicher seelischer Verwundung.
- Erleben des tatsächlichen oder drohenden Todes
- ernsthafte Verletzung und Gefahr der körperlichen Unversehrtheit.
- Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühl.

- Reaktion auf das Ereignis: Panik , Todesangst.
- Entsetzen , Gefühlsüberflutung.
- „Betäubung, Bewusstseinsengung“ .
- Desorientiertheit.

Zusammengefasst wird das mit der Diagnose „Akute Belastungsreaktion (F43.0 nach ICD 10).

Die traumatische Erfahrung übersteigt auch insofern unsere Verarbeitungsfähigkeit, als wir Menschen als Säugetiere auf solche Erfahrungen nicht eingestellt sind. Eigentlich möchten wir fliehen oder kämpfen, was wir aber - festgehalten oder gefesselt - nicht tun können. („Folter?“)

Vulnerabilität und Resilienz

Besondere Vulnerabilität besteht – wie wir aus der Bindungsforschung wissen - für Menschen, die in ihrer Kindheit unzuverlässige Bindungserfahrungen gemacht haben. Vernachlässigung und chaotische Bindungserfahrungen im Kindesalter sind für sich schon Traumatisierungen. Menschen mit solchen Erfahrungen und zutiefst erschüttertem Vertrauen brauchen wenig ausgeprägte, erneute aktuelle traumatische Erfahrungen, um retraumatisiert zu werden. - Insofern ist auch zu verstehen, dass ein Ereignis nicht eine „objektive“ Schwere haben muss, um subjektiv traumatisierend zu wirken.

Menschen mit stabilen Bindungserfahrungen in der Kindheit sind ausgestattet mit einer guten Resilienz, d.h. seelischen Widerstandskraft. Entsprechend sind sie auch weniger vulnerabel.

Posttraumatische Belastungsstörung (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD)

Gelingt die Verarbeitung des Traumas innerhalb max. einem halben Jahr nicht, muss man den Übergang in eine posttraumatische Belastungsstörung mit Persistenz folgender Symptomatik annehmen:

- Intrusion: ständige Erinnerung an das Trauma, Alpträume, Flashbacks (Nachhallerlebnisse) als angstbesetzte Erinnerungszustände mit heftigen körperlichen Reaktionen wie in der traumatischen Situation („psychotisch“)
- Konstriktion: Patienten ziehen sich in sich zurück, machen dicht, bloß nicht darüber reden, Vermeidungshaltung.
- Hyperarousals, Unruhe, Schlafstörung, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsstörung).

Als Trigger für erneuten Ausbruch oder Verschärfung der Symptomatik kann alles dienen, was Erinnerungen - auch über Assoziationen - mit der früheren traumatischen Erfahrung hervorruft: Geräusche, Gerüche, Gefühle, Schmerz, insb. aber wieder einer ähnlichen Situation hilflos und ohnmächtig ausgesetzt zu sein. –

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass selbst eine Re-Koronarographie in gleichem Raum oder gleicher Atmosphäre, in denen damals die Todesängste (unter Umständen mit einer Reanimation) ausgehalten werden mussten, als Trigger dienen kann.

Andauernde Persönlichkeitsänderung (F62)

Gelingt auf Dauer nicht die Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses, kann sich eine andauernde Persönlichkeitsänderung einstellen mit feindlicher, misstrauischer Haltung der Welt gegenüber, sozialem Rückzug, Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität mit ständigem Bedrohtsein.

Traumatische Erfahrungen im Infarkterleben

Nach zahlreichen entsprechenden Untersuchungen (JORDAN, J. und BARDE, B. 2005) kann das traumatische Erlebnis des Infarktes – mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1 nach ICD 10) in der Krankheitsverarbeitung beantwortet werden. - Dies geschieht in etwa 12 % der Infarktpatienten.

Von den genannten Autoren wird angenommen, dass wahrscheinlich 20 (-40 %) der Infarktpatienten unterschiedliche z.T. zumindest vorübergehende, psychische Störungen von Krankheitswert aufweisen. Dabei handelt es sich überwiegend um Anpassungsstörungen (F43.2 nach ICD 10).

Re-Traumatisierungen

Bei den jeweils aktuellen traumatischen Erfahrungen, in deren Rahmen wir die Patienten vielleicht zum ersten Mal erleben, sind wir zunächst nicht sicher ob es sich um das erste Trauma oder bereits um eine Re-Traumatisierung handelt.

Das Ausmaß des Traumas erscheint nach logischem Verständnis vielleicht gar nicht so groß – abgesehen davon, dass wir selbst beruflich routinemäßig mit kardialen Ereignissen umgehen.

Kann man Zeit finden für eine tiefer gehende bio-psychoziale Anamnese, bestätigt sich häufig der Verdacht der Re-Traumatisierung.

Eine besondere Patientengruppe in diesem Zusammenhang sind solche aus der Kriegskinder-Generation (RADEBOLD 2004).

Bei dieser Generation kommen gehäuft o.g. Persönlichkeitsänderungen vor nach nicht verarbeiteten eigenen traumatischen Kriegserlebnissen oder sogar von solchen der Eltern! . –

Aus den bisherigen Ausführungen zur Traumatisierung und Re-Traumatisierung folgt für uns Kardiologen:

- Wir müssen für Patienten, bei denen es eine Trauma-Vorgeschichte gibt, strenger die Indikation zur evtl. re-traumatisierenden invasiven Diagnostik stellen.
- Möglicherweise bedarf es bei dieser Patientengruppe einer weitergehenden, psych. Vorbereitung vor einer solchen Maßnahme.

Wir setzen, wie bereits erwähnt, unter Umständen Patienten Situationen und Orten (Katheterlabor) aus, die bei ihnen wieder heftige Erinnerungen an frühere Situationen hervorrufen, z.B. die Erinnerung an das akute Infarktgeschehen mit Todesangst oder gar Reanimation.

Elektrophysiologische Untersuchungen und Interventionen in diesem Rahmen – von ja zum Teil langer Untersuchungsdauer – verdienen hier ebenfalls Beachtung. Das Erlebnis dort ohnmächtig zu liegen, ausgeliefert zu sein, kann beträchtlich sein. – Das „Hochjagen“ des Herzens mit pharmakologischen Substanzen löst ja gerade wieder die Angstkorrelate zusätzlich aus mit Starten eines neuen, entsprechenden Angst-Teufelskreises.

Kränkung und Krankheit

Die Grenze zwischen traumatischem Erleben und Kränkung ist an sich fließend. Dazu wird sie subjektiv unterschiedlich empfunden. Vielleicht kann man sagen, dass Kränkungen Mikro-Traumatisierungen sind. Wenn ein somatischer Vergleich erlaubt ist – vielleicht wie Mikro-Embolien.

I. Macht Kränkung krank?

Akute, massive Ereignisse, Enttäuschungen, Verlust, Trennung und damit verbundene Kränkungen können ja zumindest Mit-Auslöser von Angina Pectoris und Infarkt sein. –

Als ein bedeutsamer psychosozialer Risikofaktor gilt inzwischen fehlender „sozio-emotionaler Rückhalt“ (SIEGRIST 2001) und chronische Partnerschaftskonflikte mit ständigen Verletzungen und Kränkungen. - Desgleichen im Arbeitsleben – die berufliche Gratifikationskrise: sie entwickelt sich, wenn eine aufopfernde Verausgabung nicht entsprechend belohnt wird, sei es nun in Form von Geld, Achtung, Aufstiegschance und Arbeitsplatzsicherheit. - Jahrelange Verausgabung bei unbefriedigender Gratifikation ist ja ebenfalls gleichbedeutend mit einer chronischen Kränkung.

II. Oder - ist die Krankheit eine Kränkung?

Insbesondere bei männlichen Patienten, die sich bisher durch ihre außerordentliche Leistung definierten, stellt der „Tiefschlag“ Infarkt eine narzistische Kränkung dar.

War bisher deren Selbstkonzept - bewusst oder unbewusst -, stark und unsterblich zu sein, unverwundlich, erleben sie nun Vernichtungsschmerz, Schwäche bis hin zu Todesängsten. - Die Ereignisse durchbrechen jegliche, bisher schützende Verleugnung. Da ist das Erleben, am Boden zerstört zu sein und nichts mehr unter Kontrolle zu haben. Bei früherem starkem Autonomie-Streben erleben sie jetzt die totale Abhängigkeit, die für sie unerträglich ist. -

Im weiteren Krankheitsverlauf werden oft weitere „Re-Kränkungen“ erlebt: Dazu kann auch gehören sich nicht verstanden zu fühlen von uns Ärzten, wenn sie weiterhin Beschwerden klagen – obwohl gut wiederhergestellt - .Was will dann der Patient eigentlich?“ – „Was ist jetzt sein eigentliches Leiden?“

Ein maligner psychosomatischer Verlauf bahnt sich an. Weiter Kränkungen folgen dann im Rentenverfahren und mit der Ablehnung des Schwerbehindertenausweises. Der Streit in den sich anschließenden Sozialgerichtsverfahren mit seinen Kränkungen lässt das Leiden nicht zur Ruhe kommen. - Die Krankheit wird unheilbar!

Weitere Krankheitsverarbeitung – Anpassungsstörung (F43.2 nach ICD 10)

Gelingt der Anpassungsprozess nach solchen Lebensereignissen und entscheidenden Lebensveränderungen nicht, wie oben beschrieben, kommt es, wie bereits erwähnt, zur Anpassungsstörung. – Bleiben die Patienten niedergeschlagen in ihrer Trauer stecken und in der alleinigen Betrachtung was sie nicht mehr können, schließt sich eine mehr oder weniger deutliche und schwere Depression an. Oft hat es ja schon vor dem Ereignis depressive Vorboten gegeben. –

Meist ist die Depression gepaart mit Angst – als sekundäre Herzangst. –

Oft brach ja der Infarkt - unter Verleugnung der Vorboten - scheinbar „aus heiterem Himmel“ herein! Daraus entwickelt sich die Krankheitstheorie: „So schnell kann es gehen – das kann mir ja jederzeit ohne Vorwarnung wieder passieren!“ So erscheint es nur „psycho-logisch“, dass es einem eigentlich gar nicht gut gehen kann und man wartet ängstlich auf das nächste Ereignis aus heiterem Himmel.

An die Stelle der früheren Vorstellung von Unsterblichkeit tritt jetzt die Lebensangst: „Man ist sich seines Lebens nicht mehr sicher!“

Zusammenfassung

„Was macht Patienten das Herz so schwer? – Und uns mit diesen Patienten das Leben?“

Oft fehlt uns die Zeit - und leider auch die Kompetenz im stressigen Kardiologen-Alltag - sei es nun in Klinik oder Praxis-, durch Entschlüsselung der Leidensgeschichte eines Patienten, den Zugang zum Eigentlichen zu bekommen. Körperliche Symptome oder gar somatoforme Störungen verschleiern die Störungen der Seele.

Die Eskalation der somatischen Diagnostik kann nicht nur zur iatrogenen Fixierung führen, schlimmstenfalls ist sie sogar Auslöser einer Traumatisierung oder Re-Traumatisierung.

Die Krankengeschichte von Infarktpatienten ist nicht selten geprägt durch traumatisches Erleben und Kränkungen. Vorbestehende Vulnerabilität bzw. geringe Resilienz erschweren die psychische Krankheitsverarbeitung. Oft unabhängig vom somatischen Befund kommt es zum malignem psychosomatischen Verlauf.

Die kardiologischen Interventionen werden immer ausgereifter, die Liegezeiten immer kürzer. – Trotzdem „geht die Seele zu Fuß“.

Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen sind nicht selten. Eine ängstlich-depressive Krankheitsverarbeitung ist häufiger als Patienten und Ärzte es wahr haben wollen. –

Was könnte helfen im Umgang mit den oben näher skizzierten und differenzierten, „schwierigen Patienten“? – Die zeitliche und emotionale Investition in ein gutes, stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis. Patienten nach traumatischen Erfahrungen brauchen sichere Beziehungen, sichere Orte. Selbst eine kurze, empathische Begegnung mit kardiologischer und kommunikativer Kompetenz ist für eine Stabilisierung hilfreich.

In einem technisch hochgerüsteten Fach, wie das der Kardiologie, darf psychosomatische Kompetenz nicht vernachlässigt und verdrängt werden.

Im hausärztlichen Bereich gibt es eine begrenzte Weiterbildung im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung. – Eine psychosomatische Grundversorgung - - auch in der Kardiologie - - wäre ein Traum.

Zwischen den Zeilen meiner Worte könnte mancher Kardiologe eine gewisse Kränkung verspürt haben. Eigentlich möchte ein hoch engagierter, invasiv tätiger Kardiologe nur Gutes tun mit seinen Interventionen. Dass man damit aber auch zum (re-) traumatisierenden „Täter“ werden kann, ist ein Vorwurf, - eine Zumutung! - -

Aber man kann es nicht leugnen und vielleicht als Herausforderung annehmen.

Literaturverzeichnis

- Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg) (2008) Psychokardiologie – Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Jordan J, Barde B (2005) Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt. Psychotherapeut 50: 33-42
- Köhler L (2003) Entstehungen von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Hexküll: Psychosomatische Medizin. Adler R.H. et al. (Hrsg.). Urban und Fischer, München, Jena. S. 233-244
- Radebold H (2004) Abwesende Väter und Kriegskindheit. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Reddemann L (Hrsg) (2006) Psychotraumatata: primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag Köln
- Siegrist J (2001) Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzerkrankung, Herz 26: 5 316-325.
- Watzlawick P (1983), Anleitung zum Unglücklichsein, Piper-Verlag München - Zürich

Kontakt:

Arnulf Müller Kardiologie – Psychotherapie
Kreuzeskirchstr.8
45127 Essen
Tel.: 0201 / 233026
Fax: 0201 / 207961