

Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie



German Journal of Cardiac Pacing and Electrophysiology
Organ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Elektronischer Sonderdruck für J. Jordan

Ein Service von Springer Medizin

Herzschr Elektrophys 2011 · 22:189–201 · DOI 10.1007/s00399-011-0148-8

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

J. Jordan · G. Titscher · H. Kirsch

Behandlungsmanual zur Psychotherapie von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen nach ICD-Mehrfachschocks

Herzschr Elektrophys 2011 · 22:189–201
DOI 10.1007/s00399-011-0148-8
Eingegangen: 11. Juli 2011
Angenommen: 20. Juli 2011
Online publiziert: 20. August 2011
© Springer-Verlag 2011

J. Jordan¹ · G. Titscher² · H. Kirsch³

¹ Abteilung für Psychokardiologie an der Kerckhoff-Klinik, Herz-, Thorax- und Rheumazentrum, Bad Nauheim

² Schwerpunkt Psychokardiologie, Hanusch Kankenhaus, Wien

³ Evangelische Hochschule, Darmstadt

Behandlungsmanual zur Psychotherapie von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen nach ICD-Mehrfachschocks

Das Klinische Bild einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung

Massive Angst und zuweilen Panikattacken, ständige Erinnerung an die Todesangst während der Schockabgaben, täglich mehrfaches Auftauchen von intrusiven Erinnerungen an die Elektroschocks, Flashbacks bei geringsten körperlichen Missemphindungen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten; Verzweiflung und anhaltende Hoffnungslosigkeit, das Gefühl der außeralltäglichen Befindlichkeit, sich nicht mehr zugehörig fühlen zu sozialen Kontexten.

Bedeutsam ist die starke psychische Belastung der Partnerinnen und Partner, die ihrerseits stark ängstlich-depressiv reagieren und massive psychische Beeinträchtigungen erleben.

Das nachfolgende Manual entstand im Rahmen eines von der W.R. Pitzer Stiftung (Bad Nauheim) geförderten Forschungsprojekts. Es beruht auf der Behandlung von 22 Patienten. Erste Ergebnisse wurden bereits publiziert. Es handelt sich um eine Pilotstudie, in der verschiedene Elemente einer multimodalen Behandlung erprobt und umfangreiche Erfahrungen gesammelt wurden. Die Ergebnisse sind außerordentlich ermutigend und rechtfertigen die Niederlegung und Publikation dieses Manuals auch dann, wenn es derzeit keine kontrollierte Studie gibt. Die Hoffnung der Autoren ist, dass an vielen Orten nun entsprechende Pilotprojekte zur weiteren Erkundung

der Praktikabilität und Wirksamkeit der Therapie initiiert werden, die dann eine multizentrische und kontrollierte Studie vorbereiten.

Stand der Forschung

Der Stand der Forschung ist kürzlich von unserer Arbeitsgruppe zusammenfassend dargestellt worden und wird hier nur in Stichworten wiedergegeben [4, 5].

Prävalenz von Mehrfachschocks

Angesichts der steigenden Zahl implantierter Defibrillatoren in allen Industrienationen wächst auch die Zahl derjenigen Menschen, die sog. Mehrfachschocks („electrical storm“, nachfolgend ES) erleiden (3 und mehr Schocks in 24 Stunden bzw. in einer einzigen Episode). Die Prävalenz von Mehrfachschocks ist unklar und ist unterschiedlich bei primärpräventiver oder sekundärpräventiver Indikation: Die Angaben variieren von 4–28% in den ersten drei Jahren.

Psychische Beschwerden nach Mehrfachschocks

Starke und ständig wiederkehrende massive Ängste, Panikattacken, Todesangst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Depressionen, Nervosität und Gereiztheit, sowie Rückzugs- und ausuferndes Vermeidungsverhalten, Intrusionen, Albträume und Flashbacks sind häufige Beschwerden, ebenso Schlaflosigkeit, die Unfähigkeit der Gefühlsempfindung sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. Die Prävalenz von akuten Belastungsreaktionen (ICD 10: F43.0) und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD: „post-traumatic stress disorder“, ICD 10: F43.1) ist derzeit unklar und kann auf 20–40% geschätzt werden.

der Praktikabilität und Wirksamkeit der Therapie initiiert werden, die dann eine multizentrische und kontrollierte Studie vorbereiten.

Die Diagnostik psychischer Beschwerden nach Mehrfachschocks

Im klinisch-kardiologischen Alltag ist es für Kardiolog(inn)en schwer, die behandlungsbedürftigen Patient(inn)en mit PTSD zu identifizieren, wenngleich dies natürlich erlernbar wäre (vgl. den Leitfaden in diesem Heft). Im Grunde erfordert diese Diagnostik jedoch spezifische Kenntnisse und ausreichend Erfahrung, d. h. ein psychosomatischer/psychokardiologischer Konsiliarius ist hier erforderlich.

Basis der Diagnostik ist die klinische Anamnese und die systematische Exploration der traumatischen Situation und der resultierenden Beschwerden. Als zusätzliche diagnostische Elemente sollten testpsychologische Verfahren zur Erfassung der Kernsymptomatik zum Einsatz kommen (Angst, Depression, Trau-

masymptome). Zu nennen sind hier beispielsweise die *Impact of Event Scale* (IES) und die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Eine Nachuntersuchung innerhalb von 4 Monaten nach den Mehrfachschocks ist angeraten, weil PTSD-Symptome zuweilen erst mit großer Latenz auftreten. Sofern möglich (sehr zeitaufwendig) ist in jedem Fall auch eine SKID-Untersuchung (strukturiertes klinisches Interview nach DSM IV) hilfreich und ermöglicht eine bessere Verlaufskontrolle.

Therapieansätze zur Behandlung von Patienten nach ICD-Mehrfachschocks mit posttraumatischer Störung

Bisher gibt es nur wenige Publikationen zur Psychotherapie nach Mehrfachschocks [3, 8, 10, 12, 14]. Vereinzelt publizierte Fallberichte geben erste Hinweise zur Behandlung. Sowohl niedergelassene Psychotherapeuten als auch psychosomatische stationäre Einrichtungen sind auf die sehr spezifischen Erfordernisse der Behandlung oft nicht vorbereitet, sodass Patienten zuweilen erfolglose Behandlungsversuche erleben. Eine Übersicht findet sich in Ginzburg et al. [4].

Überblick zur Struktur und den Elementen der multimodalen stationären Behandlung

Vorbemerkung

Im Verlauf des zweijährigen Projekts veränderte sich naturgemäß die Behandlung immer wieder¹. Zu Beginn lagen nur singuläre Behandlungserfahrungen vor, die dann schrittweise verändert, ergänzt und wiederum modifiziert wurden, bis am Ende ein konsistentes Vorgehen herausgearbeitet werden konnte. Nachfolgend werden die Elemente der multimodalen Therapie beschrieben. In den nächsten Kapiteln wird dann auf die technischen Details der Behandlung eingegangen (tiefenpsy-

chologische Perspektive, Verhaltenstherapie und EMDR) und es werden dann die charakteristischen Erlebniszustände der Betroffenen charakterisiert, die zentral in der Behandlung sind und ohne deren Kenntnis und Berücksichtigung u. E. ein Behandlungserfolg nicht möglich ist.

Mit der Veröffentlichung des Manuals soll ermöglicht werden, dass auch in anderen Institutionen die Therapie solcher Patient(inn)en angeboten werden kann und dann langfristig ein Erfahrungsaustausch sowie eine Wissenserweiterung möglich werden.

Die Bitte an alle Leser(inn)en ist, dass an die Autoren dieser Arbeit eine Nachricht gesandt wird, wenn vor Ort ebenfalls mit der Therapie begonnen wird. Auf diese Weise ist es möglich, zukünftig Expertentreffen zu organisieren und die Erfahrungen systematisch zu evaluieren.

Selbstverständlich ist es zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, die einzelnen Module des komplexen multimodalen Behandlungskonzepts in ihrer Bedeutung abzuschätzen. Alle Aspekte erscheinen den Autoren in hohem Maße wichtig und es erscheint auch sehr plausibel, dass sie zu einem solchen Konzept gehören. Jedoch ist es zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, zu erforschen, welche dieser Faktoren existenziell für den Erfolg verantwortlich sind und welche entbehrlich wären. Dies bleibt zukünftiger Forschung vorbehalten.

Das Behandlungssetting und institutionelle Umfeld

Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass die Behandlung in einem stationären Setting besonders gut durchzuführen ist. Die tägliche Therapiedosis sollte nach unserer Erfahrung sehr hoch sein und auch Elemente der kardiologischen Rehabilitation umfassen (Ergometertraining, Atemtherapie, Entspannungstherapie). Insgesamt ergibt dies eine Therapiedosis von ca. 6 Stunden pro Tag.

Für eine stationäre Therapie spricht auch die Atmosphäre einer Klinik, die Sicherheit vermittelt und Angst mindert. Zuweilen ist das therapeutische Milieu durch die Herauslösung aus dem familiären Kontext und eine außeralltägliche soziale Einbindung auch geeignet, die

Selbstbeobachtung und Introspektion zu fördern.

Die oft außerordentlich starke psychische Belastung der Partnerinnen und Partner macht eine Mitbehandlung dieser dringend notwendig. Diese kann sowohl durch gleichzeitige stationäre Aufnahme erfolgen als auch durch systematische ambulante Einbindung.

Da Menschen mit einem ICD häufig körperlich (sehr) krank und nach den ICD-Mehrfachschocks zusätzlich massiv verunsichert sind, scheint es wesentlich, dass die stationäre Behandlung in einer Einrichtung durchgeführt wird, die über eine enge Anbindung an und räumliche Nähe zu einer kardiologischen Abteilung verfügt. Um den Mut aufzubringen, sich beim Ergometertraining oder Treppesteigen wieder körperlich zu belasten und dabei eine deutliche Erhöhung der Herzfrequenz ohne Panikattacke zuzulassen oder wieder einmal alleine das Haus zu verlassen, brauchen die Patient(inn)en die Sicherheit einer jederzeitigen kardiologischen Diagnostik und Behandlung. Weiterhin sollte auch die Möglichkeit gegeben sein, das Erlebnis der Mehrfachschocks mit einem Kardiologen besprechen zu können. Ohne Grundkenntnisse über die zugrundeliegende Erkrankung, Indikation und Wirkungsweise des ICD, ist ein Verständnis für die erlebten Mehrfachschocks nicht möglich. Die Patient(inn)en zeigen sich oft schon dadurch sehr beruhigt, dass sie wissen, dass Tag und Nacht ein erfahrener Kardiologe zur Verfügung stehen würde, falls wieder Mehrfachschocks auftreten.

Andererseits ist es auch für die behandelnden Psychotherapeut(inn)en oft eine Überforderung, wenn sie die aufdrängenden kardiologischen Fragestellungen (Medikamentennebenwirkungen und -umstellungen, erneute diagnostische Maßnahmen, Umprogrammierung des ICD etc.) ohne Rückhalt durch erfahrene Kollegen zu bearbeiten haben. Häufig haben psychosomatische Kliniken keinerlei andere medizinische Abteilungen im Hause und so bestehen auch (berechtigte) Ängste hinsichtlich entstehender Notfallsituationen. Es wird zurecht in beängstigender Weise antizipiert, was passieren würde, wenn ein Patient nachts ICD-Schocks bekäme und im Hause weder ein Auslesege-

¹ Die Koautoren Georg Titscher und Holger Kirsch haben durch ihre kritische Diskussion und Prozessbegleitung sowie ihre Hilfe bei der Erstellung dieses Manuals einen wichtigen Beitrag zum Gelingen geleistet.

J. Jordan · G. Titscher · H. Kirsch

Behandlungsmanual zur Psychotherapie von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen nach ICD-Mehrfachschocks

Zusammenfassung

Angesichts der steigenden Zahl implantierter Defibrillatoren in allen Industrienationen wächst auch die Zahl derjenigen Menschen, die sog. Mehrfachschocks („electrical storm“, ES) erleiden. Häufige Beschwerden sind starke und ständig wiederkehrende massive Ängste, Panikattacken, Todesangst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Depressionen, Nervosität und Gereiztheit, sowie Rückzugs- und ausuferndes Vermeidungsverhalten, Intrusionen, Alpträume, Flashbacks, Schlaflosigkeit und die Unfähigkeit der Gefühlsempfindung sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. Da Menschen mit einem ICD häufig körperlich (sehr) krank und nach den ICD-Mehrfachschocks zusätzlich massiv verunsichert sind, scheint es wesentlich, dass die stationäre Behandlung in einer Einrichtung durchgeführt wird, die über eine enge Anbindung an und räumliche Nähe zu einer kardiologischen Abteilung verfügt. Basis der Diagnostik ist die klinische Anamnese und die systematische Exploration der traumatischen Situation und der resultierenden Beschwerden. Als zusätzliche diagnostische Elemente soll-

ten testpsychologische Verfahren zur Erfassung der Kernsymptomatik zum Einsatz kommen (Angst, Depression, Traumasymptome). Zur Diagnostik sollte eine testpsychologische Untersuchung gehören, damit am Ende der Behandlung auch für den Patienten sichtbar wird, welche Veränderungen eingetreten sind. Im Mittelpunkt der stationären Behandlung steht die tägliche intensive Psychotherapie. In ihrem Rahmen finden Elemente tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und verhaltenstherapeutisch orientierte Angsttherapie sowie kognitive Umstrukturierung und Elemente des EMDR ihren Platz. Eine Nachuntersuchung innerhalb von 4 Monaten nach den Mehrfachschocks ist angeraten, weil PTSD Symptome zuweilen erst mit großer Latenz auftreten.

Schlüsselwörter

ICD-Schocks · Angst · Depression · Traumasymptome · Psychotherapie · Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Treatment manual for psychotherapy of acute and posttraumatic stress disorders after multiple ICD shocks

Abstract

In view of the increasing number of implanted defibrillators in all industrial nations, the number of people who have suffered so-called multiple shocks (electrical storm, ES) also increases. Common complaints are severe and continuously recurrent massive anxiety, panic attacks, fear of death, helplessness and hopelessness, depression, nervousity and irritability as well as reclusive and uncontrollable avoidance behaviour, intrusions, nightmares, flashbacks, sleeplessness and the inability to show feelings and limitation of future perspectives. Because people with an ICD are often physically (very) ill and after multiple ICD shocks are additionally very insecure, it would seem logical if the inpatient treatment would be carried out in an institution which has close connections and is also spatially close to a cardiology department. The basis of the diagnostics is the clinical anamnesis and a systematic exploration of the trauma situation and the resulting complaints. As an additional diagnostic element

psychological test procedures should be implemented to determine the core symptomatic (anxiety, depression, trauma symptoms). Psychological test procedures should be included in the diagnostics so that at the end of treatment it is obvious even to the patient which alterations have occurred. The core element of inpatient treatment is daily intensive psychotherapy and includes deep psychologically well-founded psychotherapy and behavioral therapeutic-oriented anxiety therapy as well as cognitive restructuring and elements of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). A follow-up examination within 4 months of the multiple shocks episode is recommended because symptoms of posttraumatic stress disorder often occur after a long latent time period.

Keywords

ICD shocks · Anxiety · Depression · Trauma symptoms · Psychotherapy · Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

rät noch ein erfahrener Internist zur Verfügung stünde und somit eine Notverlegung in ein umliegendes Krankenhaus erforderlich wäre. Vermutlich scheuen sich daher psychosomatische Kliniken (ein wenig zu Recht) hinsichtlich der stationären Aufnahme schwer kranker Herzpatienten (Defibrillator, Kunstherz oder Patient(inn)en die auf der Warteliste zur Herztransplantation stehen), wenn nicht im Haus oder in unmittelbarer Nähe eine Kardiologie zur Verfügung steht.

Die nachfolgende Beschreibung der Therapie und der gesammelten Erfahrungen fand in einem optimalen institutionellen Kontext statt. Die Klinik für Psychokardiologie gehört zur Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim. Auf dem Kerckhoff-Campus befinden sich eine Kardiochirurgie, eine große Kardiologie mit Elektrophysiologie und Rhythmusambulanz, eine angiologische Akutklinik sowie eine kardiologische Rehabilitationsklinik. Somit besteht rund um die Uhr die Möglichkeit einer umfassenden Diagnostik und Therapie sowie der unmittelbaren Notfallversorgung.

Selbstverständlich sind die formulierten Annahmen zum Behandlungssetting lediglich als Arbeitshypothese zu verstehen. Es kann auf keinen Fall ausgeschlossen werden, dass weitere Projektstudien zeigen, dass es auch erfolgversprechende ambulante Behandlungsmodelle gibt.

Anamnese, Beziehungsaufbau und Initiierung der Behandlung

Es werden an dieser Stelle natürlich nicht die selbstverständlichen technischen Standards einer Anamneseerhebung dargestellt. Dies ist Bestandteil jeder Ausbildung in der Psychotherapie.

Die Beziehungsaufnahme, das heißt, der erste Kontakt mit der behandelnden Therapeutin bzw. dem behandelnden Therapeuten ist besonders wichtig. Die Initialszenen sind aus der Sicht dieser traumatisierten Patient(inn)en, die oft schon andere Behandlungsversuche hinter sich haben, sehr wichtig. Intuitiv versuchen sie ihr Gegenüber zu erkunden und zu erspüren, ob sie sich anvertrauen können. Sie sind einerseits hilf- und hoffnungslos, haben zuweilen auch schon schlechte Erfahrungen gemacht, Unverständnis erlebt

Einteilung von Mehrfachschocks

Die klinische Behandlungserfahrung hat uns gezeigt, dass eine differenzierte Klassifikation der Mehrfachschocks sehr wichtig ist, weil die jeweiligen Umstände und Ursachen zum Teil erheblich unterschiedliche psychische Prozesse auslösen und ein spezifisches psychisches Verarbeitungsmuster bedingen. Diese Unterschiede müssen berücksichtigt werden und deshalb schlagen wir eine klare Klassifikation für Mehrfachschocks vor.

Zunächst muss zwischen adäquaten und inadäquaten Schocks unterschieden werden:

- A-ES: adäquater elektrischer Sturm
- NA-ES: nichtadäquater elektrischer Sturm

Dieser Unterschied ist aus der Perspektive der Betroffenen sehr bedeutsam. Wenn es sich um adäquate Mehrfachschocks handelte, wirkt dies in hohem Maße beängstigend auf die Betroffenen, weil sie daraus schlussfolgern, dass ihr Zustand massiv verschlechtert und die Lebensbedrohung damit gestiegen ist. Bei sog. inadäquaten Schocks ist es sehr wichtig, die Ursachen hierfür genau mit den Betroffenen zu besprechen. Nicht selten entstehen offene oder verdeckte Vorwurfshaltungen, weil die Patient(inn)en und auch die Angehörigen davon ausgehen, dass diese Schocks vermeidbar waren. Schuldvorwürfe richten sich zuweilen gegen die behandelnden Ärzt(inn)en oder die Gerätehersteller. Dies sind jeweils andere psychische Konstellationen, die im psychotherapeutischen Prozess aufzuarbeiten sind.

Im zweiten Schritt muss das Zeitintervall klassifiziert werden:

- a) 5 und mehr Schocks innerhalb von 12 Monaten
- b) 3 und mehr Schocks innerhalb von 24 Stunden, die aber nicht in unmittelbarer Folge sondern mit größerem Zeitabstand erfolgten
- c) 3 und mehr Schocks innerhalb einer Episode (innerhalb weniger Minuten)

Diese Klassifikation ergibt somit 6 Konstellationen:

- A-ES a), b), c): adäquate Schocks in den drei Zeitfenstern a), b), c),
- NA-ES a), b), c): inadäquate Schocks in den drei Zeitfenstern a), b), c).

Klinisch relevant ist darüber hinaus auch die Differenzierung der Patient(inn)en hinsichtlich der Frage, ob die Schocks bei Bewusstsein erfolgten oder die Betroffenen vorher bewusstlos wurden. Dieser Unterschied ist mit deutlich anderen Erlebniszuständen verbunden und auch die entstehenden Ängste sind verschieden (z. B. Angst sich beim Sturz zu verletzen, Angst vor anderen Menschen oder in bestimmten Situationen bewusstlos zu werden).

Erst diese differenzierte Klassifikation erlaubt es, in der klinischen Versorgung spezifisch auf die Betroffenen und auch die Angehörigen einzugehen.

Langfristig ist eine solche Klassifikation auch für die Forschung zu fordern, denn nur durch diese Differenzierung lassen sich genaue Zahlen zur Prävalenz und der Häufigkeit psychischer Beschwerden ermitteln.

Spezifische Aspekte des Anamnesefadens

- Krankheitsentwicklung, Gründe für die ICD-Implantation, Erleben und bisherige Erfahrungen mit dem Gerät, Umgang der Partnerin bzw. des Partners mit der Krankheit und dem Gerät
- Anzahl bisheriger Defi-Schocks und deren Umstände
- Situationsgeschehen bei den Mehrfachschocks, anwesende Personen, Ruf nach dem Notarzt: wer hat es organisiert, wie ging die Mannschaft mit der Situation um
- Behandlung im Krankenhaus
- Traumalandkarte
- Art und Ausmaß des seither entstandenen Vermeidungsverhaltens
- Biografie: vorrangig auch das Thema der psychischen Autonomie bzw. der Abhängigkeitstendenzen
- Andere Erkrankungen, v. a. Herzerkrankungen in der Familie

und fürchten Wiederholungen und Enttäuschungen. Zugleich sind sie in ihrer Ängstlichkeit natürlich dennoch bereit, sich noch einmal einzulassen und den evtl. rettenden Strohhalm zu ergreifen. Daher ist es besonders wichtig, dass im ersten Gespräch viel Zeit zur Verfügung steht (90 min), dass Raum für die Erzählung des Erlebten bleibt und dass zugleich durch die Fragen und Rückmeldungen deutlich wird, dass der bzw. die Behandelnde viel Erfahrung auf diesem Gebiet hat. Sehr dringend ist zu empfehlen, dass die Behandelnden im Vorfeld umfangreiche Erfahrungen sammeln: viele Gespräche mit Betroffenen führen, Hospitationen in der Rhythmusambulanz, Zuschauen bei der Implantation, beim Auslesen etc.

Im vorliegenden Kontext ist es im Rahmen der Anamnese sehr wichtig, die un-

mittelbaren Geschehnisse der Mehrfachschocks genau zu erheben. Hierzu zählen die Rahmenbedingungen der Mehrfachschocks, also der Ort des Geschehens, anwesende Personen, wer hat Hilfe gerufen und den Notarztwagen bestellt, wie verhielt sich die Mannschaft des Notarztwagens und wie erfolgte die Einlieferung und Behandlung im Krankenhaus. Besonders bedeutsam sind Fragen nach den vermuteten Ursachen der Schocks, denn die Patienten haben meist innere theoretische Annahmen, die weitreichende Folgen im weiteren Verhalten haben können. Schließlich ist es wichtig zu explorieren, wie die ärztlichen Erklärungen für die Mehrfachschocks waren und wie einleuchtend diese für die Betroffenen sind. Abschließend sollte die Anamnese eine sog. Traumalandkarte erfassen, also schwerwiegende und auch traumatisierende bisherige Lebenserfahrungen erfragen, da dies für die folgende EMDR-Behandlung eine bedeutende Grundlage ist. Sehr wichtig für die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere ist auch die genaue Erfassung des entstandenen Vermeidungsverhaltens, da dies die Lebensqualität sehr stark bedingt und den Leidensdruck bzw. das Ausmaß der Ängste gut widerspiegelt.

Zur Diagnostik (s. oben) sollte eine testpsychologische Untersuchung gehören, damit am Ende der Behandlung auch für den Patienten sichtbar wird, welche Veränderungen eingetreten sind. Unbedingt sollte ein Verfahren zur Bestimmung der Traumasymptome (z. B. IES) zum Einsatz kommen, darüber hinaus Skalen zu Körperbeschwerden, vitaler Erschöpfung, Selbstwirksamkeit sowie Angst und Depression. Wichtig ist eine systematische Erhebung des aktuellen Vermeidungsverhaltens (am besten werden die Betroffenen gebeten, vor der stationären Aufnahme eine Woche lang ein Vermeidungstagebuch zu führen), damit am Ende und zu einem späteren Zeitpunkt eine Erfassung der Veränderungen möglich ist.

Die Behandlungsmodule

Die Psychotherapie

Die täglichen 90-minütigen psychotherapeutischen Sitzungen stehen im Mittel-

punkt der Behandlung. Bei Bedarf und je nach Setting werden hier auch die Partner(inn)en mit einbezogen (jedoch meist nicht in jeder Sitzung). Im Rahmen des Pilotprojektes wurde die Behandlung von einem tiefenpsychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten (dem Erstautor dieser Arbeit) geführt, der zugleich umfangreiche Kenntnisse und eine Ausbildung in der Verhaltenstherapie und in der EMDR-Behandlung besitzt. Noch einmal muss an dieser Stelle betont werden, dass es keine Studien gibt, die uns zeigen, ob diese drei Elemente konstitutiv sind oder nicht. Sicher ist eine erfolversprechende Behandlung beispielsweise auch ohne EMDR denkbar. Im Rahmen des Projektes haben wir jedoch die Erfahrung gemacht, dass das EMDR eine ausgezeichnete Methode ist, den affektiven Leidensdruck zu reduzieren.

Kardiologische Beratung

Die vertrauensvolle kardiologische Betreuung ist ein wesentliches strukturelles Element unserer Therapie. Dies bedeutet auch, dass sich die Kardiologen gerade für diese Patienten oft sehr viel Zeit nehmen müssen. Die Nähe zur Kardiologie ist der zentrale Punkt einer Angstverarbeitung und das vertrauensvolle Verhältnis zu einem Kardiologen, der mit viel Zeit und Ruhe (und auch mehrfach) alles bespricht. Es ist den Autoren dieser Zeilen bewusst, dass gerade die Zeitkomponente natürlich in der heutigen Kardiologie ein extrem großes Problem darstellt.

In Ergänzung zur kardiologischen Betreuung gehört auch die Heranführung an eine kardiologisch vertretbare Belastungsfähigkeit zu den wichtigen Therapiezielen, also eines regelmäßigen Ergometertrainings unter bester Aufsicht und nach gründlicher Einführung (am besten Belastungs-EKG).

Bei vielen Betroffenen kann es extrem wichtig sein, durch einen vorsichtigen verantwortungsvollen Gebrauch eines schnell wirkenden Tranquilizers Hilfe anzubieten. Die Erfahrung zeigt, dass jede Panikattacke eine weitere Panikattacke wahrscheinlicher macht und das Niveau der Stresshormone weiter steigert. Andererseits kann das Management und die geübte Handhabung einer Panikattacke sehr beruhigend wirken und dazu führen, dass

die Häufigkeit von Panikattacken sinkt. Der verantwortliche Einsatz dieser Medikamente ist also aus unserer Sicht vertretbar.

Bei einer klinisch relevanten Depression, die häufig bei dieser Patientengruppe besteht, ist selbstverständlich der Einsatz von Antidepressiva (SSRI) indiziert.

Entspannungsverfahren

Wesentliche psychophysiologische Folgen posttraumatischer Störungen sind in einer hohen sympathikotonen Steuerung dieser Menschen zu sehen und in der Unfähigkeit zu entspannen und ruhig zu schlafen. Es wird kontrovers diskutiert, ob traumatisierte Patient(inn)en geeignet für Entspannungstraining sind. Nach unserer Erfahrung gab es keinerlei Kontraindikation und alle Betroffenen haben die von uns angebotene sehr hohe Dosis gut vertragen und sie als sehr wertvoll erlebt. Dabei werden folgende Verfahren angeboten:

- Täglich Meditation am Morgen (40 min)
- Progressive Muskelentspannung (3-mal in der Woche jeweils 25 min)
- Ayurvedische Entspannungsmassagen (täglich eine Stunde)
- Biofeedback-gestützte Entspannung (täglich 25 min)
- Individuell gestaltete Atemtherapie (dreimal wöchentlich 20 min).

Gruppenpsychotherapie

Im Rahmen unseres Projektes sind zweimal Konstellationen entstanden, in denen mehrere Betroffene gleichzeitig stationär zur Behandlung in der Klinik waren und andere in einem näheren Umkreis wohnten, sodass eine Gruppe von 5 Patient(inn)en entstand. Wir haben in dieser Zeit sehr gute Erfahrungen damit gesammelt, dass wir diese Menschen ein- bis zweimal pro Woche für jeweils eineinhalb Stunden in einer Gruppe zusammengeführt haben. Der Austausch von Erfahrungen und das Erleben, dass ein- und dasselbe Ereignis sehr unterschiedliche Gefühle und Gedanken auslösen kann, dass aber auch viele Ähnlichkeiten im traumatischen Situationserleben zu finden sind, war für alle eine große Bereicherung.

Gruppengespräche zur Verarbeitung außeralltäglicher Erfahrungen haben sich z. B. in der Behandlung von Transplan-

Behandlungsstruktur und Dosis in einer Woche

- Täglich Psychotherapie und EMDR (90 min)
- Täglich hochdosiert Entspannungstraining: Meditation, Entspannungsmassage, Progressive Muskelentspannung, wenn vorhanden Biofeedback mittels Atmung oder Hautwiderstand
- Täglich körperliches Training: Ergometertraining, Gymnastikgruppe, Atemtherapie
- Wenn möglich und vorhanden Körpertherapie wie Feldenkrais, KBT, Musiktherapie etc.
- Wenn möglich 2-mal pro Woche Gruppensitzung
- Ein- bis zweimal wöchentlich ausführliche kardiologische Beratung

tationspatienten bewährt. Die „in-group communication“ ist oft gekennzeichnet durch die Nähe zu Alltagsgesprächen. Hier stehen die Vergewisserung von Normalität und Zugehörigkeit oft im Vordergrund, gepaart mit einer „rücksichtslosen“ wechselseitigen Offenheit und dem Bedürfnis nach Zeugenschaft. Erst durch Zeugen und Menschen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund kann man sich der eigenen Erlebnisqualität vergewissern.

Konzentrierte Bewegungstherapie

Auch die im Rahmen des Projektes angebotene konzentrierte Bewegungstherapie war für einige Patient(inn)en eine positive Erfahrung. Sofern also im Rahmen der stationären Behandlung dieser Patient(inn)en ähnliche Verfahren angeboten werden können, so scheint dies aus unserer Erfahrung sehr lohnenswert zu sein (Feldenkrais, Musiktherapie, Gestaltungstherapie).

Technische Hinweise zur psychotherapeutischen Behandlung

Im Mittelpunkt der stationären Behandlung steht die tägliche intensive Psychotherapie. In ihrem Rahmen finden Elemente tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und verhaltenstherapeutisch orientierte Angsttherapie sowie kognitive Umstrukturierung und Elemente des EMDR ihren Platz.

Tiefenpsychologische Aspekte der Behandlungsführung

Die tiefenpsychologischen Erwägungen zur Behandlungstechnik kardiologischer Patient(inn)en wurden kürzlich publiziert [1, 6, 7]. Besondere und spezifische Aspekte der psychodynamischen Behandlung von Menschen mit Herzerkrankungen werden nicht postuliert. Dennoch werden hypothetisch einige Aspekte hervorgehoben, die unseres Erachtens im Sinne der Aufmerksamkeitslenkung der Therapeutin bzw. des Therapeuten von Bedeutung sein könnten.

Prinzipiell sind die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse natürlich zu beachten und sie dienen als wertvolles Material der Hypothesenbildung. Im Aufmerksamkeitsfokus steht im Sinne einer Fokalthherapie im Format einer stationären Hochdosiskurztherapie das erlittene Trauma. Alle berichteten Beziehungsepisoden und Erlebniszustände, alle Träume, Fehlleistungen und emotionalen Bewegungen werden zunächst als Material der Verarbeitung des Traumas verstanden und hypothetisch in diesen Kontext gestellt. Dies gilt auch für die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, die im Allgemeinen zwar beachtet, aber nicht thematisiert werden. Neben die gleichschwebende Aufmerksamkeit tritt die aufmerksame Achtsamkeit auf existenzielle Aspekte der Krankheitsentstehung und -verarbeitung.

Da es sich hier um eine stationäre Hochdosiskurztherapie handelt, ist es technisch sehr hilfreich, wenn man großes Augenmerk auf die Narrative legt. Die Details der erzählten Geschichten eröffnen häufig zahlreiche Ansatzpunkte für die Bearbeitung zentraler Themen und haben für die Betroffenen wegen ihrer Konkretheit und Alltagsnähe eine hohe Plausibilität und Evidenz. Die hier sichtbar werdenden Präkonzepte, Wahrnehmungsverzerrungen sowie Sinnbrüche und widersprüchlichen Erlebnisweisen öffnen häufig eindrucksvolle Korridore zur Erlebnisweise und meist sind in ihnen auch überdauernde und etablierte biografische Muster wieder zu finden, deren Bearbeitung hilfreich ist. Die analytische Systematik der Betrachtung von verschiedenen Beziehungsepisoden, wie sie

von Lester Luborsky entwickelt wurde, ist ebenfalls für die therapeutische Technik hilfreich (ZBKT: zentrales Beziehungskonfliktthema).

Menschen, die ICD-Mehrfachschocks erleiden, haben meist schon eine Reihe von schweren psychischen Belastungen verarbeiten müssen (z. B. Herzstillstand und Reanimation, Herzinfarkt, Kardiomyopathie etc.). Die erlebten ICD-Mehrfachschocks haben im Erleben der Betroffenen also einerseits einen bedrohlichen Erlebnishintergrund und werden dennoch zugleich fast immer als ein Moment größter Überraschung und Plötzlichkeit erlebt. Auf die Möglichkeit, dass man viele Schocks unmittelbar in kurzer Zeitfolge erlebt, sind die Betroffenen fast nie vorbereitet worden und sie haben dies auch nicht antizipiert. Die Plötzlichkeit und Heftigkeit einer erneuten lebensbedrohlichen Sicht auf das eigene Leben ist zumeist sehr belastend und aufwühlend, denn sie reaktiviert alle bisherigen Bedrohungssituationen. Die Betroffenen werden erneut aus ihrer vertrauten Alltagswelt herausgerissen und mit einer gänzlich neuen Anpassungsaufgabe konfrontiert (biografische Bruchstelle). Viele befürchten unmittelbar nach den Schocks bereits, dass sie sich hiervon psychisch nicht erholen werden.

➤ Viele Betroffene befürchten, sich psychisch von den Schocks nicht zu erholen

Der Verlust und die Verunsicherung sozialer Rollen durch das traumatische Erleben hat die Qualität einer katastrophisch existenziellen Krise. Daher ist handlungsleitend für die Therapieführung die Frage nach der Bewältigung/Abwehr der aktivierten Todesangst (Bagatellisierung, Verleugnung, Minimierung oder Rationalisierung). Behandlungstechnisch ist diese Abwehr nicht zu früh zu thematisieren. Obwohl die meisten der Betroffenen im Moment der Mehrfachschocks Todesangst empfinden, sind die Abwehrprozesse in der folgenden Zeit doch auch im Sinne einer Minderung der im Moment noch unerträglichen Bedrohung und Angstüberflutung überlebensnotwendig. Die therapeutische Technik hierbei ist bevorzugt die Exploration, die Fra-

ge danach, wie Partner(inn)en bzw. Familienangehörige das Ereignis erlebten und verarbeiteten. Hierdurch können vorsichtig beängstigende Sichtweisen aufgegriffen und bearbeitet werden, ohne dass sie als eigene Erlebniszustände der Betroffenen sofort thematisch werden. Nach unserer Erfahrung ist die Todesangst jedoch bei den allermeisten Betroffenen das dominante traumatische Situationsthema und steht daher im Mittelpunkt des Erlebens und der therapeutischen Arbeit.

Die Behandlung mittels Defibrillator ist eine außerordentlich geniale technische Therapieoption, weil sie sicherheitgebend ist und lebensgefährliche Rhythmusstörungen wirksam terminieren kann. Die eindrucksvolle technische Möglichkeit der Behandlung teilt sich ohne Frage den Betroffenen mit und sie sind sehr dankbar hierfür. Dies steht nicht im Gegensatz dazu, dass die Patient(inn)en das Leben mit diesem Gerät auch erst psychisch verarbeiten müssen und dass sie nach dem Erleben von Schocks psychisch schockiert und verunsichert sind. Nach Mehrfachschocks kann das positiv besetzte Gerät zum Zentrum der Angst werden (vgl. die verschiedenen Beiträge im vorliegenden Heft).

➤ Nach Mehrfachschocks kann das positiv besetzte Gerät zum Zentrum der Angst werden

In der Behandlung von traumatisierten Menschen nach ICD-Mehrfachschocks können sog. Gegenwartsmomente nach Stern [13] große Bedeutung erlangen. In der traumatischen Situation konstellieren sich oft sehr persönliche einzigartige Beziehungsmuster und Reaktionsweisen, die sich im biografischen Kontext als „typische“ Muster erarbeiten lassen und den Betroffenen daher sehr dabei helfen, das Erlebte zu verstehen (s. unten).

Nach unserer Erfahrung ist auf der Ebene der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik zentral, dass sich einerseits die Hilflosigkeit der Betroffenen abbildet und andererseits die Dynamik der traumatisierten Person mit dem je spezifischen Situationskontext entfaltet.

Eine häufige erste Übertragungslinie ist dabei sehr verstehbar und auch hilfreich: die anfängliche Idealisierung des

Behandelnden. Die Betroffenen kommen in einem verängstigten hilflosen Gemütszustand und haben oft seit Wochen und Monaten eine starke Resignation entwickelt und sich mit ihrem Zustand depressiv abgefunden. Die sich nun bietende Behandlungsmöglichkeit in einer hochspezialisierten Klinik weckt positive Erwartungen. Die Patient(inn)en der Pilotstudie wussten, dass die Klinik eine langjährige und erfolgreiche Tradition in der Behandlung dieser Leidenszustände hat. Sie spüren meist in den ersten Gesprächen, dass sie auf Verständnis stoßen, dass sie nicht die einzigen Menschen sind, die unter diesen Symptomen leiden und dass man die Beschwerden verstehen und systematisch behandeln kann. Hierdurch entsteht eine positive Übertragungsbeziehung, die tragend für den Fortschritt sein kann und mit der man als Behandler verantwortlich und zurückhaltend umgehen muss.

Die zweite zu beachtende Übertragungslinie ist sicher in der Traumatherapie immer zu beachten: Man darf sich weder überidentifizieren und überengagieren, noch allzu distanziert neutral bleiben. Ohne persönliche, von tiefem Mitgefühl und Sympathie getragene Beziehung geht es nicht, aber die Nähe-Distanz-Regulierung muss sorgfältig beachtet und gesteuert werden.

Eine empirisch nicht belegte – evtl. nicht belegbare – Hypothese der Autoren dieser Zeilen lässt vermuten, dass durch die Mehrfachschocks tiefe Abhängigkeitskonflikte in den Menschen mobilisiert werden. Damit werden dann auch biografisch konflikthafte Schichten reaktiviert und es scheint so zu sein, dass Menschen mit vor Krankheitsbeginn konflikthafter Abhängigkeitsmustern schlechter mit den Mehrfachschocks zurechtkommen und eine längere Therapiedauer erfordern. Dies ist psychodynamisch naheliegend, weil der völlige Verlust jeglicher Kontrolle über eine Situation und über den Fortgang des eigenen Lebens tiefe Abhängigkeitskonflikte wachruft. Neben dem Kontrollverlust wird auch erlebt, dass die vorher idealisierten Ärzt(inn)en zuweilen zu hilflosen Helfern werden.

Verhaltenstherapeutische Elemente

In der Behandlung von posttraumatischen Störungen, im Rahmen von Krankheiten, sind integrative Therapieansätze derzeitiger Standard. Dies bedeutet, dass die zur Behandlung von Angststörungen und ihren Folgen (Vermeidungsverhalten, maladaptive Krankheitskonzepte und irrationale Kognitionen) verhaltenstherapeutische Elemente nicht fehlen dürfen. Die Darstellung verhaltenstherapeutischer Techniken der Angstbehandlung ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da sie an entsprechender Stelle differenziert nachzulesen sind [2, 9, 11].

EMDR (“eye movement desensitization and reprocessing”)

Die Integration der EMDR-Technik in die Behandlung hat aus Sicht der Autoren einen überraschend positiven Effekt gehabt. Gleichwohl ist eine wirksame Therapie auch ohne EMDR möglich (wie die Erfahrung einer der Autoren zeigt). Dennoch ist die ruhige und ausschließlich emotionale Verarbeitung aus der Sicht der Autoren ein erstaunliches Hilfsmittel und es hat auch die partielle Hilflosigkeit der Behandler deutlich gemindert.

Die Technik des EMDR wird im Rahmen der Psychotherapie in die Sitzungen integriert und entsprechend dem Standardprotokoll durchgeführt. Es müssen jedoch spezifische und individuell unterschiedliche Abweichungen vorgenommen werden. Wie im Standardprotokoll auch, finden die verschiedenen Elemente, d. h. die positiven und negativen Kognitionen, die Körpergefühle, die schlimmste Situation und die aktuelle Belastungseinschätzung ihren Platz. Es wird gemeinsam mit dem Patienten herausgearbeitet, welches im Zusammenhang der Mehrfachschocks für sie die am belastendsten und schlimmsten Situationen waren.

Dabei handelt es sich um solche Situationen, die am häufigsten in der Erinnerung wieder auftauchen. Während der eigentlichen EMDR-Sitzungen wird vom Therapeuten intensiv die Körpersprache beobachtet. Diese Beobachtung gilt als Anhaltspunkt dafür, wie die Belastung des Patienten einzuschätzen ist. In den

ersten Sitzungen dauert eine EMDR-Sequenz etwa 5–8 min. In weiteren Sitzungen verlängert sich die Dauer allmählich, überschreitet aber selten 20 min. Dies ist der Zeitraum, der für die meisten Patienten offensichtlich eine Belastungsgrenze darstellt.

Während der ersten EMDR-Sitzungen treten bei vielen Betroffenen massive Symptome auf, meist starke körperliche Beschwerden. Nicht selten handelt es sich um Körpergefühle, die unmittelbar vor den Mehrfachschocks auch aufgetreten waren. Die Betroffenen geraten hierdurch in schwere Angstzustände und Panikattacken, sodass man mit großer Rücksichtnahme und mit Pausen die Introspektion der Betroffenen zulassen und das Erlebte abklingen lassen muss. Im Anschluss muss es genügend Zeit zur Besprechung geben, zuweilen sind auch Sequenzen von Entspannungsverfahren erforderlich, um die hohe Anspannung zu mindern.

Die Integration der EMDR-Sequenzen in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hat sich als außerordentlich kreativ erwiesen. So können die verschiedenen Etappen, die während der EMDR-Sequenzen auftauchen, im Nachhinein angesehen und analysiert werden. Immer wieder wird dabei deutlich, dass einzelne, oft zunächst nicht enthaltene Erlebnisaspekte des Traumas eine intensive biografische Rekonstruktion ermöglichen (s. unten).

Entsprechend der vorherigen Erwartung zeigt sich, dass es natürlich sehr individuell unterschiedliche Verarbeitungsmodalitäten gibt und dass das Trauma der Mehrfachschocks auch auf dem biografischen Hintergrund sehr unterschiedliche Kontextualisierungen erfährt. Auch die Verarbeitung der Mehrfachschocks, die Art und Weise Hilfe zu rufen und später Hilfe anzunehmen, ist sehr stark biografisch bestimmt. Natürlich spielt es eine große Rolle, dass im Rahmen der EMDR-Sitzung immer wieder auch traumatische Komplexe aus anderen Lebensepisoden zum Vorschein kommen, die durch die traumatische Erlebnisweise reaktualisiert und wieder ins Gedächtnis gespült werden.

Ein Beispiel für letztes könnte sein, dass eine etwa 60-jährige Frau mitten in der EMDR-Verarbeitung ihrer Mehr-

Die EMDR-Sitzung fördert in vielen Fällen Detaillerinnerungen an traumatische Situation zutage

Ein Beispiel kann diesen Zusammenhang deutlich machen. Eine Patientin sagt in der EMDR-Sitzung lediglich: „Ich gehe an drei rauchenden Männern vorbei“. Das EMDR wird fortgesetzt und erst später bei der Besprechung wird der Satz aufgegriffen. Sie hatte in früheren detaillierten Schilderungen nie erwähnt, dass Menschen in der Nähe waren, als sie ihre Schocks erlitt.

Was war die Szene: Die Frau hatte heftige Rhythmusstörungen, es war ihr so unwohl, dass sie den Raum verließ. Sie befand sich in einem großen Raum eines Bürgerzentrums, in dem der Geburtstag eines Freundes gefeiert wurde. Um die Feier nicht zu stören und um nicht aufzufallen, verließ sie den Raum mit der Befürchtung, dass der Defi bald einen Schock abgeben könnte. Sie verließ das Haus und wollte sich draußen in einer versteckten Ecke an die Wand lehnen und abwarten. An die Wand gelehnt, gab der Defi einen Schock ab. Es war erst der dritte Schock, den sie seit Implantation vor 3 Jahren erhalten hatte. Diesmal folgten aber ein weiterer Schock und dann leider noch 5 andere im Abstand von 50 Sekunden.

Die während des EMDR spontan erinnerte Gruppe von drei rauchenden Männern wurde später angesprochen. Zunächst nachfragend-explorierend und später ein wenig erstaunt wurde die Frage an die Patientin gerichtet: „Haben sie diese Männer um Hilfe gebeten“. Ihr „Nein“ klang so, als ob es eine ziemlich abwegige Frage sei. Sie sagte, dass die Männer wohl bemerkt hätten, wie schlecht es ihr ging und dass sie Hilfe angeboten haben.

Die weitere vorsichtige Nachfrage löste einen starken Erinnerungsschub aus. Die Nachfrage ging dahin, ob sie auch sonst selten im Leben jemanden um Hilfe bittet bzw. wie sie Hilfe annehmen könne. Sie brach beim Versuch zu antworten in heftige Tränen aus.

Daniel Stern würde dies wohl einen jener bedeutsamen Gegenwarts Momente in der Psychotherapie nennen („the present moment in psychotherapy“). Aus der Patientin brach das ganze Elend ihres Lebens heraus: ungeliebtes und missachtetes Kind, zwei Pflegefamilien (weil beide Eltern alkoholkrank waren), mit wenig Liebe und vielen dramatisch erniedrigenden Lebenssituationen.

Das Ereignis der Mehrfachschocks war also biografisch insofern bedeutsam kontextualisiert, als wesentliche Elemente als Reinszenierungen wiederkehrten. Obwohl es ihr vor der Schockabgabe so massiv schlecht ging und sie heftige Angst vor einem Defischock hatte, verließ sie den Raum alleine, ohne ihrem Ehemann oder dem anwesenden Bruder ein Signal zu geben. Auch die drei rauchenden Männer konnte sie nicht um Hilfe bitten. Die Architektur ihres seelischen Apparates, wenn man das so technisch sagen darf, hatte sich hier zum wiederholten Male durchgesetzt: Du bist allein auf dieser Welt und musst schauen, dass Du die Dinge bewältigst. Nach Hilfe rufen führt zur Erniedrigung. Nach zwei Wochen ging sie nach Hause ohne Vermeidungsverhalten und mit klaren inneren Fahrplänen für die nächste Notsituation. Die Familie wurde informiert über die Funktionsweise des Defi, sie nahm mit ihrem Mann an einer Gruppenschulung teil (vgl. den Beitrag in diesem Heft).

fachschocks (sie hatte 35 Schocks bei vollem Bewusstsein am Stück erhalten), die EMDR-Sitzung durch Handheben unterbrach und unter Tränen berichtete, dass sie in ihrer Spätpubertät von ihrem Bruder sexuell missbraucht wurde. Sie berichtete, dass sie bisher niemals mit einem Menschen hierüber gesprochen hatte und dass sie das Erlebte auch weitgehend vergessen habe und bis zum heutigen Tag über viele, viele Jahre hinweg nicht in Erinnerung rufen konnte. Ein anderes Beispiel für die psychodynamische Integration während des EMDR erinnerten Materials wird weiter unten dargestellt.

Was ist die psychodynamische Funktion von EMDR?

Neben dem, was die Methode des EMDR unmittelbar (sozusagen neurologisch) bewirkt, hat der Einsatz des EMDR auch eine wesentliche überwiegend unbewusst-

te beziehungs-dynamische Funktion. Sie ist, wenn sie in einem tragfähigen und Sicherheit gebenden Setting von einer Person mit großer Erfahrung und Kenntnis angeboten wird, die letzte Rettung in einer völlig auswegloser Situation.

Es gibt Patienten, die so verzweifelt sind, dass sie ihre Ärzte bitten, das Gerät zu explantieren oder auszuschalten und sie nehmen damit den sicheren Tod in Kauf. Sie haben erlebt, dass niemand diese existenzielle Verzweiflung verstehen kann und sie erhielten von hilflosen Helfern allzu oft lieb gemeinte tröstende Worte wie etwa: „Seien sie froh, Sie haben nun zweimal im Jahr Geburtstag.“

Mit Skepsis angesichts des allzu sehr an die Hypnose erinnernden Verfahrens nähern sie sich an, vertrauen sich der vorgeschlagenen Technik als letztem Rettungsversuch an und sehen bzw. fantasieren im Behandler einen Menschen, der schon

viele ähnlich verzweifelte Menschen gesehen hat, der sehr genau weiß, wie es sich anfühlt und der die Zuversicht ausstrahlt, dass es Hilfe geben kann. Es ist nicht die im Medizinsystem allgegenwärtige Übertragung des „Halbgottes in Weiß“, sondern eher die einer rettenden Elterngestalt, die in tiefster Verzweiflung vegetative Beruhigung im Affektsturm ermöglicht.

Die EMDR-Sitzung fördert in vielen Fällen Detaillerinnerungen an die traumatische Situation zutage und reaktualisiert das traumatische Situationsthema in einer Intensität, die die Patienten selbst verwundert. Während der EMDR-Sitzungen kommen oft nur winzige Bruchstücke in Form von Wortfetzen zutage, die zunächst nicht zugeordnet werden können, deren hoher Bedeutungsgehalt aber auf unerklärliche Weise meist spürbar wird. Sie erschließen sich dann in der unmittelbar angeschlossenen psychodynamischen Therapie. Oft muss nachgefragt und die „Bruchstücke“ müssen sozusagen belebt werden, man muss ihnen Erinnerungs- und Affektanteile entlocken, weil die Betroffenen sie nicht erinnern oder ihnen keine Relevanz zuerkennen haben. Nicht selten erweisen sie sich als äußerst relevante Beziehungsepisoden, die nicht nur den traumatischen Situationskontext erhellen, sondern die auch biografische Muster von höchster Relevanz der Betrachtung zuführen.

Und andererseits eröffnet sich durch die Bearbeitung des traumatischen Situationsthemas die Bearbeitung einer wesentlichen biografischen Beziehungsgestaltung und der aktivierten Bindungsmuster. Ohne die intensive psychotherapeutische Bearbeitung vorgängiger Traumata, ist die Durcharbeitung der Traumatisierung durch die Mehrfachschocks sicher nicht möglich. Es ist wahrscheinlich, dass vorgängige Traumata die Erlebnisweise eines erneuten Traumas (hier ICD-Mehrfachschocks) deutlich beeinflussen und evtl. sogar die Stärke der auftretenden Beschwerden verstärken. Viele Ergebnisse der Traumaforschung weisen hierauf hin. Und wie so oft zeigt die Behandlungserfahrung, dass man die in der Anamnese erhobene Traumalandkarte im Verlauf der Arbeit ergänzen muss, weil zahlreiche Verdrängungs- und Ab-

wehrmechanismen die Erinnerung modulieren.

Es scheint die These plausibel zu sein, dass die Traumabearbeitung mittels EMDR eben deshalb so bedeutende Erinnerungsspuren freisetzt, weil sie so wenig durch Sprache gehemmt, man könnte auch sagen, „gestört“ ist und weil zugleich unbewusst eine tiefe elterliche positive Übertragungsbeziehung entsteht: Tiefes nonverbales Vertrauen, einfach da sein, den Moment des Lebens und Erlebens teilen. Die Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik kann man so umschreiben: Der Patient sitzt wie ein Kind auf dem Schoß des Vaters (der Mutter), weint und schildert ein erschütterndes Erlebnis und wird allmählich durch streicheln des Rückens ruhig und schläft schließlich in einem tiefen Seufzer ein. Es entsteht ein Urvertrauen, eine Regressionsbewegung in tiefe Erlebniswelten, die weniger durch rationales Verstehen und Deuten als durch tiefe existenzielle Bindung getragen ist.

Viele Betroffene erleben die Behandlung so und bringen ein sehr tiefes Vertrauen entgegen, weil sie spüren, dass ihr Gegenüber die schreckliche unannehmbare Todesangst annehmen kann und auch das Todesthema nicht ausgeklammert wird. Das erschütternde außeralltägliche Erlebnis der Mehrfachschocks, die unerträgliche Abhängigkeitsempfindung und Ungewissheit und die Unbestimmtheit des weiteren Lebens werden aus der erlebten Außeralltäglichkeit durch Anteilnahme und biografische Kontextualisierung einer ersten Integration zugeführt.

Traumatherapie mit diesen Patient(inn)en ist zuweilen so, wie die Begleitung in den Tod von unheilbar Kranken. Das tiefe Mitempfinden der Todesnähe kann ohne weitere Verbalisierung in die Beziehung einfließen. Es ist fast eine philosophische Dimension der Psychotherapie: Zwei Personen sitzen nun hier und wissen, dass der Tod nahe war. Beide wissen auch, dass es jederzeit ohne Vorwarnung, also auch hier und jetzt wieder passieren kann. Beide empfinden es unvorstellbar, dass man sich mit dieser Situation abfinden kann und stellen sich doch der Situation und wollen sie überwinden und mit Mut und Zuversicht das Leben restrukturieren und das Vermeidungs-

verhalten abbauen. Für beide Seiten ist es eine existenzielle Berührung eines unerträglich erscheinenden Faktums: der Sterblichkeit.

Die Zeit und die Unbestimmtheit des Lebens, das wird geteilt in dieser Situation, die Möglichkeit des sofortigen Endes und die genau deshalb mögliche Entscheidung, das Hier und Jetzt zu leben und nicht abzulehnen.

Das sind keine leeren Formeln. Es ist der Gegenwartsmoment, ohne den Psychotherapie nach einer Traumatisierung nicht gelingen kann.

Ein Beispiel des Erstautors dieser Zeilen:

„Ich saß mit einem Mann zusammen, der noch 6 Jahre nach seinen Mehrfachschocks schwere Zeichen einer PTSD hatte. Er war genauso alt wie ich. Wir wussten das voneinander. Während ich ihm mit meinem Finger den EMDR-Rhythmus seiner Augenbewegungen „vorgab“ und er in seinen dramatischsten Lebensstunden umherging, war ich in tiefe Trauer geraten und dachte an einen Freund, der ebenfalls im gleichen Alter vor vier Monaten an den Folgen eines plötzlichen Herzstillstands „sein Hirn verloren“ hatte und nun ein paar Kilometer weit von uns auf ewig in einem Pflegebett lag und nie wieder aus seinem Koma erwachen wird. Und ich dachte, dass wir alle, also der Patient, der Freund, an den ich mich erinnerte und ich selbst, in genau dem Alter waren, in welchem mein Vater verstarb, als ich 11 Jahre alt war.

Aber wir beide saßen hier, er, der Patient, sehr krank, aber mit einer EF von 45% doch in der Lage, ein interessantes Leben zu führen, in der Lage, seine Frau, seine Kinder zu erkennen und zu lieben.

Das Leben leben im Angesicht des Todes. Nach nur 6 Tagen ging dieser Patient nach Hause, staunend und berührt. „Wie kann man in 6 Tagen etwas bearbeiten und überwinden, was 6 Jahre schlimmste Gefühle und Einschränkungen hervorgerufen hatte?“

Psychologische Gesichtspunkte der Traumatisierung bei ICD-Mehrfachschocks

Im nachfolgenden Abschnitt werden Aspekte dargelegt, deren Berücksichtigung

in der Behandlung zentrale Bedeutung haben und die in die Traumabearbeitung Eingang finden sollten.

Variable und Varianten des traumatischen Situationsgeschehens von ICD-Mehrfachschocks

Schon die Abgabe eines einzigen Elektroschocks durch den Defi ist für viele Menschen ein Ereignis, das heftige Ambivalenz auslöst: Einerseits wird der Defi als ein lebensrettendes geniales technisches Aggregat empfunden und der erlebte Schock zeigt nicht nur, dass er funktionsfähig, sondern auch, dass er notwendig ist und seine lebensverlängernde Funktion erfüllt. Andererseits entsteht zugleich eine beängstigende und schockierende Situation. Verunsicherung entsteht hinsichtlich der Fragen, ob ein sofortiger Besuch im Krankenhaus erforderlich ist, ob die Rhythmusstörung nachhaltig beseitigt ist oder wiederkommt, wie man sich nun verhalten soll, etc. Selbst wenn der Defi nur einen einzigen Schock abgibt, sind manche Patienten für viele Tage sehr alarmiert und bauen ein umfangreiches Vermeidungsverhalten auf. Auch Freunde und Angehörige sind betroffen von diesem Ereignis und oft für viele Tage und Wochen in hohem Maße alarmiert.

Die Abgabe eines Schocks, als deutlich spürbares Zeichen einer lebensgefährlichen Rhythmusstörung, rettet aus psychologischer Sicht nicht nur das Leben, sondern es erinnert auch daran, dass man so krank ist, dass man nun ohne das Gerät gestorben wäre. Lebensrettung ist eben auch Erinnerung an die Nähe des Todes. So sind Dankbarkeit und Angst aufs Engste verknüpft.

Das Erlebnis von Mehrfachschocks ist für die Patient(inn)en eine nun allerdings völlig außeralltägliche Erfahrung, die sie nie erwartet hatten und auf die sie meist im Rahmen der Implantation nicht hingewiesen wurden. Insofern löst dieses Ereignis starke Angst oder Panik aus, weil die Bedeutung sich nicht unmittelbar in der Situation erschließen lässt. Erst eine Auslesung des Gerätes offenbart, welcher Natur die Rhythmusstörung war und ob es sich um adäquate oder inadäquate Schocks handelt. Oft sind weitere umfangreiche Untersuchungen erforder-

lich, um zu klären, warum der Defi nicht einen, sondern mehrere Schocks abgab. Es folgen dann Umstellungen der Medikamente oder Änderungen der Programmierung, doch letztlich kann niemand vorhersagen, ob solche Mehrfachschocks wieder auftreten werden oder nicht. Hierin wird eine wesentliche Dimension des traumatischen Erlebens deutlich: der völlige Verlust von Kontrolle. Die Situation selbst ist nicht kontrollierbar für den Betroffenen und er erlebt, dass auch herbeigerufene professionelle Helfer oft hilflos zuschauen und ungeübt im Umgang mit der Situation bleiben. Auch nach dem Ende der Schocks und der medizinischen Klärung und Problemlösung bleibt die Unsicherheit, ob es wieder zu solchen Ereignissen kommt. Niemand kann wirklich etwas versprechen und wir haben auch eine Reihe von Patient(inn)en kennengelernt, die mehr als einmal Mehrfachschocks erlitten haben. Der spürbare völlige Verlust an Kontrollierbarkeit der Krankheit und der Funktionsweise des Defi ist zuweilen so unerträglich, dass die Betroffenen die Explantation des Geräts oder die Abschaltung fordern und durchsetzen und auf diese Weise ihren sicheren Tod bei der nächsten schweren Rhythmusstörung in Kauf nehmen. Dies zeigt die große Verzweiflung über das unerträgliche Gefühl der Abhängigkeit, des Ausgeliefertseins und des Verlustes jeglicher Kontrolle.

► Eine wesentliche Dimension des traumatischen Erlebens ist der völlige Verlust von Kontrolle

Bei den von uns untersuchten Patienten traten in diesem Zusammenhang immer sofort und unmittelbar massive Todesängste auf, die über Wochen, Monate und Jahre bestehen bleiben (und unter denen auch die Angehörigen litten). Die dabei ins Bewusstsein gelangenden Fantasien sind sehr unterschiedlich. Manche befürchten, dass der Defi nun so lange Schocks abgeben wird, bis das Herz daran kaputt geht und zu schlagen aufhört. Andere fürchten, dass der Defi durch die vielen Schocks seine Batterieladung verlieren wird und sie dann in der Folge an den Rhythmusstörungen sterben. Man-

che Patienten können sich nicht vorstellen, dass die Schocks adäquat sind und haben schon während der Schockabgabe die Fantasie, dass das Gerät defekt ist. Immer ist die Fantasie tragend, dass man so den eigenen Tod nicht erleiden möchte.

Für die meisten Betroffenen sind die Schocks mit zunehmender Zahl außerordentlich schmerzhaft. Sie berichten, dass sie niemals im Leben so starke Schmerzen in ihrem Körper erlitten haben, wie während dieser Schocks. Manche berichten auch von Wahrnehmungen, die sie wie elektrische Blitze oder grelles Licht durch den Kopf schießend beschreiben.

Das traumatische Situationserleben hat mehrere Ebenen, die uns in Zusammenarbeit mit den Betroffenen allmählich bewusst wurden.

Erstens die bisher beschriebene Seite der intrapsychischen Reaktion: die Unklärbarkeit mehrerer Schocks unmittelbar hintereinander, die sofort einsetzende Todesangst, die eigene Hilflosigkeit und den völligen Verlust der Situationskontrolle, die zu einer absoluten Unbestimmtheit der allernächsten Zukunft führt.

Die zweite Komponente ist die Reaktion der unmittelbar anwesenden bzw. herbeigerufenen Menschen, und die dritte Dimension ist die meist nur vorbewusste oder unbewusste Dimension des traumatischen Erlebens, die auf einen spezifischen biografischen Kontext trifft. Auf diese Aspekte wird in den folgenden Abschnitten detailliert eingegangen.

Der Charakter der traumatischen Symptome

Die posttraumatischen Störungen treten sofort und mit einer gewissen Latenz auf. Viele Menschen leiden vom Moment der Mehrfachschocks an schweren Panikattacken und katastrophaler Hilflosigkeit, während andere Menschen erst einige Tage später merken, was sie erlebt haben und dass sie fortan nicht mehr zur Ruhe kommen. Sie denken rund um die Uhr für viele Tage, Wochen, Monate und Jahre, bei jeder sich verändernden Körpersituation daran, dass nun wieder erneut Schocks auftreten könnten.

Anders als bei anderen posttraumatischen Störungen gibt es bei den Defischocks nicht nur situative Auslösemo-

mente, sondern auch körperbezogene Auslöser.

Immer wieder machen die Patienten eine bestimmte Situation dafür verantwortlich, dass sie Mehrfachschocks bekommen haben: etwa das Autofahren, die Elektromotoren in der U-Bahn, einen heftigen Streit oder starke Aggressionen. Fast immer sind es aber auch spezifische Körperzustände oder Veränderungen des Befindens bzw. Veränderungen in der Körperwahrnehmung, die unmittelbar vor den Mehrfachschocks aufgetreten sind, die fortan als besonders bedrohlich erlebt werden. Dabei ist interessant, dass die Zustände sehr unterschiedlich und individuell gestaltet sein können. Jedoch lässt sich verallgemeinern, dass diese körperbezogenen Auslösesituationen für sehr starke Angst und Panik verantwortlich sind.

Die häufigsten Symptome sind Extrasystolen, Bigeminus, starke innere Unruhe, das Gefühl von schweren Rhythmusstörungen, Übelkeit in der Magen- und/oder Darmgegend, ein Ziehen in den Beinen, ein stechender Schmerz in der Brust oder im Rücken oder ähnliches. So wie bei Menschen, die einen schlimmen Verkehrsunfall erlebten, schon das Aufleuchten der Bremslichter des vorausfahrenden Autos eine heftige vegetative Reaktion und eine Panikattacke auslösen kann, so sind es bei diesen Menschen die genannten Körpergefühle. Die Betroffenen verharren dann mitten in einer Tätigkeit oder im Gespräch, ziehen sich zurück oder legen sich hin, weil sie fürchten, dass die Körperwahrnehmungen einen unmittelbaren Hinweisreiz auf die nächste Schockabgabe darstellen.

Die Kontextbedingungen des Schocks und der Hilfeleistung

In zahlreichen Therapien konnte herausgearbeitet werden, dass die vom Defi abgegebenen Elektroschocks nur die eine Seite des traumatischen Geschehens waren. Natürlich hatten viele Patienten während der Elektroschocks massive Ängste.

Gleichzeitig wurde aber offenbar, dass auch die Art und Weise der während und nach den Schocks eingetretenen situativen und sozialen Bezüge eine weitere Traumatisierung beinhalten konnte. So erlebten viele Patienten die Hilflosig-

keit der herbeigerufenen Helfer als sehr dramatisch und als weitere traumatische Konstellation.

Manche Patienten erlebten auch, dass die herbeigerufenen professionellen Helfer völlig unprofessionell reagierten oder Helfensrituale einhielten, die für die Patienten schädigend waren.

Hierfür einige Beispiele (s. Kästen rechts):

Es ließen sich für alle behandelnden Patienten Situationen rekonstruieren, die zusätzlich zu der physikalischen Seite der Elektroschocks auch noch soziale zwischenmenschliche Enttäuschungen, Mangel an Geborgenheit, Mangel an Hilfsfähigkeit und Hilf- und Ratlosigkeit der helfenden Personen beinhalteten. Zu dem Trauma des Mehrfachschocks kam bei vielen ein Trauma der Mangelbehandlung hinzu. Dies ist für die psychotherapeutische Verarbeitung des Erlebten außerordentlich wichtig. In fast allen Fällen führte die Aufdeckung dieser weiteren sozialen Belastungssituationen zu einer deutlichen und anhaltenden Entlastung. Endlich konnten die Patienten einmal für sich selbst entdecken, wie sie sich in der Situation gefühlt hatten und warum sie sich so alleine gelassen fühlten.

In allen Fällen führte die geduldige Verarbeitung dieser „mitmenschlichen“ Kontextkomponenten, die Herausarbeitung von Wut und Enttäuschung, zu einer deutlichen psychischen Entlastung, weil dieser Erlebnisaspekt bei den Betroffenen in der Erinnerung randständig und unverarbeitet geblieben war.

Die Lösungsresistenz der traumatischen Erfahrung

Da das Erlebnis von Mehrfachschocks für die Patienten völlig unvorbereitet kommt und auch als absolut außeralltägliche Erfahrung angesehen werden muss, ist es wichtig, dass man mit ihnen bearbeitet, warum dieses Erlebnis so massive psychische Folgen haben kann. In diesem Zusammenhang ist das Erlernen von Wissen über die Angstverarbeitung des Menschen, über die Folge von Vermeidungsverhalten und auch über den Lernmechanismus selbst für die Patienten sehr hilfreich, weil sie nur so das eigene Verhalten und auch das Vermeidungsverhalten und

die sich immer weiter steigende Angst begreifen können.

Ein sehr eindrucksvolles Beispiel war ein Mann, der vor 5 Jahren eine erhebliche Anzahl von Defischocks in einer Episode erhalten hatte und sich seitdem nicht mehr psychisch erholen konnte. Er war in seinem Leben immer weiter eingeschränkt, konnte der Arbeit nicht mehr nachgehen, hatte immer weniger Freunde, verließ das Haus kaum noch, hatte seine Hobbys aufgegeben, konnte am Ende nur noch gemeinsam mit seiner Partnerin das Haus verlassen. Er war völlig verzweifelt über diesen Zustand, er war auch in gewisser Weise böse über sich selbst, weil er es nicht schaffte, sich aus dem Kreislauf der Angst zu befreien. Es handelt sich um einen sehr gebildeten Mann, der im Beruf eine eindrucksvolle Karriere hinter sich hatte und schließlich als Manager gearbeitet hatte. Er war also gewohnt, dass er eine hohe Selbstwirksamkeit besaß und alles durchsetzen konnte, was er sich in den Kopf setzte. Nun musste er mit sich selbst eine Erfahrung machen, die er bisher nicht gesammelt hatte. Für ihn war es wichtig herauszuarbeiten, warum er sich in den 5 Jahren immer weiter in einen noch verzweifelteren Zustand entwickelt hatte.

In verhaltenstherapeutischer Perspektive ist es im Sinne einer kognitiven umstrukturierenden Verarbeitung bedeutsam, dass die Betroffenen verstehen, weshalb sich ihr Zustand kontinuierlich verschlechtert und nicht verbessert. Hier ist wesentlich, den Zyklus der Angstentstehung, der Verstärkung, der kognitiven Interpretation (Kausalattribution) und der Entwicklung des Vermeidungsverhaltens aufgrund irrationaler kognitiver Konzepte zu verstehen (vgl. Ginzburg et al. sowie auch Schulz u. Pauli in diesem Heft).

Viele Patienten sind erstaunt und sehr verunsichert darüber, dass das Erlebnis der Mehrfachschocks in der emotionalen Erinnerung nicht oder nur ganz wenig verblasst. Auch nach Monaten und Jahren empfinden sie bei entsprechenden Auslösereizen (Körperempfindungen, Situationen, starke Emotionen) eine große Angst und Panik und die Erinnerung an die Mehrfachschocks ist so lebendig und aufdrängend, als ob das Ereignis nur wenige

Beispiel 1

Eine Patientin berichtet unter heftigen Tränen und einer Mischung aus großer Verzweiflung und intensiver Wut, dass sie im Krankenwagen lag und etwa alle 3–4 min einen Elektroschock von ihrem Defi bekam. Der Fahrer des Krankenwagens fuhr nun an einer bestimmten Kreuzung nicht auf die kürzeste Strecke zum Krankenhaus, sondern bog links ab. Sie fragte den Assistenten, der im hinteren Raum neben ihr war und die Elektroschocks völlig hilflos mit anschaute, warum man nun nicht direkt zum Krankenhaus fahre, sondern einen Umweg fahre. Es wurde ihr erklärt, dass man zunächst an einen anderen Ort müsse, um dort den Notarzt mit in den Wagen aufzunehmen, um dann ins Krankenhaus zu fahren. Dieser Umweg bedeutete am Ende, dass die Patientin insgesamt 20 km umsonst im Krankenwagen durch die Gegend gefahren wurde. Der aufgesammelte Notarzt konnte gar nichts dafür tun, dass die Elektroschocks aufhörten. Dies erlebte sie wie eine zweite Traumatisierung (als sog. „man-made disaster“) und es löste noch Monate später heftige Affekte aus.

Beispiel 2

Die Patientin erlitt bei einem Spaziergang in einer weit abgelegenen Rehaklinik ihre Mehrfachschocks. Insgesamt bekam sie 9 Schocks in enger Folge. Die herbeigerufenen Pflegekräfte und der am Wochenende diensthabende Arzt konnten ihr nicht helfen. Insgesamt erlebte sie eine große Ratlosigkeit und sie fühlte sich auch nicht beruhigt und geborgen. Schließlich nahm sie, ihrer Persönlichkeit entsprechend, die Situation selbst in die Hand. So forderte sie den Arzt auf, ihr doch wenigstens die Hand zu halten und ein Beruhigungsmittel zu geben und zweitens forderte sie dann ganz massiv, dass man einen Krankenwagen rief und sie in die nächste Kardiologie fuhr, da in der Rehaklinik sich niemand mit dem Defi auskannte. Sie musste dann insgesamt 75 km mit dem Krankenwagen in die nächste Großstadt gefahren werden. Monate später erlebte sie beim Erzählen heftigste Wutgefühle und war fassungslos über die „Unmenschlichkeit“ der Personen.

Beispiel 3

Ein Mann erlitt mehrere Schocks und die herbeigerufene Mannschaft des Notarztwagens konnte ihm nicht helfen. Gleichzeitig wurde innerhalb des Teams immer wieder darauf hingewiesen: „Bitte fasst diesen Mann nicht an, sonst bekommt ihr auch noch einen Elektroschock“ (eine leider durchaus verbreitete Vorstellung).

Er musste also feststellen, dass die professionellen Helfer mit dem Defi und seinen Folgen keinerlei Erfahrung hatten und einem völlig falschen physikalischen Glauben aufgesessen waren.

Tage zurückliegt. Es gibt keine Löschung und oft nicht einmal eine Verminderung der Heftigkeit der emotionalen Reaktion.

Es hat sich in unserer Arbeit als wichtig und hilfreich herausgestellt, wenn man den Patienten hierfür eine nachvollziehbare Erklärung bereitstellt, weil dies das Gefühl des Ausgeliefertseins mindert und weil sie hierdurch von der Vorstellung loskommen, dass es nur ihnen persönlich so ergeht und andere leichter zurechtkommen (ein typischer Erlebniszustand von Traumatisierten: „Ich erlebe und fühle anders als andere Menschen, ich befinde mich in einer außeralltäglichen Erlebniswelt, daher einsam und ausgeliefert“).

Eine verstehbare Rekonstruktion dieses Phänomens kann gelingen, wenn man die Patienten an den klassischen Konditionierungsversuch von Ivan Pavlov erinnert, den fast alle Menschen im Biologieunterricht kennengelernt haben. Tatsächlich ist ein intrakorporaler Elektroschock ein Lernereignis von außerordentlicher Heftigkeit und nahezu löscheresistent. Der Elektroschock wird dabei auf dem Wege der Konditionierung nicht nur mit dem Umgebungskontext (Wohnzimmer, Dusche o.ä.) lebenslang verknüpft, sondern darüber hinaus auch mit den unmittelbar vorausgehenden Körperempfindungen. Dies führt zu einer fast hypochondrisch zu nennenden Selbstbeobachtung, zu einer überwertigen Interpretation und Bedeutungszuweisung von entsprechenden Hinweisreizen. Dies wiederum begründet das entstehende und sich ständig ausweitende Vermeidungsverhalten.

Die Stabilität des Lernvorgangs ist sehr groß und man kann ihn als nahezu löscheresistent bezeichnen. Alle uns bekannten Patienten erinnern sich auch nach Jahren bis ins Detail an die Mehrfachschocks, den Situationskontext und die vorausgehenden Körperempfindungen.

Leider ist diese Konditionierung gegen Löscherungen resistent: Denn hundert Wiederholungen der Situation (z. B. Extrasystolen, Rasieren, Duschen ...) führen nicht dazu, dass die Angst gemindert wird. Auch nach einer traumatherapeutischen Behandlung bleibt die Erinnerung an das Ereignis und den Situationskontext bestehen, es wird lediglich eine deutliche

Minderung des emotionalen Gedächtnisanteils erreicht, d. h. die Angst und Panik stellen sich nicht mehr (oder nicht mehr so heftig) ein.

🔴 **Selbst zahlreiche Wiederholungen führen nicht dazu, dass die Angst gemindert wird**

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist es wichtig, diese Zusammenhänge zu kennen, weil sie hierdurch aus ihrer erlebten Isolation herausgeführt werden.

Die Menschen erleben sich nach Mehrfachschocks oft so, dass sie die Erlebnisse nicht vermitteln können. Einer der häufigsten Sätze dürfte sein: „Wenn man so etwas noch nicht erlebt hat, kann man es sich auch nicht vorstellen“. Die völlige Außeralltäglichkeit und Plötzlichkeit, sowie die Unerklärlichkeit verknüpfen sich mit der Hilf- und Hoffnungslosigkeit zu einem Gefühl der existenziellen Bedrohung und Einsamkeit in der Todesangst. Die Betroffenen suchen in der Folgezeit nach Erklärungen, sind aber zugleich auch misstrauisch hinsichtlich der Erklärungen ihrer Kardiologen. Sie wagen sich kaum, eine ärztliche Fehlhandlung zu vermuten, zweifeln an dem Gerät oder fürchten, dass ihr Herz offensichtlich so krank ist, dass selbst 20 oder 40 Schocks nicht zur Synchronisierung des Herzrhythmus beitragen könnten. Daraus ist natürlich nur zu schlussfolgern, dass es jederzeit wieder passieren kann und dass dann der Tod bevorsteht.

Max Frisch hat es im „Mein Name sei Gantenbein“ (einem Roman, der um das Thema der psychischen Verarbeitung einer schweren Belastung kreist) wunderschön auf den Punkt gebracht:

„Ein Mann hat eine Erfahrung gemacht, jetzt sucht er die Geschichte dazu – man kann nicht leben mit einer Erfahrung, die ohne Geschichte bleibt, scheint es, und manchmal stellte ich mir vor, ein anderer habe genau die Geschichte meiner Erfahrung...“ (Mein Name sei Gantenbein, Suhrkamp Taschenbuch 1975, S. 11).

Das Erlebnis von ICD-Mehrfachschocks führt die Betroffenen in einen intensiven Suchprozess. Sie versuchen zu ergründen, was die Ursache des Erlebten sein könn-

te. Für den psychischen Apparat scheint es absolut unerträglich zu sein, wenn man einer Situation ausgeliefert ist, die völlig zufällig und ohne jede Systematik kommen kann, die keine Vorboten und keine kausalen Verknüpfungen hat. So beginnt man also mit einer Analyse der vorausgegangenen Minuten, Stunden und Tage, man sucht nach vorgängigen Konflikten, Emotionen oder Stimmungen oder aber nach Situationskontexten. Diese Suche wird beeinflusst von unbewussten Motivsträngen und vergangenen längst verdrängten Erlebniszuständen. Die Architektur des Gedankengebäudes dieser Suche nach einer schlüssigen Kausalattribution hat einen tiefen Sinn, hat einen sozusagen vorher feststehenden Fokus: Wenn ich eine kausale Erklärung für die Mehrfachschocks finde, so kann ich durch ein entsprechendes Verhalten, durch eine Veränderung der Lebensführung oder durch Vermeidung spezifischer Erlebniszustände (z. B. Stress) auch die Wiederholung der erlebten traumatischen Situation der Mehrfachschocks vermeiden.

Notfallmanagement und Schamangst

Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass die Betroffenen von ICD-Mehrfachschocks verständlicherweise große Angst vor dem nächsten Schock haben und natürlich am meisten wiederum Mehrfachschocks fürchten.

Ein Aspekt dieser Angst ist das Verhalten unmittelbar in der Situation. Bei vielen (nicht allen) spielt daher auch die Scham eine große Rolle. Sie fürchten, dass man sie in einer solchen Situation für einen psychiatrisch Kranken oder einen Betrunkenen halten und auslachen könnte. Auch dieser Aspekt führt oft zu einem umfassenden Vermeidungsverhalten. Oft ist der soziale Rückzug auch damit begründet, dass man anderen Menschen die Situation der Schockabgabe des ICD ersparen will, ihnen keine schlechten Gefühle machen möchte. Aus Scham sprechen manche Betroffenen auch gar nicht über ihre Krankheit und das Gerät und bleiben so gefangen in der Spirale der zunehmenden Vereinsamung.

Erstellung eines detaillierten Notfallplans

In Angstsituationen kann man nur sehr schwer Entscheidungen treffen und Emotionen sowie auch unbewusste biografische Motivstränge beherrschen oft das Fühlen und Verhalten. Deshalb erarbeiten wir mit den Betroffenen detaillierte Notfallpläne und diese werden auch schriftlich festgehalten.

Dabei handelt es sich um verschiedene Situationen, je nach individueller Konstellation. Mit allen Patienten wird ein Notfallmanagement für einen weiteren Elektroschock erarbeitet.

Beispiel für einen solchen Notfallplan:

- Notfallausrüstung: ein Handy, Notfallnummern, ICD-Ausweis, ein eingeschweißtes Kärtchen mit Instruktionen an umstehende Personen (*Beispiel*: Ich bin Träger eines Defi; beunruhigen Sie sich nicht; bitte rufen Sie über die 112 einen Notarztwagen), kardiologische Medikamente für den Notfall sowie ein schnell wirksames Beruhigungsmittel
- Körpergefühle treten auf (Ziehen in den Beinen, Brustschmerz, diffuses Unruhegefühl)
- Angstlevel auf einer Skala von 1 bis 10 = 7
- Panik tritt ein
- Angst vor einem erneuten Defischock
- Ratlosigkeit
- Beginn von 5 min Atemübungen
- Angstlevel auf einer Skala von 1 bis 10 weiter steigend = 9
- Einnahme eines Beruhigungsmittels und telefonische Kontaktaufnahme mit einer vertrauten Person zur Ablenkung
- Angstlevel nach weiteren 10 min auf einer Skala von 1 bis 10 = 10
- Notarzt rufen (112)

Die Erstellung eines solchen Planes führt meist dazu, dass tiefe soziale Ängste und Schamgefühle thematisch werden und einer Bearbeitung zugeführt werden können. Die Erstellung des Notfallplans führt zu einer bewussten Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass jederzeit wieder ein Defischock eintreten kann und dass man für solche Situationen ein Routineverhalten entwickeln muss.

Weiterhin wird im Sinne einer Angstminimierung besprochen, dass die Betroffenen bei allen Wochenendausflügen, Urlaubsfahrten etc. sich vorher erkundigen, wo ein Krankenhaus ist, das für ihren Defi ein Auslesegerät bereithalten kann.

Es ist den Patienten auch zu empfehlen, dass sie am Urlaubsort am zweiten Tag das Krankenhaus aufsuchen, dort die wichtigsten Arztbriefe deponieren und im Sekretariat der Kardiologie Bescheid sagen, dass sie nun für die folgenden Tage hier am Ort sind und dass sie bei einem Zwischenfall sich hierher bringen lassen. Auf diese Weise können sie für die Folgetage innerlich beruhigt sein, dass es ein Krankenhaus mit einem entsprechenden Auslesegerät gibt, dass dort ihre Daten bereits vorliegen und sie daher in Ruhe ihren Urlaub verbringen können.

Zum Schluss bleibt die Hoffnung, dass unsere Ausführungen ermutigend wirken und dass an vielen Orten zukünftig entsprechende Angebote bereit gehalten werden. Bei jährlich 15.000 Neuimplantationen wird die Zahl derjenigen Patienten weiter steigen, die solche schrecklichen Situationen von ICD-Mehrfachschocks erleben und die dringend Hilfe benötigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. med. J. Jordan
Abteilung für Psychokardiologie an der Kerckhoff-Klinik, Herz-, Thorax- und Rheumazentrum
61231 Bad Nauheim
jjordan@psycho-kardiologie.de

Danksagung. Wir danken der W.R. Pitzer Stiftung in Bad Nauheim für die großzügige Förderung des Forschungsvorhabens.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ginzburg DM, Tavenaux M, Sperzel JHC, Jordan J (2011) Psychische Störungen nach ICD-Mehrfachschocks und deren psychotherapeutische Behandlung. *Kardiologie* 5:114–121
2. Ginzburg D, Tavenaux M, Sperzel J et al (2011) Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Patienten nach ICD-Mehrfachschocks. *Herzmedizin* 28(1):28–33
3. Urizar GG, Sears SF, Handberg E, Conti JB (2004) Psychosocial intervention for a geriatric patient to address fears related to implantable cardioverter defibrillator discharges. *Psychosomatics* 45(2):140–144

4. Eads AS, Sears SF Jr, Marhefka S et al (2001) Psychological distress across the course of care: a case study from implantable cardioverter defibrillator to cardiac transplantation evaluation. *Clin Cardiol* 24(9):627–629
5. Kovacs AH, Eigofsky S, Goff JS et al (2006) Implantable cardioverter defibrillator implant-explant-implant case study: Addressing the psychological adjustment to multiple shocks. *Clin Cardiol* 29(6):274–276
6. Sears SF Jr, Rauch S, Handberg E, Conti JB (2001) Fear of exertion following ICD storm: considering ICD shock and learning history. *J Cardiopulm Rehabil* 21(1):47–49
7. Kohn CS, Petrucci RJ, Baessler C et al (2000) The effect of psychological intervention on patients' long-term adjustment to the ICD: a prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol* 23(4 Pt 1):450–456
8. Jordan J, Bardé B (2011) Psychodynamische Therapie bei Patienten und Patientinnen mit koronarer Herzerkrankung. *Psychotherapie im Dialog* 12(1):19–22
9. Jordan J (2010) Das Unbewusste am Katheterisch. In: Giefer M, Jägersberg O, Krause WH (Hrsg) *Wege zum Es*. VAS, Frankfurt. S 108–124
10. Bardé B, Jordan J (2003) Psychodynamische Beiträge zu Entstehung, Verlauf und Therapie der koronaren Herzerkrankung. Hundert Jahre psychoanalytische Forschung. VAS, Frankfurt
11. Stern DN (2005) Der Gegenwartsprozess. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Apsel, Frankfurt
12. Margraf J, Schneider S (1990) *Panik- Angstanfälle und ihre Behandlung*. Springer, Berlin
13. Köllner V, Einsle F, Rüdell H (2011) Angst, Herzerkrankung und Verhaltenstherapie. *Psychotherapie im Dialog* 12(1):23–28
14. Bleichhardt G, Weck F (2010) Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. Springer, Berlin