

# Das Unbewusste am Kathetertisch

## Psychodynamische Überlegungen zur koronaren Herzkrankheit

2

### Das Erleben des Herzinfarkts

Das Erleben von Symptomen eines Herzinfarktes wurde in unzähligen Fernsehspots, in Gesundheitsmagazinen und Kampagnen der Deutschen Herzstiftung detailliert und eindringlich dargestellt. Und dennoch erreichen viele Betroffene die Klinik nicht, nicht lebend oder viel zu spät. Viele hundert Patienten erzählen uns immer wieder, wie sie die Symptome wahrgenommen und uminterpretiert haben, wie sie sich damit beruhigt haben, dass sie etwas Falsches gegessen, sich möglicherweise überhoben haben, einfach erschöpft sind oder dass sie schon einmal solche Symptome hatten.

### Verleugnung und Umdeutung

Auch Partnerinnen und Partner reagieren so, empfehlen, doch erst einmal einen Mittagsschlaf zu machen, sich auszuruhen und abzuwarten. Verleugnung, Umdeutung der Beschwerden und falsche Handlungskonsequenzen sind auch bei gut informierten Menschen sehr weit verbreitet.

Wir kennen es alle, auch bei uns selbst: Die Angst verwandelt die Wahrnehmung, das Offensichtliche wird nicht gesehen. Das Unbewusste stellt gerne den

Betrug zur Verfügung, um Angst zu vermeiden, wandelt Realität in Wunschdenken und ist dabei durchaus ansteckend. Denn auch Partner oder Hausärzte fallen darauf herein, verordnen Schonung, Vitamine oder machen halbherzig ein Elektrokardiogramm (EKG) in Ruhe. „Cardial Denial“ wird das im englischen Sprachraum genannt. Die Umwertung, die Umdeutung, der Versuch, das Wahrgenommene in einen anderen Kontext zu stellen, ist ein sehr bedeutendes Konstrukt in der Psychokardiologie. Es gibt leider wenige Untersuchungen, die uns darüber Aufschluss geben, was die Betroffenen in dem Moment der Beschwerden und auf dem Weg mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus denken und wie sie die Situation konzeptualisieren.

Neulich erzählte mir ein Patient, ganz überzeugt und mit wenig Ironie, aber doch auch völlig ernst gemeint: „Wissen Sie, warum ich drei Stents habe?“ Auf meinen überraschten, fragenden Blick antwortete er: „Weil ich Privatpatient bin“. Ist das Verleugnung? Oder „ist was dran“? Vielleicht beides? Wie wurde mit diesem Menschen kommuniziert, wie hat er die mitgeteilten Bruchstücke oder eventuellen Widersprüche zu dieser „schönen“ Geschichte ungedeutet?

### Biografische Erwartung

Natürlich gibt es zum Glück viele Menschen, die schnell und richtig reagieren. Hier finden wir andere Reaktionsmuster, wie zum Beispiel die Variante der biografischen Vor Erwartung: Im Moment der ersten Angina-pectoris-Beschwerden setzt die Einsicht ein: „Da ist er...ich habe ihn erwartet“.

Oder eine biografische Vorbestimmtheit inszeniert sich: Einem Orakel gleich erfüllt sich im Sinne einer sogenannten „Anniversary reaction“ das Schicksal: Ein Mensch erleidet im selben Lebensjahr einen Herzinfarkt, in dem auch der Vater an einem solchen verstarb.

Es ist auch nicht selten, dass Menschen den Herzinfarkt sozusagen „nutzen“, dass sie die Chance ergreifen und eine Lebensbilanzierung beginnen, in der sie sich ihr bisheriges Lebenskonzept in Erinnerung rufen, es durcharbeiten und mit dieser katastrophalen Bruchstelle vor die Aufgabe gestellt werden, nun ein neues Konstrukt für ihr Leben zu finden. Max Frisch hat es im Gantenbein einmal sehr schön so formuliert: Ein Mensch hat etwas erlebt und nun braucht er eine Geschichte hierzu.

### Umschreiben der eigenen Geschichte

Geschichte muss also geschrieben und auch umgeschrieben werden

J. Jordan  
B. Bardé

angesichts des eingetretenen Ereignisses. So können langjährige Verausgabungssituationen, Entbehren und Gratifikationskrisen nun in neuem Licht erscheinen. Sie sind nicht mehr nur Heldentaten, hochbesetzte asketische Handlungen oder „lebenserfrischende Herausforderungen“. Plötzlich erscheinen sie auch als Opfer, als Selbstverleugnung und falsches Selbst, als ein Streben nach sozialer Anerkennung und als eine Investition ohne folgende Belohnung. Man spürt erstmals, dass man nur einen Körper und nur ein einziges Leben hat, dass man nichts mitnehmen wird im letzten Hemd des Lebens und dass die Inschrift auf dem Grabstein nicht von den unzähligen Verausgaben und Opfern Zeugnis ablegen wird.

## In der Kardiologie – das Beziehungsgefüge entfaltet sich

Wenn alles gut geht, erreicht der Betroffene mit dem Notarzt möglichst schnell eine kardiologische Klinik, liegt auf dem Herzkathetertisch und „ein schmaler dünner Draht schlängelt sich durch den Körper“ (Peter Härtling) in Richtung Herz.

Diagnose und Eingriff sind heute ein und derselbe Vorgang. Noch vor 20 Jahren wurde ein Herzkatheter gesetzt, der Angiofilm in einer Konferenz angesehen, man hat diskutiert und entschieden und dann eine Dilatation oder Bypassoperation durchgeführt. Zwischen Diagnose und Eingriff lagen oft viele Tage, sogar Wochen, in denen eine psychische Verarbeitung stattfinden konnte, in denen aber auch Angst aufgebaut wurde. Heute verlässt der Patient 90 Minuten später, wenn alles glatt geht und die Stenose beseitigt ist, den Kathetertisch und bekommt am nächsten Tag nach einem Belastungs-EKG gesagt: „So, nun dürfen Sie alles wieder wie vorher“. Aber verkraftet und verarbeitet der seelische Apparat diese Geschwindigkeit?

Was könnte genialer sein als die heutige „Ingenieurkardiologie“ (so hat es ein Patient einmal genannt), die in wenigen Minuten einen Zugang ins Innere findet, die mit Hochtechnologiegeräten ein genaues Bild vom Abbild des Sitzes unserer Seele liefert, sofort für den Arzt und den Betroffenen sichtbar Engstellen lokalisiert und zugleich mit großer Ruhe und Selbstsicherheit die Lösung des Problems angeht. Es wird dilatiert oder ein Stent, mit und ohne Beschichtung, eingesetzt. Müssen da nicht Größenphantasien entstehen?

### Inszenierung der Machbarkeit

Am Kathetertisch sind die Betroffenen oft eingebunden in die technische Machbarkeitsinszenierung, sie drehen den Kopf zum Monitor, verfolgen die Aktivitäten und lassen sich die Stenosen zeigen und erklären. Viele sind weniger aufgeregt als bei einer Prüfung, was man am Puls und Blutdruck ablesen kann. High-Tech-Inszenierungen in einem drei Millionen teuren Apparat. Viele schwärmen davon, vergleichen es mit einem Besuch bei der NASA und beginnen schon auf dem Kathetertisch mit der erneuten Bagatellisierung: „Das war ja einfacher und angenehmer als das Ziehen eines Weisheitszahnes...“ oder „wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mich vorher nicht so geängstigt“.

Kein Wunder, dass in den USA zuweilen Menschen vor einer Weltreise zu ihrem Kardiologen gehen und um eine Untersuchung und Stentsetzung bitten, damit sie gut gerüstet sind, „damit der Druck stimmt“. Die überzeugende Machbarkeitsinszenierung suggeriert bei den Betroffenen Heilung. Die Grunderkrankung, die Arteriosklerose, verschwindet hierbei allzu leicht aus dem Bewusstsein. „Es ist alles wieder in Ordnung“ oder „der Blutfluss ist nun besser als vorher“ oder „es war ein kleiner Warnschuss“.

Wie wirkt dagegen die mühsame psychokardiologische Arbeit des Erinnerns und der Integration des Erlebten. Wie klein und zaghaft

sind dagegen die Versuche, das Trauma aufzuspüren, die Kränkung durch Krankheit zu erspüren, das verlorene Vertrauen zu betrauern. Ein Patient sagte einmal, nachdem er nach kardiologischer Behandlung mittels Stent zu mir kam: „Ich habe eine Vertrauenskrise zwischen Kopf und Körper – beide trauen einander nicht mehr“.

### Die Angst im Körper

Und dann kommt die Angst hinzu, ob nun bewusst oder unbewusst. Bei den einen wird der Größenwahn stabilisiert und sie gehen munter in ihre Welt zurück, ein wenig prahlend werden die Stents wie Orden präsentiert. Bei den anderen bahnt sich die Angst durch den Körper einen Weg ins Vorbewusste: es treten weiterhin mannigfaltige Körperbeschwerden auf, die den Angina-pectoris-Beschwerden ähnlich sind, es finden engmaschige Vorstellungen bei wechselnden Ärzten statt oder häufige Notaufnahmen in der Nacht, immer neue Untersuchungen werden szenisch, nicht verbal, gefordert, ein umfangreiches Vermeidungsverhalten breitet sich aus und die Patienten sitzen nur noch mit dem Handy zu Hause. Kardiologen werden unsicher, können beruhigende Untersuchungen wie Ultraschall oder EKG anbieten, können aber am Ende auch nicht mit absoluter Sicherheit sagen, ob eine weitere interventionelle Maßnahme sinnvoll oder gar erforderlich ist. Dies führt nicht selten zu einer gewissen Genervtheit, einer Ungeduld und zuweilen zu Äußerungen, die eher einen Arztwechsel nahe legen als Beruhigung zu schaffen.

Gedanken über den Tod, die Endlichkeit des Lebens, haben in der kardiologischen Praxis wenig Raum: Die Machbarkeit steht im Mittelpunkt. Ein häufig von Patienten berichteter Satz lautet: „Ach, machen Sie sich keine Sorgen, es wird uns immer etwas einfallen...“

### Reinszenierung von Kindheits-erfahrungen

Und noch etwas reinszeniert sich auf dem Kathetertisch: Unbewusst

reaktualisiert sich, was uns alle so oft in der Kindheit gekränkt hat und was wir immer wieder zu vermeiden suchten: „Siehst du, ich habe es Dir ja immer gesagt“.

Das ist die klein machende Aussage der Mutter. Die „Rückrufaktion in die Kindheit“, wie ich es nenne: Ich habe es Dir gesagt, Du hast immer schon nicht auf mich gehört. Auch die Ehefrau hat schon gemahnt, auf Rauchen, den dicken Bauch aufmerksam gemacht. Hier steht nun der kleine Junge oder das kleine Mädchen, die Augen nach oben, um die großen Eltern zu sehen und dann die Augen nach unten richtend, aus Scham und Zorn und vergeblicher Auflehnung.

### Risikofaktorendialog

Es beginnt nun der psychodynamisch geniale Risikofaktorendialog der Kardiologie: Ein Dialog über die Allwissenheit und Allmacht, über die Machbarkeit und die Beseitigung der Unbestimmtheit und über die scheinbar völlige Erklärbarkeit des Geschehenen: „Sie haben einen zu hohen Cholesterinwert, sie haben geraucht, Sie sind etwas zu klein (sprich: Sie haben Übergewicht), wie stand es mit Bewegung, gab es in der Familie schon Herzerkrankungen. Am Ende: Die Sache ist klar – Ihr Infarkt ist verdient.“

Mit diesen wenigen Fragen wird eine handlungsweisende und den psychischen Apparat steuernde Kausalattribution betrieben. Es erklärt sich eben alles, wir haben es daher auch im Griff. Denn: etwas, das völlig erklärbar ist, ist auch handhabbar und das verringert das schreckliche Gefühl der Unbestimmbarkeit des zukünftigen Lebens.

Nicht ganz ohne Vorwürfe und nicht ohne den drohenden, erhobenen Zeigefinger wird dieser Dialog geführt. Schuldgefühle sollen durchaus entstehen, Reue, Einsicht ins eigene Fehlverhalten und der Wunsch nach Errettung. Die Erlösung kommt tatsächlich: der Größenwahn bricht sich eine Bahn, soll ansteckend wirken: „Wenn Sie in Zukunft ihren Lebensstil ändern,

dies und das nicht mehr, dafür aber dies und jenes verstärkt tun, wenn Sie unsere Medikamente nehmen, ja dann haben Sie eine gute Chance“, so die nun väterlich freundliche Stimme des Kardiologen. Kleinheitsselbst und Größenwahn vereinen sich zu einer zukunftsweisenden Choreografie.

### Logik des Maschinenparadigmas

Nirgends in der Medizin könnte man die Argumentationslogik des Maschinenparadigmas unseres Denkens, sowohl der Mediziner, als auch der betroffenen Patienten, besser studieren und demonstrieren als in der interventionellen Kardiologie. Todesangst, vernichtender Brustschmerz, Unsicherheit und Verleugnung in der einen Minute und eine Stunde später schon die Rettung, das Blut fließt wieder, die Stenose ist beseitigt, alles kann so weitergehen, wie bisher. Der Motor läuft wieder, die Pumpe ist repariert, der Eingriff ist wiederholbar („Rohrfreiservice“).

### Die Rolle des Kardiologen

Der „Halbgott in Weiß“ ist ein geflügeltes Wort. Es trifft auf Kardiologen sicher zu. Sie werden so gesehen und sie bieten mannigfaltige Eigenschaften, die diese Projektion zulassen. Wie aber sieht es in diesen meist sehr ruhigen, leise, mit fast neutralisierter Stimme sprechenden und oft chic gekleideten Männern aus. Sie retten unzählige Leben, werden bewundert und sie sind sehr zu Recht stolz auf ihre Fähigkeiten. Wohin verschieben sie aber die vielen als „Niederlage“ empfundenen vergeblichen Behandlungsversuche, die misslungenen Reanimationen, die Einsicht, dass nun keine weiteren Interventionen mehr zu Verfügung stehen? Die psychische Verarbeitung dieser Seite des Berufes ist nur zu erahnen an einer oft leicht abgehobenen und zuweilen unnahbar wirkenden Fassade, die Schutz bieten muss vor den bitteren Enttäuschungen und auch dem Eingeständnis, dass eben doch nicht alles machbar ist, dass man auch schlechte Verläufe hinnehmen muss.

Die kooperative arbeitsteilige Verbindung zwischen Patient und Kardiologe hat noch einen erheblichen Vorteil: Die Fantasie, alles ist machbar, alles ist wiederholbar, verbindet sich beim Patienten mit der in der Vergangenheit gelebten Risikobereitschaft, die den gleichen Größenwahn nährte: Mich wird es nicht erwischen, bei mir ist das Rauchen nicht schädlich, mein Stress ist gesund, ich liebe ihn, ich brauche ihn, es geht mir doch gut. Die narzisstische Wiederherstellung geschieht mittels teuerster Technik und rund um die Uhr zu findenden „Units“. Wo ist da Platz für Nachdenklichkeit?

### Todesangst

Aber was passiert, wenn die Todesangst im Raum steht als Gefühl, wenn sie kontrastierend zu den bisherigen Belastungen die Stimmung drückt, wenn die Unbestimmtheit Raum greift, wenn man nicht weiß, was man noch kann und darf, wie es weitergehen wird, wie nah der nächste Infarkt ist. All dies sehen wir bei den Patienten, die nach der Stentimplantation nicht zur Ruhe kommen, die weitere Symptome haben, die Beschwerden haben, die sich so ähnlich anfühlen wie Angina-pectoris-Beschwerden, die von einem Arzt und von einer Notaufnahme zur nächsten gehen. Ich habe Patienten gesehen, die in vier Monaten siebenmal kathetert wurden und mittlerweile acht Stents haben. Und immer noch haben sie Angst, immer noch haben sie Beschwerden und immer noch überlegen sich dann verunsicherte Kardiologen, ob man irgendetwas tun kann, ob man doch noch mal reinschauen sollte oder – wie ich neulich hörte – ob man mal drei Tage den Katheterzugang liegen lässt, um jederzeit reinschauen zu können. Überall schimmert die Todesangst durch, ist aber immer noch instrumentell besetzt und damit psychisch ertragbar.

### Kasuistik – Fallbeispiel mit überraschenden Einsichten

Eine Frau im mittleren Alter, 15 Jahre vor der Pensionierung, eine engagierte und ausgesprochen ge-

wissenschaftliche Lehrerin, bekommt einen Herzinfarkt. Sie ist ebenso schockiert wie die behandelnden Kardiologen, denn sie ist schlank, kein Gramm Übergewicht, außerordentlich sportlich, war früher Leistungssportlerin, und auch in den letzten Jahren hat sie immer Sport getrieben, nie geraucht, nicht ein Cholesterinwert war höher, als er sein sollte. Es gibt keine Risikofaktoren, keine familiäre Disposition. Ein Rätsel also. Und sie selbst sitzt da und sieht sich als Versagerin, beklagt, dass dieses Ereignis sie nun ausgerechnet sechs Wochen vor dem Abitur ihrer derzeitigen Klasse trifft. Sie hat Schuldgefühle, dass sie die Klasse nicht zum Abitur führen kann, aber vor allem macht sie sich Vorwürfe nach dem Motto: Ich schaffe es nicht, ich bin nicht dazu geeignet. Eine ganz vorsichtige Nachfrage bringt sofort die biografische Musterung auf den Tisch: Eine faschistoide, äußerst preußische, lustfeindliche, asketische Mutter kommt ins Behandlungszimmer, unsichtbar, füllt den Raum mit ihren rigorosen, feindlichen und unnachgiebigen Forderungen, die immer zu der Patientin gesagt hatte: Du kannst kein Deutsch, wie willst du Lehrerin werden, was stellst du dir eigentlich vor?

Und nun hat sie ihren Infarkt genau in der Zeit, wo sie ihrer Klasse noch etwas hätte beibringen sollen und wollen. Die zweite Überraschung passiert einen Tag später, als sie mir entrüstet erzählt, dass ihre beste Freundin, auch eine Kollegin und Lehrerin, nach der Mitteilung über den Herzinfarkt am Telefon ihr sagte: „Mann, bin ich neidisch auf dich, das hätte ich auch gerne“. Die Patientin ist ratlos und entsetzt. Erst drei Tage später kann sie beginnen, mit diesem Satz etwas anzufangen, um zu sehen, dass er auch aus ihrem Inneren hätte kommen können. Der Herzinfarkt als erste Möglichkeit im Leben, Pflichtgefühle abzuweisen, als erste Gelegenheit, irgendwo Nein zu sagen, nicht immer weiter neu vorzubereiten und zu arbeiten. Es wird deutlich, dass sie jeden Tag nach der Schule sich den Mittagsschlaf verknipt, obwohl sie völlig erschöpft war, immer weiter vorbereitete, Unterrichtseinheiten aufseilte und schließlich abends um 21.30 Uhr sich selbst zwingen musste, mit dem Arbeiten aufzuhören und sich noch ein wenig zu erholen. Sie hat keine Kinder, keine vernünftige Partnerschaft, sie hat nur gearbeitet und nun diese Niederlage. Es dauert drei Wochen, bis sie sich eingestehen kann, dass sie in dieses Hamsterrädchen nicht zurückgehen möchte und dass irgendwo eine Chance liegt.

Dazwischen liegen entsetzliche Tage, kein Konzept über die Krankheit, kein einziger Risikofaktor, keine Möglichkeit, den Lebensstil zu ändern, weil man gar nicht gesünder leben kann.

Aber das Innere, der Stress, das sadistische, preußische Mutterintroyekt blieb 50 Jahre lang im Verborgenen.

Das Fallbeispiel lehrt uns, dass ein wenig mehr Zuhören und die Zeit der Krankheitsverarbeitung wesentliche Elemente der interventionellen Kardiologie sind. Menschen brauchen 12 bis 18 Monate, um ihre Herzerkrankung psychisch zu verarbeiten. In dieser Zeit gibt es viele Phasen und vor allem immer wieder viele Fragen, die nur der Kardiologe beantworten kann. Nur wenige PatientInnen brauchen eine Langzeitpsychotherapie, viele aber (zirka 20%) würden von einigen wenigen Gesprächen profitieren. Da die meisten Menschen jedoch nach Herzinfarkt und Stentimplantation heute nicht einmal mehr in die Rehabilitation gehen, gibt es keinen Ort für solche Gespräche. Und genau dies manifestiert sich bei nicht wenigen Patienten in den sich wiederholenden, ängstlichen Arztbesuchen.

Hier würde im Grunde nur eine psychokardiologische Zusatzqualifikation (ähnlich der psychosomatischen Grundversorgung) helfen, wenn es denn die Zeit für solche Gespräche gäbe und wenn sie angemessen honoriert würden.

**2**

**Für die  
Verfasser:  
Prof. Dr. med.  
J. Jordan  
Klinik für Psycho-  
kardiologie  
Ludwigstraße 41  
61231 Bad  
Nauheim  
Tel.: 06032/  
999-5400  
Fax: 06032/  
999-5401  
E-Mail:  
j.jordan@psycho-  
kardiologie.de**