

Das Unbewusste am Kathetertisch

Jochen Jordan **

Vortrag zu Ehren von Georg Groddeck, Baden Baden

Ich befinde mich in einem der kritischsten Jahre meines Lebens. Sich wiederholende Traumsequenzen signalisieren eine biografische Bruchstelle größter Bedeutung. Die geduldige Auslotung der unbewussten Trauminhalte führt mich zu einer erstaunlichen Urszene: Die Todesangst ist kontextualisiert mit der frühen Kindheit und einem Trauma. In einem typischen Traum befinde ich mich in der Universitätsklinik in Frankfurt, in der ich über 30 Jahre lang tätig war. Dort wurde über mich verhandelt, auch über mich hinweg verhandelt. Man hielt, genauer gesagt Prof Kalt-enbach, der damals der Leiter der Kardiologie war und mit dem ich viel zusammenarbeitete, man hielt also an meinem Krankenbett Rat oder sollte ich besser sagen Tribunal. Ich sollte am offenen Herzen operiert werden. Unklar war nicht ob es sein müsse, sondern was eigentlich erforderlich war. Die Frage stand im Raum ob ich Bypässe brauche oder eine neue Klappe oder etwas anderes ... aber was? Seltsam berührt von dieser Unklarheit und voller Angst über meine völlige Ausgeliefertheit wache ich auf.

Das Ausgeliefert-sein, die Unklarheit des Befundes und die Angst führten mich an die bedeutendste Bruchstelle meines Lebens.

Mein Vater starb, als ich selbst 11 Jahre alt war, im Alter von 58 Jahren und 330 Tagen. Ich selbst bin heute 58 Jahre und 125 Tage alt. Seit 125 Tagen bin ich unruhiger denn je, ängstlich hypochondrisch spüre ich meiner Herztätigkeit nach, treibe mehr Sport und registriere meine Rhythmusstörungen häufiger und sorgenvoller, obgleich namhafte Kardiologen sie als völlig harmlos klassifiziert haben.

Ich bin ein Feigling, ein Angsthase und Sozialphobiker mit gut geübter Fassade der Souveränität. Ich bin bisher nie krank gewesen und außer einer Mandeloperation am Beginn des Erwachsenenalters nie mit dem Gesundheitssystem als Patient in Berührung gekommen. Ich habe noch nie eine Narkose bekommen. Angst bestimmt mein Grundverhältnis zu Ärzten, schon der Zahnarzt macht mir panische Weglaufimpulse.

Zeitgleich ereignete sich in den letzten Monaten aber noch eine tragische Begebenheit, die die Ängste und Aktualisierungen massiv verstärkte: Ein Freund erlitt, bei zugegebenermaßen extremem Mountainbiking, einen Herzinfarkt und auf dem Weg in die Klinik im Notarztwagen traten zwei Herzstillstände ein. Nach Behandlung und einwöchiger Überwachung be-

suchte er mich, gut genesen und stabil wirkend, in meiner Klinik und plante mit mir seine bevorstehende Rehabilitation. Am Abend dieses Tages erlitt er einen weiteren völlig unerwarteten Herzstillstand in der Akutkardiologie und konnte erst nach 20 Minuten stabil reanimiert werden. Seitdem liegt er im Koma in einem Pflegeheim: Enthirnt wie man es nennt. Auch er war 58 Jahre alt.

Meine Angst, die wiederkehrenden Träume von Herzoperationen, das verlorene Stimmrecht über das eigene Schicksal ... wohin mit diesen Erlebniszuständen?

Eine „Anniversary Reaction“, wie dies in der Literatur genannt wird und wie sie Georg Engel, einer der Mitbegründer der Psychosomatik, in einem wunderbaren autobiografischen Aufsatz so schön beschrieben hat. Es handelt sich um das Eintreten einer Krankheit oder eines unerklärlichen Erlebniszustandes an einem bestimmten Tag, der zunächst in seiner Bedeutung gar nicht ins Bewusstsein treten muss. Ein Tag, an dem sich etwas jährt, an dem das Leben in der Biografie eine deutliche Markierung hinterlassen hat.

Mein Vater starb in meinen persönlichen Biografieerzählungen an einem Herzinfarkt. Das ist meine biografische Kontextualisierung, wie ich sie in meiner Einzel- und Gruppenanalyse mehrfach durchgearbeitet habe. Ich war (und bin) in dem Glauben, dass ich nicht zufällig wissenschaftlich mit der Kardiologie beschäftigt bin.

Nun, zuweilen gibt es Brüche und Widersprüche in der Erzählung des eigenen Lebens: meine nun 91 jährige vitale Mutter, eröffnete mir vor gar nicht langer Zeit, dass ich mir das wohl selbst ausgedacht haben müsse. Mein Vater sei nicht am Herzinfarkt gestorben. Man wisse zwar nicht warum, aber nicht am Herzinfarkt. So wurde meine schöne und konsistente Erzählfigur mit einem Schlag erschüttert. Und noch mehr: mein bester Freund lacht mich aus und kann so gar nichts mit meinen Ängsten anfangen. Obendrein rät er mir (sehr einleuchtend), mich doch an meiner 91-jährigen rauchenden und kerngesunden Mutter zu orientieren. Er sei sich sicher, dass ich das 58. Lebensjahr überstehen werde.

Bei vielen Menschen spielen solche Lebensskripte eine Rolle: Krankheiten der Eltern, Scheidungen in einem bestimmten Alter, Verluste und Krisen finden in der psychischen Architektur des Lebens ihren spezifischen Platz.

So ungefähr hätte Georg Groddeck diesen Vortrag eröffnen können. Er liebte die Integration persönlicher Erlebnisse in sein klinisches Denken und er hatte keine Scham, sich offen und verletzlich zu zeigen.

Nun ein anderer biografischer Zugang zum Thema:

„Ich stand also auf, ruckartig, wie gesagt und in der gleichen Sekunde krümme ich mich, von einer Harpune durchbohrt und knicke ein. Ein Schmerz, dumpf, aber rasend, füllt meinen ganzen Brustraum, kriecht langsam zum Hals, kriecht in die Schulter, zieht ätzend bauchwärts, ich schreie auf, Knie vorn über gebeugt, gestützt auf die Unterarme, vor Mund und Augen die Erde, gleich ist es aus, gleich ist es aus, so also geht das, Grasbüschel, verkrallte Finger, Schweiß, kein Mensch.

Ich sterbe nicht: Der Schmerz ist noch da; ich sterbe nicht: Der Schmerz lässt ja nach, hinter dem Brustbein lässt er schon nach. Aber der Magen, das Bohren im Magengebiet, natürlich, eine Kolik, vielleicht eine Couscous-Vergiftung, ein Gallenkrampf, wo ist die Gallenblase, links oder rechts, ich weiß nicht, wo die Gallenblase ist, der Blinddarm ist rechts, das Herz ist links, das Herz? Unmöglich, mein zuverlässigstes Organ, ich bin zu jung, kein Fett, kein Mangel an Bewegung, unmöglich“. (Markus Werner, Bis bald, Seite 23)

Ein paar Zeilen weiter:

„Die Todesangst wich und eine Weile lang empfand ich so etwas wie freundliche Gelassenheit, auch beim Gedanken an das Ende. Möglich, dass die totale Schwäche mich apathisch machte. Ich saß etwa ¼ Stunde, vielleicht länger, dann klangen die Schmerzen ab und das Abklingen der Schmerzen war so erlösend, dass ich nicht nur ein umfassendes Wohlfühlgefühl spürte, sondern auch, wie soll ich sagen, einen tränenseeligen Übermut“. (Markus Werner, Seite 23).

Das Erleben von Symptomen eines Herzinfarktes als Inhalt literarischer Darstellung finden wir in vielen autobiographischen Schilderungen. Auch viele hundert Patienten erzählen uns immer wieder, wie sie die ersten Symptome des Infarktes wahrgenommen und uminterpretiert haben, wie sie sich damit beruhigt haben, dass sie etwas falsches gegessen, sich möglicherweise überhoben haben oder einfach erschöpft sindoder dass sie schon einmal solche Symptome hatten..... Auch Partnerinnen und Partner reagieren so, empfehlen, doch erst einmal einen Mittagschlaf zu machen, sich auszuruhen und abzuwarten.

Wir kennen es alle: Die unbewusste Angst verwandelt die Wahrnehmung: das Offensichtliche wird nicht gesehen. Sehr oft habe ich in geduldigen anamnестischen Gesprächen herausarbeiten können, wie sich langsam, fast unmerklich der Lebenswandel der Menschen in den letzten 12 Mona-

ten vor dem Infarkt verändert hatte. Ich bin absolut sicher, dass die Menschen lange vor der Diagnose oder dem Arztbesuch Luftnot verspürten, dass sie leichte Angina pectoris Beschwerden hatten und um diese zu vermeiden, ihren Lebenswandel änderten: sie stiegen keine Treppen mehr, behaupten, dass sie keine Zeit mehr fanden Fahrrad zu fahren, dass ihnen die Gartenarbeit keinen Spaß mehr machte usw. Das Unbewusste stellt sich gerne als Betrügerin zur Verfügung, wandelt Realität in Wunschenken und ist dabei durchaus ansteckend. Denn auch PartnerInnen oder Hausärzte fallen darauf herein, verordnen Ruhe, Vitamine oder machen nur halbherzig ein Ruhe-EKG.

„Cardial Denial“ wird das im englischen Sprachraum genannt, auch wir sprechen von kardialer Verleugnung. Die Umwertung, die Umdeutung, der Versuch, das Wahrgenommene in einen anderen Kontext zu stellen, der Versuch auch, das Offensichtliche zu vernebeln, ist ein sehr bedeutendes Konstrukt in der Psychokardiologie. Es gibt leider nur wenige Untersuchungen, die uns darüber Aufschluss geben, was die Betroffenen in dem Moment der Beschwerden und auf dem Weg ins Krankenhaus denken und wie sie die Situation konzeptualisieren. Eine einzige Untersuchung ist mir hierzu bekannt, in der man noch im Krankenwagen die Menschen befragte und zur Überraschung der Autoren feststellte, dass mehr als 50 % verharmlosende und überhaupt nicht auf das Herz bezogene Kognitionen haben. Die Verleugnung setzt im gleichen Moment oder auch verspätet ein, sie kann sich auch noch Monate später eine Bahn brechen: Neulich erzählte mir ein Patient ganz überzeugt und mit wenig Ironie, aber doch auch völlig ernst gemeint: „Wissen Sie warum ich 3 Stents habe?“ Auf meinen überraschten fragenden Blick antwortet er: „Weil ich Privatpatient bin“.

Neben dem verleugnenden Muster gibt es freilich auch die Variante der biografischen Vorerwartung: Im Moment der ersten Angina pectoris Beschwerden setzt die Einsicht ein: „Da ist er ... ich habe ihn erwartet ...“ Eine biografische Vorbestimmtheit, ein Orakel erfüllt. In einer schönen Fallvignette der Psychokardiologie gibt es einen Patienten, der am Vorabend des Infarktes einen Traum hat und von einem Riss in der Hauswand träumte, der als Symbolisierung des Infarktes gedeutet werden konnte. Warum sollten wir also nicht die These vertreten, dass der psychische Apparat längst bevor die medizinische Technik Stenosen identifiziert, deutlich registriert hat, dass Veränderungen im Herzen stattfinden und eine Leistungsminderung eingetreten ist.

Auch im Roman von Markus Werner wird wenige Seiten bzw. eine halbe-Stunde später die begonnene Verleugnung nun in ein neues Konzept gegossen und wir lesen:

„Aber die Angst vor einem neuerlichen Anfall blieb. Wenn ich wirklich, was mir immer wahrscheinlicher schien, eine Kolik gehabt hatte, wohlmöglich, wie mir erst jetzt in den Sinn kam, verursacht, durch einen Gallenstein, dann konnte sie sich jederzeit wiederholen. Ich hätte mich beim Reiseleiter schon in Cartago abmelden sollen, hätte mit einem Taxi zurück nach Hammamet fahren und mich dort sofort ins Bett, in dem gewiss am wenigsten passieren konnte, legen sollen“.

Es wird hier von Markus Werner eine klinisch sehr interessante Tatsache ins Bewusstsein eingespült. Es ist bewundernswert, wie ein Autor, der bisher keinen Herzinfarkt erlitten hat und auch nicht an einer Herzerkrankung leidet, sich einfühlend in diese Situation hineingeschraubt hat. In dem Roman kommt dem Erzählenden zwischen dem ersten Erleben der Infarktsymptome und der eben zitierten Verleugnung der todkranke Vater ins Gedächtnis. Er wird dann sofort wieder verlassen. Der biografische Rückgriff wird abgelöst durch die Bagatellisierung.

Auch Peter Härtling, der schon mehrfach mit lebensbedrohlichen Situationen, nämlich mit 2 Herzinfarkten und einem Schlaganfall, in Berührung kam und darüber einfühlsame autobiographische Romane geschrieben hat, zeigt uns in seinem Buch „Herzwand“, dass das bedrohlich erlebte Ereignis eine Fülle von biographischem Material aufspült. Peter Härtling begibt sich auf die Spurensuche, er dekonstruiert und rekonstruiert angesichts seiner Herzerkrankung in dem erwähnten Roman seine Biographie, das Elend der Kindheit, die Einsamkeit und den Freitod der Mutter. Der Herzinfarkt als eine biographische Wende wird in Erinnerungsarbeit umgewandelt und erhält eine Verortung.

Es ist nicht selten, dass Menschen den Herzinfarkt sozusagen „nutzen“, dass sie die Chance ergreifen und eine Lebens-Bilanzierung 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 Mann hat eine Erfahrung gemacht, jetzt sucht er die Geschichte dazu - man kann nicht leben mit einer Erfahrung, die ohne Geschichte bleibt, scheint es ...“. Geschichte muss also geschrieben und auch umgeschrieben werden angesichts des eingetretenen Ereignisses. So können langjährige Veraus-

gabungssituationen, Entbehrungen und Gratifikationskrisen nun in neuem Licht erscheinen. Sie sind nicht mehr nur Heldentaten, hoch besetzte asketische Entbehrungen im Dienste eines strengen Über-Ich 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.

Und dann der Eintritt in die Kardiologie, der Gegensatz zwischen High-Tech und Psyche, die Erfahrung der schnellen Machbarkeit im Kontrast zur archaischen Langsamkeit der psychischen Verarbeitung: Wenn alles gut geht, erreicht der Betroffene mit dem Notarzt möglichst schnell eine kardiologische Klinik und liegt, kaum hat er sich versehen und seinen Namen genannt (und die Krankenversicherung nachgewiesen), auf dem Herzkathetertisch und der schmale dünne Draht, mit einem Kopf am Beginn schlängelt sich durch seinen Körper in Richtung Herz.

Diagnose und Eingriff sind heute ein und derselbe Vorgang. Noch vor 20 Jahren wurde ein Herzkatheter gesetzt, der Angiofilm wurde in einer Konferenz angesehen, es wurde diskutiert und entschieden ob eine Dilatation oder Bypassoperation durchzuführen sei. Zwischen Diagnose und Eingriff lagen oft viele Tage, sogar Wochen. Heute verlässt der Patient neunzig 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 der seelische Apparat hinkt hinterher.

Und die Seele hinkt nicht nur hinterher, sondern sie hat nachzuarbeiten: Heute kommen viele Menschen auf den Kathetertisch und verlassen ihn mit ein oder mehreren Stents, ohne dass sie gefragt wurden, ob sie denn einen Stent wollen. Es ist evident, dass eine Stenose einen Stent bekommt, eine Entscheidung ist das nicht. Dies gilt auch für die folgende Medikation: man hat 4 Medikamente zu nehmen und zwar lebenslang. Wird das vorsichtig thematisiert oder in Frage gestellt folgen oft drohende Bemerkungen: Dann brauchen Sie in zwei Jahren einen Bypass oder sie erreichen beim nächsten Zwischenfall die Klinik nicht mehr. Wer sollte da nein sagen zum Stent oder zu den Betablockern.

Hören wir wieder Peter Härtling:

„Vor Jahren habe ich, als in der Inneren in München der Katheter meine Herzwand berührte, einen eigentümlichen Lachreiz empfunden. Jetzt lerne ich atmen, muss trinken, entwässern, warten, bis die Lunge frei ist. Mir ist das Lachen vergangen. Mir vergehen die besonnenen Sätze. Die Hitze erobert in kurzen Wellen den fensterlosen Raum. „Draußen“, sagen sie, „draußen“ wütend der Sommer. Ich brauche keine Decke, ich liege nackt, die Beine angezogen.

Der Schweiß rinnt mir in wechselnden Bahnen über die Haut.

Nachts – es ist die zweite Nacht vor dem Eingriff, vor dem Katheter - erscheint ein Wesen, das ich, wenn es sich nähert, von der Wand wie einen Scherenschnitt sehe:

Einen zierlichen Kopf und Locken wie Ornamente. Es durchstößt meine Schutzhaut, seine Hände ziehen eine kühle Spur, behutsam wäscht es mich. „In dieser Hitze!“, sagt es, ein Vorwurf, der den anderen gilt, draußen.

Drinne und draußen. Drinnen wachsen die Gedanken und Erwartungen zusammen zu Knoten. Drinnen ziehen Schmerzen Spuren. Drinnen schrumpft die Scham auf Kindergröße, wenn es sein muss, in diese unsinnige Flasche zu urinieren und „es daneben geht“. Draußen geben sie Urteile ab und benennen das Elend von drinnen:

Ein Vorderwandinfarkt mit Lungenödem. Das Wasser steht mir bis in die Brust, und ich muss warten. Doch der Arzt, der den Katheter setzen soll, möchte in Urlaub gehen. Ich könnte seine Pläne durchkreuzen“. (Peter Härtling, Lebenslinie, Seite 11)

Drinne und Draußen oder Größenwahn und Kleinheitsselbst

Was könnte genialer sein, als die heutige Ingenieurkardiologie, die in wenigen Minuten einen Zugang ins Innere findet, die mit Hochtechnologiegeräten ein genaues Abbild unseres Sitzes der 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, wird eingesetzt. Müssen da nicht Größenphantasien entstehen?

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 3 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 es in der Folge Menschen gibt, die vor einer intensiven Belastung oder auch einer längeren Urlaubsreise um einen Herzkatheter und gegebenenfalls Stentsetzung bitten, damit sie gut gerüstet sind. Die Machbarkeit und Einfachheit suggerieren Heilung und die Grunderkrankung, die Arteriosklerose, verschwindet aus dem Bewusstsein. „Es ist alles wieder in Ordnung...“ oder „Der Blutfluss ist nun besser als vorher...“ oder „Es war ein kleiner Warnschuss...“.

Technisch instrumentell handelnde Kardiologen, die für alles noch eine Idee und eine Intervention bereithalten, wirken dieserart doch zurecht wie idealisierungsfähige Väter, die Bestimmtheit, Ruhe, Optimismus, eben Sicherheit und Geborgenheit ausstrahlen.

Nicht alle Patienten können diese Inszenierung mitmachen und sehr viele können sie nicht aufrecht erhalten. Wenn sie nach Hause kommen erscheint vieles in anderem Licht.

Und:

Wie wirkt dagegen die mühsame psychokardiologische Arbeit des Erinnerns und der Integration des Erlebten. Wie klein und zaghaft ist die Erinnerungsmedizin und wie mühsam und langsam sind dagegen die Versuche, das traumatische Situationserleben zuzulassen, die Kränkungen durch Krankheit zu erspüren, das verlorene Vertrauen zu betrauern.

Ein Patient sagte einmal, nachdem er nach genialer kardiologischer Behandlung mittels Stent zu mir kam: „Ich habe eine Vertrauenskrise zwischen Kopf und Körper ... beide trauen einander nicht mehr....“.

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 Bewusstsein, indem weiterhin Körperbeschwerden bestehen, indem immer neue Untersuchungen gefordert werden, Notaufnahmen stattfinden und ein umfangreiches Vermeidungsverhalten beginnt.

Gedanken über den Tod, die Endlichkeit des Lebens haben bei Kardiologen wenig Raum: Die Machbarkeit steht im Mittelpunkt: es wird uns immer etwas einfallen....

Und dann kommen die Schuldfragen hinzu:

Denn 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. Es beginnt der Risikofaktoren-Dialog der Kardiologie: Der Dialog über die Allwissenheit, über die völlige Erklärungsfähigkeit des Geschehenen: „Sie haben einen zu hohen Cholesterinwert, Sie haben geraucht, Sie sind etwas zu klein für Ihre Körpergröße, sprich, Sie haben zu viel Gewicht, wie stand es mit Bewegung, gab es in der Familie schon Herzerkrankungen“.

Mit diesen wenigen Fragen, für die die meisten Antworten bereits in der Akte neben dem Herzkathetertisch liegen, wird die Kausalattribution betrieben. Es erklärt sich eben alles, es war wahrscheinlich..... die Übertäter (Risikofaktoren) sind identifiziert.

Nicht ohne Vorwurf und nicht ohne drohenden erhobenen Zeigefinger wird dieser Dialog geführt, der dann aber die Erlösung auch schon in sich trägt: Wenn Sie in Zukunft..... Ihren Lebensstil ändern, wenn Sie unsere Medikamente nehmen usw. haben Sie eine gute Chance.

Nirgends in der Medizin könnte man das Maschinenparadigma unseres Denkens, sowohl der Medizin, 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 halbe Stunde später schon die Rettung, das Blut fließt wieder, die Stenose ist beseitigt, alles kann so weitergehen, wie bisher.

Mehr als andere ärztliche Fachkollegen ist der Kardiologe der Halbgott in weiß: heutzutage ist es meist ein schmaler, sehr ruhig wirkender Mann, smart und gut gekleidet (wenn er nicht in weiß erscheint), leise mit fast neutralisierter Stimme spricht er nahezu ohne Vorwurf und mit einem Hauch Sympathie über die vorliegenden Risikofaktoren. Er ermöglicht die Projektion des Halbgottes in weiß, weil er in höchster Lebensgefahr Hilfe anbietet, weil er Angst binden muss. Jemand der in größter Not helfen kann, der Rettung bringt, dem schreibt man all diese Fähigkeiten gerne zu und überträgt ihm ohne Nachfrage die Verantwortung.

Die Phantasie, alles ist machbar und alles ist wiederholbar verbindet sich 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 des Patien-

ten geschieht mittels teuerster Technik, die rund um die Uhr bereitgestellt wird und sie wird gestärkt durch die narzisstische Aufladung der Kardiologen in ihrem gradiosen Job.

Wir sollten uns davor hüten, diese Interaktionen und den Habitus der Kardiologen zu kritisieren und uns andere Verhältnisse zu wünschen. Es ist die Frage ob ganzheitliche Medizin im Sinne Groddecks machbar und aushaltbar ist. Unsere kardiologischen KollegInnen haben einen sehr „stressigen“ Job: Kathetern und Stentsetzung am Fließband, Leben retten, beruhigen und beraten, messen und belasten, operieren und schallen, mit katastrophalen Krankheitsverläufen und Todesfällen umgehen.....

Dean Ornish, ein herausragender amerikanischer Kardiologe, hat einmal ein schönes Foto machen lassen, das er gerne als Eröffnung seiner Vorträge verwendet: drei Kardiologen sind in einem Krankenzimmer in ihren schönen weißen Kitteln damit beschäftigt, mit Lappen und Eimern Wasser vom Boden aufzuwischen. Im Hintergrund ist ein Waschbecken, das überläuft: niemand beschäftigt sich aber damit, den Wasserhahn zu reparieren. Das ist Kardiologie: Reparatur eines unangemessenen Lebensstils. Die Unbewussthaltung dieser Realität ist wichtig für den Job der Kardiologen. Man könnte sagen es ist psychohygienisch notwendig, dass sie zur Abspaltung fähig sind, dass sie sich nicht auf jeden einzelnen Menschen einlassen können. Weder haben sie die Zeit, noch ist das ökonomisch in unserem Gesundheitssystem möglich, noch würden sie es im Kopf aushalten.

Stellen wir uns vor, wie viele Male man scheitert in der Kardiologie, wie viele Menschen trotz intensiver Bemühungen sterben, einen Herzstillstand erleiden oder mit einer Herzleistung von EF 15% mühsam weiter leben. Stellen wir uns auch vor, dass ein Kardiochirurg 4 Stunden an 5 Bypässen näht und diesen Patienten dann 4 Wochen später rauchend vor der Rehaklinik trifft.

Vergegenwärtigen wir uns folgende Fakten:

- Nur 40-45% der Raucher schaffen es, nach dem Infarkt mit dem Rauchen aufzuhören
- Nur sehr wenige Menschen erhöhen ihre täglichen Bewegungseinheiten nach der kardiologischen Rehabilitation
- die wenigsten verändern ihre Ernährungsweise und essen schon in der Reha zu viel vom Falschen.

Wie soll man da als Kardiologe motiviert bleiben?

Ist es nicht gut, dass ich als Psychokardiologe nichts von alldem verstehe und nur die seelische Seite betrachte. Die Spaltung in seelenlose Körper

und körperlose Seelen, wie es T. von Uexküll einmal benannte, hat doch seinen tiefen Sinn: Psychohygiene?

Würde ich selbst etwas von der Kardiologie verstehen, so würden mich meine Patienten unentwegt in instrumentelle Dialoge verstricken, gegen die man sich nicht zur Wehr setzen kann: Muss ich dieses oder jenes Medikament wirklich nehmen und auch lebenslang? Könnten meine dauernden Brustschmerzen nicht doch bedeuten, dass ich wieder eine Stenose habe oder dass der Stent zugegangen ist??

Man kann dem kaum ausweichen und ich empfinde es wunderbar, dass ich ebenso ahnungslos bin und nur ermutigen kann, die Dinge zu klären und sich Informationen zu beschaffen. Instrumentelle Dialoge dienen der Abwehr, also der Unbewusstmachung der Todesangst und sie sind deshalb verführerisch angenehm.

Mario Erdheim hat in seinem schönen Buch über die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit einen wichtigen Ansatz geliefert, der uns in diesem Kontext weiter helfen kann.

In Anlehnung an ihn könnte man sagen, dass hier in der Kardiologie eine hochinteressante Transformation stattfindet: gesellschaftliche Zustände werden durch Individualisierung verdrängt.

Gesellschaftliche Zustände heißt: wir führen einen Lebenswandel, der unserer biologischen Ausstattung nicht entspricht und uns massenhaft krank macht, aber wir tun so, als ob dies ein rein individuelles Versagen oder ein Versäumnis sei, als ob also lediglich der Einzelne eben undiszipliniert und unvernünftig sei. Dementsprechend verpuffen die Kampagnen und Herz-tage im Nichts. Sie sind Ideologieproduktion im Dienste der Unbewusstmachung.

Ulrich Beck hat in seinem Buch „Die Risikogesellschaft“ nachgewiesen, wie sehr wir allüberall die Risiken und Gefahren leugnen bzw. in Kauf nehmen, um immer schneller und immer profitorientierter zu werden. Und niemand, der sich mit der KHK beschäftigt, vergisst zu erwähnen, dass es die bedeutendste Krankheit der westlichen Zivilisation ist. Risikogesellschaft und Risikofaktoren könnten doch etwas miteinander zu tun haben? Ist unser Verhältnis zum Atomstrom, zum Energieverbrauch, zur Wasservernichtung und Ressourcenausbeutung und vieles mehr nicht exakt dasselbe, wie die individuelle Verausgabung in einem 14 Stundentag, im Rauchen, in der Fehlernährung oder einem bewegungslosen Leben???

Die gesamtgesellschaftliche Dynamik wird aber am Krankenbett auf das Individuum projiziert: Der nun Betroffene ist nach der Prozedur Stentträger, er hat die individuelle Schuld, hat ungesund gelebt.

Norbert Blüm hat das vor vielen Jahren einmal auf die Idee gebracht, für Risikolebende auch höhere Beiträge für die Krankenkasse zu fordern. Eine perfekte ideologische Variante.

Und noch ideologieträchtiger dann die gesundheitspolitische Konzeption eines einheitlichen Krankenkassenbeitrags, weil wir doch alle gleiche Krankheitsrisiken haben und demnach der Chauffeur dieselben Krankheiten bekommt wie der Chef den er fährt. Es wird suggeriert, dass es nur die individuelle Gestaltung des Lebensstils sei auf die es ankommt. Die Ideologie der Gleichmacherei trägt die Unbewussthaltung gesellschaftlicher Realität: Es ist die Unterschicht, die viel häufiger von nahezu allen Krankheiten und vor allem der koronaren Herzkrankheit betroffen ist als alle anderen sozialen Schichten. Zwischen sozialer Schicht und Morbidität und Mortalität gibt es weltweit eine inverse statistische Beziehung: Nicht nur Ehrgeiz, Ellenbogenmentalität, Überstunden und der Raubbau am eigenen Körper im Dienste der Erhöhung der Rendite sind gefährlich: nein in erster Linie sind es geringes Einkommen, geringe Schul- und Berufsausbildung, schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte Wohnverhältnisse und wenig Ressourcen machen krank.

Der geniale und schnelle Eingriff der interventionellen Kardiologie stellt neben der gesellschaftlichen Unbewussthaltung der Verhältnisse eine weitere doppelte individuelle Bruchstelle dar.

Der Herzinfarkt oder die Stenose als biographischer Bruch, als die Chance, das Leben neu zu überdenken, wird nun durch den genialen Eingriff wieder repariert und zurecht gerückt. Die verschobenen Landschichten, die wie bei einem Erdbeben plötzlich 3 Meter auseinander klafften, werden zurückgeschoben, die Oberfläche geglättet, sofort richtet sich der Blick nach vorne: „Sie dürfen jetzt wieder alles“. Zwar muss der Lebensstil geändert werden, aber der Rückblick und die Chance des Moratoriums werden zugleich bagatellisiert und verbaut.

Die lebenswichtige Chance eines überlebten Herzinfarktes zur Bilanzierung des eigenen Lebensentwurfes, zur Betrachtung liegengelassener Lebenswelten und Möglichkeitsräume und die Analyse überspielter und kompensierter Defizite bleibt in der Eile der technisch instrumentellen Behandlung systematisch ausgeklammert.

Die kardiologische Botschaft ist verlockender als die psychotherapeutische Durcharbeitung: Wenn man den Lebensstil ändert und alle Pillen brav bis ans Lebensende nimmt, dann braucht man sich an dieser Stelle mit der Todesangst nicht auseinander zu setzen. Optimistisch bleiben ist heilsam und Depressionen sind schädlich.

Die Angst und das Gefühl der Unbestimmtheit auf Seiten der Patienten wird mit einem wunderbar tröstenden Satz des Kardiologen beantwortet: „Ach, uns fällt immer noch etwas ein, machen Sie sich keine Sorgen“.

Und nun müssen wir Psychokardiologen uns fragen, wie wir mit dieser Situation und den Patienten umgehen. Ich kann bei mir selbst immer wieder beobachten, wie angenehm es ist, wenn Patienten sich auf die instrumentelle Seite der Kardiologie stellen und im Maschinenparadigma weiterdenken. Es ist wunderbar entlastend, wenn Pat. optimistisch, anpackend, bagatellisierend und strikt instrumentell mit sich umgehen: Ganz mutig sagen sie: „Das mit dem Rauchen, das werde ich schaffen, auch die Bewegung werde ich integrieren....“. Nicht selten höre ich: „Nun dieser Warnschuss oder dieser Streifschuss der war schon sehr wichtig, ich werde jetzt alles ändern oder wenigstens doch vieles....“ Der Blick geht nach vorne und wer könnte verleugnen, dass auch wir Psychotherapeuten solche Patienten durchaus angenehm finden können und dass wir zuweilen dankbar sind, wenn die Bilanzierungssituation nicht zu tief geht, wenn die Todesangst nicht wirklich zur Sprache kommt bzw. wenn sie affektiv nicht schwer im Raum hängt. Der Blick nach vorne, die Frage nach dem Stress und nach Veränderungsmöglichkeiten ist auch für uns Psychotherapeuten eine sehr angenehme Gesprächsstrategie und wir freuen uns über die Patienten, die anpackend, willensstark und gestaltend auftreten. Todesangst zu bearbeiten verlangt auch von uns die Auseinandersetzung mit dem Tod, mit Hilflosigkeit und der Unbestimmtheit des Lebens.

Das geniale Risikofaktorenmodell hat auch in der Psychokardiologie Eingang gefunden. Wir wollen ein flächendeckendes Screening bzgl. Depression, Angst, Lebensqualität und Funktionsniveau mit Fragebögen oder am besten mit Computern und Touch-Screen. Wer kommuniziert das bei einem Personalschlüssel von einem Psychologen auf 100 Betten? Wir propagieren in sogenannten psychoedukativen Veranstaltungen marketingartig: Wir „müssen“ aufwachen, verändern, wir „müssen“ uns entschleunigen, wir „müssen“ Mut haben, Zuversicht, eine optimistische Grundhaltung, ein Information suchendes Verhalten, all das erleichtert die Krankheitsanpassung, mindert die Depression.

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 genialen Stentset-

zung nicht zur Ruhe kommen, die weiter Symptome haben, die Beschwerden haben, die so ähnlich sich anfühlen wie Angina pectoris Beschwerden, die von einem Arzt und von einer Notaufnahme zur nächsten gehen. Ich habe Patienten gesehen, die in 4 Monaten 7 Mal kathetert wurden und mittlerweile 8 Stents haben, so dass wahrscheinlich im Herzen gar kein Platz mehr ist für den nächsten Stent. Und immer noch haben sie Angst, immer noch haben sie Beschwerden und immer noch überlegen sich Kardiologen, ob man irgendetwas tun kann oder muss. In ihnen schimmert die Todesangst durch, ist aber immer noch instrumentell besetzt.

Schauen wir uns zum Schluss ein konkretes Beispiel an:

Eine Frau im mittleren Alter, 10 Jahre vor der Pensionierung, eine engagierte und ausgesprochen ernste Lehrerin bekommt einen Herzinfarkt. Sie ist ebenso schockiert wie die behandelnden Kardiologen, denn sie ist schlank, klein, 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 6 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 biographische 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 einige Tage später, als sie mir entrüstet erzählt, dass ihre beste Freundin, auch eine Lehrerin, nach der Mitteilung über den Herzinfarkt am Telefon sagte: „Mensch bin ich neidisch auf dich, das hätte ich auch gerne“. Die Patientin ist ratlos und entrüstet. 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 verkniff, obwohl sie völlig erschöpft war, immer weiter vorbereitete, Unterrichtseinheiten ausfeilte 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 Hamsterrad 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, den Stress, das sadistische, preußische Mutterintroyekt blieb 50 Jahre lang im Verborgenen.

Infektionsgefahren in der Kardiologie

Man mag es nicht für möglich halten: Die Psychokardiologie ist mit einem hohen Infektionsrisiko für die dort Tätigen verbunden, es gibt keine Schutzimpfungen oder Immunisierungen: Angst, Todesangst, Rhythmusstörungen, Herzeleid, all das sind ansteckende Erkrankungen.

Vor wenigen Wochen hatte ich einen Patienten, ein junger Mann, der mutig und mit sehr viel Liebe 3 Kinder allein erzog, der beim Go-Cart fahren seines Jungen einen Herzstillstand bekam und der nur deshalb noch lebt, weil in der Nähe jemand war, der es verstand, ihn so lange zu reanimieren, bis der Notarztwagen da war. Es folgten Untersuchungen und ein 10-tägiges Koma sowie ein dreitägiges Wachkoma. Der Patient bekam einen Defibrillator, ging in die Rehabilitation, erholte sich dort nur schlecht, wurde aber psychologisch nicht betreut und landete schließlich hilflos, von allen Kardiologen mit schüttelndem und rätselndem Kopf alleine gelassen in meiner Klinik für Psychokardiologie. Die Angst stand ihm ins Gesicht geschrieben, der Körper bebte und bei dem Versuch, die traumatischen Erfahrungen überhaupt im Gespräch zu erzählen, verfiel er in einen eigenartigen Zustand. Zunächst verkrampfte er sich, dann saß er 2 Minuten wie eine Wachsfigur, sehr spastisch verzerrt vor mir, die Augen geschlossen, war er nicht mehr ansprechbar. Nach weiteren 10 Minuten schien sich der Körper zu lockern, die Muskeln wurden weicher und er fiel nach hinten um und lag dann 2 Stunden auf meiner Couch, ohne dass er irgendwie ansprechbar oder aufweckbar war. Er hatte schwere dissoziative Störungen und eine massive posttraumatische Belastungsstörung, die monatelang verhinderten, dass man das Trauma überhaupt ansprechen und bearbei-

ten konnte und er war ansteckend. Ich selbst beobachtete mich, glaubte Extrasystolen bei mir wahrzunehmen, stellte mir die entsetzliche Situation des Wachkomas vor, in der er voller Todesangst versuchte, mit der Umwelt zu kommunizieren, jedes Wort verstand, die Gesichter der Ärzte und seiner Angehörigen sehen und identifizieren konnte, indem aber sein Körper keine Bewegung, keinen Laut, keine Handbewegung und nichts vollbringen konnte. Ich behandle den Patienten gemeinsam mit meiner Mitarbeiterin, die die verhaltenstherapeutische Seite übernahm. Zu meiner großen Überraschung teilte mir einige Wochen später meine Mitarbeiterin mit, dass sie nicht weiter mit diesem Patienten arbeiten könne, weil sie sich seelisch dazu nicht in der Lage fühlte. Sie war drei Wochen krankgeschrieben und verließ dann meine Klinik, weil sie den Druck, den inneren Druck nicht aushielt. Sie hatte während der Krankschreibung drei Wochen lang ununterbrochen schwerste Herzrhythmusstörungen, die erst nach einem langen Gespräch und Supervision vorbeigingen. Das Entsetzen, die Todesangst und die Ratlosigkeit sind also durchaus Gefühle, die uns, wenn man ein wenig durchlässig ist, tief beeindrucken können. Ich vertrete die These, dass viele KardiologInnen durchaus auch hin und wieder hypochondrische Ängste haben, dass sie sich auch zuweilen mit dem Gedanken beschäftigen, ob sie selbst gefährdet sind und etwas unternehmen sollten. Die Abwehr dieser Ängste erfordert einen großen Aufwand, auch bei KardiologInnen und Psychotherapeuten. Die Kardiologie als Heartbreak Hotel hat auf sehr effiziente Art einen ertragbaren Modus der Angstabwehr entwickelt. Georg Groddeck hätte ganz sicher seine Freunde daran gefunden, diese Mechanismen zu thematisieren und aufzudecken.

39.257 Zeichen incl. Leerzeichen

**

Klinik für Psychokardiologie
Leiter: Prof. Dr. Jochen Jordan
Kerckhoff Herz- und Gefäß-Campus
Ludwigstr. 41
61231 Bad Nauheim
Email: j.jordan@psycho-kardiologie.de
www.psycho-kardiologie.de