

Was Sie im Umgang mit Herzpatienten wissen sollten

Kardialer Notfall beherrscht – aber die Angst bleibt

VON J. JORDAN



Foto: Superbild

Diagnose KHK: Wie geht es jetzt weiter?

Ein überstandener Herzinfarkt oder die Diagnose einer KHK bedeutet für viele Menschen die erste ernsthafte Auseinandersetzung mit der Möglichkeit des eigenen Todes. Entsprechend groß sind die Ängste, die so ein Ereignis nach sich zieht. Bei deren Bewältigung legen die Patienten die unterschiedlichsten Strategien an den Tag. Unser Beitrag zeigt, auf welche Reaktionen Sie gefasst sein sollten, wie Sie diese einordnen und welche Hilfestellungen Sie den Patienten geben können.

— Die Kardiologie hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte in Diagnostik und Therapie gemacht. Menschen mit einer koronaren Herzerkrankung haben eine sehr hohe Überlebensrate, wenn sie früh genug zur Behandlung kommen und die verordneten Medikamente zuverlässig einnehmen. Die verschiedenen Methoden der medikamentösen Therapie und Revascularisierung (PTCA, Stents, Bypass-Operation) haben dazu geführt, dass die Koronarsterblichkeit ein Jahr nach dem „Ereignis“ nur 2–3% beträgt.

Beschleunigte Prozesse überfordern den Patienten

Die kardiologische Behandlung hat allerdings zu einer großen Beschleunigung geführt, die die psychische Verarbeitung vieler Menschen zuweilen erheblich überfordert. So sind heute Diagnose und Therapie für die Betroffenen oft kaum unterscheidbar: Der sofort nach Eintreffen im Krankenhaus durchgeführte Herzkathetereingriff beispielsweise gibt Aufschluss über den Zustand der Gefäße und innerhalb desselben Eingriffs erfolgt durch PTCA und/oder Stentimplantation die Therapie.

Die PatientInnen kommen mit großen (Todes-)Ängsten und bangen um ihre Prognose, während sie auf dem Kathetertisch liegen. Nach nur wenigen Stunden werden sie informiert, dass nun „alles wieder in Ordnung“ sei. Am nächsten Tag werden sie entlassen und erhalten die Information, dass sie nun lebenslanglich Medikamente nehmen müssen und ansonsten „alles wieder tun dürfen“, was sie vorher auch getan haben. Sie erhalten aus völlig irrationalen versicherungsrechtlichen Gründen keine Rehabilitation, die der Krank-

**Prof. Dr. rer. med.
Dipl. Psych.
Jochen Jordan**

Leiter der Klinik für Psychokardiologie, Kerckhoff Campus, Bad Nauheim

heitsverarbeitung und der Sekundärprophylaxe sehr förderlich wäre.

Die Beschleunigung des Prozesses ist aus technischer und ökonomischer Sicht ein großer Fortschritt, führt aber dazu, dass die psychische Verarbeitung hinterhinkt. Todesangst und Lebensrettung stehen dicht beieinander. Weder im Akutkrankenhaus noch in der ambulanten Langzeitbetreuung ist genügend Zeit zum Gespräch. Die Betroffenen spüren dies, meist ohne Vorwürflichkeit, weil sie die Möglichkeiten der „Ingenieurkardiologie“ sehr hoch schätzen [1].

Wohin mit der Angst?

Dennoch sind Unsicherheit, Angst und Niedergeschlagenheit mit ca. 30–45% in den ersten Monaten sehr häufig und durchaus adäquat [3]. Wohin aber mit den vielen Fragen, den widersprüchlichen Informationen, die man von Dritten oder aus dem Internet bekommt, die einem sagen, dass 50% der Stents wieder zugehen, dass sich an anderer Stelle wieder Stenosen bilden können etc.?

Die Erlebniszustände der Menschen sind so unterschiedlich wie ihre Persönlichkeit und ihr soziales Umfeld. Dennoch: Unsicherheit, Ungewissheit im Hinblick auf die Zukunft, Informationsmangel und Angst führen zu wiederholten Arztbesuchen mit enormen Kosten und mannigfaltigen Interaktionsproblemen. Viele Patienten kommen immer

wieder in die Praxis, berichten von mehr oder weniger typischen Beschwerden in Herz- und Magengegend und drängen auf weitere Untersuchungen.

Diese Menschen sind nicht verrückt und auch keine krankhaften Hypochondrer. Sie sind einfach sehr besorgt, fürchten eine erneute Stenose und wissen nicht ein noch aus, weil sie die Bedeutung ihrer Beschwerden nicht einschätzen können. Tatsächlich ist es schwer, unklare Beschwerden im Brustbereich von Angina-pectoris-Beschwerden zu unterscheiden.

Schwieriger Balanceakt

Kardiologen, Hausärzte wie auch Angehörige und Freunde werden immer wieder mit diesen Ängsten konfrontiert. Die medizinischen Handlungsspielräume sind eng. Man kann in der Praxis ein EKG schreiben und eine Ultraschalluntersuchung machen. Oft neigt man dazu, die Patienten zu beruhigen, obwohl man auch Unsicherheit empfindet. Der Balanceakt ist sehr schwierig. Ein wenig neigt man oft (auch aus juristischen Absicherungsbedürfnissen) zu weiteren invasiven Untersuchungen.

Was steckt hinter den Ängsten nach der Akutbehandlung?

Ein Herzinfarkt bzw. die Diagnose einer KHK mobilisieren Todesangst, bewusst oder unbewusst. Todesangst ist ein bedrohliches, vermutlich das bedrohlichste Gefühl überhaupt. Es ist unerträglich, wird verdrängt, verleugnet, bagatellisiert, weil es sich mit diesem Gefühl nicht leben lässt.

Nicht selten bildet sich ein Circulus vitiosus heraus: Ein großer Teil der psychischen Aufmerksamkeit wird auf die Beobachtung des eigenen Körpers gerichtet und jedes Druckgefühl, Brennen oder Jucken als Alarm interpretiert. Oft traten diese eher untypischen Beschwerden schon in der Zeit des Infarkts auf und werden deshalb als gefährliche Vorzeichen empfunden. Es entsteht eine Bewertungs- und Handlungsunsicherheit.

Angstäquivalente

Mit dem Anstieg der Angst stellen sich sekundär weitere Körpersymptome ein,

die als Angstäquivalente bezeichnet werden. Die Angstäquivalente steigern die Angst weiter und sind kaum von Symptomen einer kardialen Krise zu differenzieren. Dies gilt etwa für eine Beschleunigung des Pulses, den Anstieg des Blutdrucks, feuchte Hände, Schwitzen, Kaltschweißigkeit, Schwindelgefühle und andere Symptome, die alle Resultat einer angstbedingten Aktivierung sind.

Die Bewertungsunsicherheit führt dazu, dass Panik aufkommt. Natürlich überlegt man, ob ein Notarzt zu rufen ist, ob man mit dem Auto in die Klinik fahren soll oder ob man schlicht warten darf. Diese verstehbare und in gewisser Weise auch adäquate innere Reaktion führt zu den vielfachen Arztkontakten.

Angst als Komorbidität

Die Angst, die allmählich viele Bereiche des Lebens verändert, indem sich zunehmendes Vermeidungsverhalten aufbaut, vermindert die Lebensqualität und stellt eine spezifische Art der Komorbidität dar. Mit dem Vermeidungsverhalten und der Chronifizierung dieses Bewältigungsmechanismus steigt auch das Gesamtlevel der Angst. In der klinischen Arbeit ist es außerordentlich wichtig, die psychodynamischen Konstellationen auseinander zu halten und auf diese spezifisch einzugehen.

Häufige Angstformen

Der Herzinfarkt als biografische Bruchstelle

Ein Herzinfarkt oder die Erstdiagnose einer KHK und die dazugehörigen Interventionen stellt bei vielen Menschen eine biografische Bruchstelle dar, an der Verwerfungen stattfinden und gleichzeitig alte, längst vergangene Ereignisse wiederbelebt werden. Ein Infarkt ist ein heftiges und weitgehend einmaliges Erlebnis des Verlustes von Zukunftsperspektiven und des Urvertrauens in den eigenen Körper. Es stellt sich die Erkenntnis ein, dass das eigene Sein vergänglich ist, dass man nur einen Körper hat und nur einmal lebt. Die Sinnhaftigkeit des Lebens tritt in den Mittelpunkt und die bisherige Sicherheit des Alltags geht für lange Zeit verloren. Vielen Men-

schen wird klar, dass sie ihren Körper vernachlässigt haben.

Die Unbestimmtheit der Zukunft und die Krankheit können zum Verlust von Freiheitsgraden und auch zu einer tiefen narzisstischen Kränkung führen: Krankheit und Kränkung liegen nahe beieinander. Der Tod als Thema des Lebens tritt bei den meisten Menschen erstmals überhaupt ins Bewusstsein.

Der hier geschilderte Typus der Angstverarbeitung gilt als völlig normal. Jeder psychisch gesunde Mensch, der einen Herzinfarkt erleidet, würde diese Erlebniszustände durchmachen und wäre mit dem Erfordernis der Krankheitsverarbeitung in dieser Weise konfrontiert.

Angst auf dem Boden langjähriger Verleugnung

Die Angstverarbeitung ist besonders kompliziert bei im Allgemeinen besonders angstfrei wirkenden Menschen, die vor Beginn der KHK viele Jahre alle Warnungen in den Wind geschlagen haben und ein sehr risikoreiches Leben führten. Sie arbeiteten suchtartig, rauchten und tranken, bewegten sich nicht und aßen nicht nur betont viel, sondern auch ungesund.

Die Verleugnung von realen Gefahren und die Missachtung sich anbahnender Krankheitszeichen kostet die Psyche einen hohen Preis. Verleugnung ist energiefressend, kostet auch einen Preis hinsichtlich der eigenen Positionierung in der Welt, weil man einen bedeutenden Teil des Seelenlebens abspalten muss. Man darf nicht ängstlich sein, nicht anlehnsbedürftig, darf nicht hadern und sich anderen gegenüber nicht schwach fühlen.

Diese Patienten haben zeitlebens nicht gelernt, mit Angst umzugehen. Sie werden nun, weil sie ständig verleugnet haben, von einer wahren Flutwelle der Angst überströmt und haben keine Bearbeitungsmechanismen gelernt. Angstbewältigung will gelernt sein und ohne Übung wird das System überflutet. Es kann also passieren, dass gerade „bärenstarke“ Männer, die im Berufsleben eine Heldentat nach der anderen vollbracht haben, nun völlig zusammenbrechen und hilflos mit der Situation umgehen.

Quittung für den Lebensstil

In der Gruppe der Herzinfarktpatienten gibt es viele Männer, die in den vergangenen 20 oder 30 Jahren so gelebt haben, dass sie mit dem Herzinfarkt oder einem koronaren Ereignis plötzlich die Quittung für diesen Lebensstil vor Augen geführt bekommen. Die meisten sind nicht so dumm, dass sie diesen Zusammenhang nicht sofort erfassen würden. Es ist für die Psyche aber außerordentlich kränkend, wenn man anerkennen muss, dass die vielen aufwändigen und aufopferungsvollen Dinge, die man vollbracht hat, die viele Arbeit, der heldenhafte Einsatz für die Firma und den Raubbau an eigenen Kräften, den man immer als Heldentat vor sich selbst glorifiziert hat, nun als katastrophale biografische Niederlage enden.

Diese Menschen haben es schwer mit der Anpassung an die neue Situation. Sie bleiben entweder in ihrer narzisstischen Größenphantasie und gehen mit der Krankheit ebenso um, wie sie ihr ganzes Leben lang mit Gefahren und Risiken umgegangen sind. Das sind die Patienten, die weiterarbeiten, -rauchen und schon auf der Normalstation oder in der Rehabilitation drei bis vier Stunden am Tag am Laptop sitzen. Allerdings können dann geringste Symptome zu überschießenden katastrophierenden Ängsten führen und Großalarm auslösen.

Prämorbidie Angststörungen: Angst als biographisch bekanntes Symptom

Bei diesen Patienten tritt nicht erst mit dem Infarkt erhebliche Angst ins Leben. Vielmehr gab es schon früher erhebliche Angstzustände und lange Phasen latenter Angst, oder die Angst ist gleichsam als „Charaktereigenschaft“ in die Persönlichkeit eingewebt.

Erste Anzeichen einer erhöhten Ängstlichkeit treten oft schon am Ende der Jugend/am Beginn des Erwachsenenalters auf. Diese Patienten, die im Grunde eine manifeste oder latente Angsterkrankung in der Biographie haben, längst bevor die koronare Herzerkrankung auftrat, müssen spezifisch betreut werden. Es muss um die Integration und Aufarbeitung der prämorbidien Angststörung gehen, insbesondere muss klar herausge-



Foto: John Greim/The Medical File/Pete

Häufiges Phänomen bei Herzpatienten: Die Partnerin übernimmt die Initiative.

arbeitet werden, welche körperlichen Symptome durch Angst und welche durch Angina pectoris ausgelöst werden. Eine begleitende Psychotherapie ist hier unumgänglich, wobei die enge Zusammenarbeit zwischen Kardiologen und Psychotherapeuten extrem wichtig ist. Auch sollten Psychotherapeuten hinzugezogen werden, die Erfahrung und Wissen in der Behandlung von Herzkranken haben. Lokale Netzwerke und Kooperationen sind hierfür geeignet, wenngleich derzeit selten vorhanden.

Transmission der Angst innerhalb der Paarbeziehung

Neben der intrapsychischen Abwehr von Gefühlen und Konfliktkonstellationen besteht häufig auch eine interpersonelle Abwehr. Mit Hilfe des Mechanismus der projektiv identifikatorischen Abwehr gelingt es vielen Menschen, den Partner/die Partnerin dazu zu bewegen, an der eigenen unbewussten Choreographie aktiv, aber unbewusst Anteil zu nehmen.

Diese interpersonelle Angstabwehr bzw. Angstbewältigung tritt bei Koronarpatienten in Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie sehr häufig auf. Wir sehen bspw. Männer, die sich einer PTCA unterziehen und dabei äußerlich sehr ruhig und gefasst sind, ihre

Emotionen vollständig kontrollieren können und etwa auf dem Katheteristisch ausschließlich an der Technik interessiert sind. Gleichzeitig sitzt im Wartezimmer eine überängstliche, nervöse, hyperventilierende Partnerin, die mit ihren Gefühlen kaum zurecht kommt. Nicht selten gibt ein Koronarpatient dem Behandler den Rat, er möchte doch unbedingt eher mit seiner Frau ein Gespräch führen, da diese es viel nötiger habe, als er. Viele bitten auch ihre Frauen oder Familienangehörigen, nicht in die Klinik zu kommen, damit sie sich nicht so aufregen. In diesen Konstellationen bleibt die Angst beim Patienten vollständig abgespalten und wird im Zuge eines Delegationsmechanismus an andere abgegeben.

Natürlich kann sich die Transmission auch in einer anderen Variante der Arbeitsteilung ausdrücken, die der Partnerin die Rolle der medizinischen Assistenz zuschreibt: Hier kommen die Partnerinnen mit einem dicken Ordner mit allen Unterlagen, übernehmen im Gespräch fast unmerklich die Initiative und Arrangieren alle Termine.

Eine weitere verbreitete Form der Angst drückt sich in einer Verschiebung aus: Nicht das Herz wird mit großer Angst und Sorge belegt, sondern der kleine Fußzehl, der dringend angeschaut werden sollte.

Angst kann also verschoben oder isoliert, delegiert und abgespalten werden. Diese interpersonelle Architektur der Angstbewältigung erfordert spezifische psychologische Interventionen, weil man die abgewehrten Gefühle des Patienten nicht erreichen kann, solange die Partnerin/der Partner nicht in die Behandlung einbezogen werden. Bei Männern mit KHK finden wir sehr häufig solche bedeutsamen Paarinteraktionen, bei erkrankten Frauen eher seltener.

Transmission innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung

Innerhalb der Kardiologie finden wir aus psychokardiologischer Sicht eine faszinierende Art des Umgangs mit Angst. So wird den Patienten zunächst durch einen erhobenen Zeigefinger sehr viel Angst gemacht: Du hast zu viel ge-

Praxistipp

Empfehlungen zum Umgang mit Herzpatienten

– Für die eigene innere Ruhe und eine klare Beziehungsgestaltung steht die Selbstbeobachtung und innere Klärung auf ärztlicher Seite an erster Stelle: Habe ich alle Befunde vorliegen und ein klares Bild? Was spricht für organische Komplikationen (Restenosen o.ä.)? Welche Maßnahmen können mir Sicherheit geben? All dies sollte unabhängig vom Auftreten der Patienten und ihrer Symptompräsentation stehen. Erst dann ist die psychische Ebene zu betrachten.

– Da die meisten kardiologischen Eingriffe als Notfall entstehen, können vorbereitende Gespräche selten geführt werden. Dennoch sollten Sie schon beim ersten Kontakt nach der

Intervention darauf hinweisen, dass die psychische Anpassung eine erhebliche Zeit, nämlich 12 bis 18 Monaten, in Anspruch nehmen kann und dass Unsicherheit, Angst und Informationsbedarf hierbei normal sind.

– Am wichtigsten ist die geduldige Führung und Betreuung. Die Patienten müssen das Gefühl haben, dass sie willkommen sind und dass es besser ist, wenn sie fünfmal „umsonst“ kommen als einmal zu spät.

– Symptome sollten genau exploriert werden; es sollte ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden, dass es normal und angemessen ist, dass in den ersten Monaten Beschwerden und Ängste auftreten und dass es wirklich schwer ist, Körperbeschwerden genau zu bewerten und ihre Gefährlichkeit

einzuschätzen. Die Botschaft ist wichtig: Sie sind hier richtig und viele Menschen kommen mit ähnlichen Beschwerden. Und: Wenn Sie glauben, dass eine Not-situation entstanden ist, haben Sie keine Scheu, die 112 anzurufen. Niemand wird Ihnen Vorwürfe machen oder Sie für einen Simulanten halten. Akzeptanz, Wertschätzung sowie Einfühlungs-bereitschaft und -vermögen sind die wichtigsten Grundvariablen im Umgang.

– Die biographische Exploration von präkardialen Angstsymptomen und funktionellen Körperbeschwerden ist aus psychokardiologischer Sicht dringend zu empfehlen, diese Empfehlung im heutigen Medizinbetrieb illusorisch erscheinen mag.

raucht, du hast zu viel und falsch gegessen, du hast dich nicht bewegt, du hast zu viel gearbeitet etc. Nun erhältst du die Quittung. Dann wird mit einer Drohung, die ganz bewusst Angst verstärken soll, darauf hingewiesen, dass nur eine radikale Änderung des Lebensstils zu einer Rettung führen kann.

Die Modulation der Angst durch den Kardiologen geschieht aber dann, indem dieser (nun nicht mehr drohend als Halbgott in weiß, sondern „mütterlich“ zugewandt) dem Patienten klar macht, dass bei Einnahme aller Medikamente und einer weitreichenden Veränderung des Lebensstils doch Rettung möglich ist. Die Angst wird also institutionell gebunden.

Bei einem Teil der Patienten funktioniert dieser Mechanismus tatsächlich sehr gut. Dadurch wird die Angstbearbeitung oft aber auch schwieriger, weil die Patienten sich gehemmt fühlen. Sie spüren die Ungeduld und latente Hilflosigkeit ihres Kardiologen, wenn sie sich immer wieder vorstellen und über Symptome und Ängste klagen. Sie wollen nicht als Hypochonder gelten, weil sie befürchten, dass sie bei einem somatischen Zwischenfall nicht mehr ernst genommen werden könnten. Der offene Ausdruck von Angst wird schwieriger

und die Wahrscheinlichkeit somatoformer Beschwerden größer.

Anzeichen für zugrundeliegende Angstprobleme

Kardiale Angst äußert sich in verschiedenen Formen, die nicht gleich als Angstäquivalente zu identifizieren sind. Zunächst sind Körpersymptome wie Stechen, Ziehen, Druckgefühl im Oberkörper, Übelkeit, Nervosität etc. oft die einzigen Hinweise auf Angst. Außerdem imponieren zuweilen Hilflosigkeit, getriebene Hektik und drängende Diagnosewünsche. Auch die schnelle Bereitschaft, einer erneuten stationären Aufnahme zuzustimmen oder das widerstandslose Einverständnis, immer und immer wieder auch risikobehaftete Eingriffe durchführen zu lassen, sprechen oft für eine unterliegende Angstproblematik. Das ständige Auftreten mit dem Partner oder der Partnerin und der von diesen ausgehende sanfte Druck können Indikatoren einer Angstthematik sein.

Das Dilemma des Behandlers

Für den Behandelnden ist es wichtig, daran zu denken, dass Angst im Zusammenhang mit dem Herzen immer Todesangst ist. Die Patienten lösen spezifische Gefühle aus, die es zu beachten

und auch zu kontrollieren gilt. Man fühlt sich unter Druck, spürt, wieviel Zeit erforderlich wäre (die man nicht hat), zuweilen fühlt man sich ungeduldig, ablehnend, nervös und hilflos. Das ärztliche Verantwortungsgefühl spült Zweifel an die Oberfläche und man überlegt, ob nicht evtl. wirklich eine Stenose entstanden sein könnte und erneute invasive Diagnostik einzuleiten ist und man hadert mit den denkbaren Handlungsalternativen. Im obenstehenden Kasten sind einige wichtige Empfehlungen zur Patientenführung zusammengefasst

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. rer. med. Dipl. Psych. Jochen Jordan
Leiter der Klinik für Psychokardiologie
Kerckhoff Campus
Ludwigstr. 41
D-61231 Bad Nauheim
www.psycho-kardiologie.de

Keywords

**Successful Cardiac Intervention
– Anxiety continues**

Cardiac crisis intervention – Anxiety
– Coping – Psychocardiology