

Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt

Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung

Der akute Myokardinfarkt (AMI) ist ein äußerst gefährliches Ereignis, das in ca. 50% der Fälle innerhalb der ersten 28 Tage tödlich endet (Grande et al. 2000). Die dem AMI zugrunde liegende Erkrankung (die koronare Herzerkrankung) ist sehr verbreitet (vgl. die jährlich aktualisierten Daten in Bruckenberg 2000 oder im Internet auf der Seite des Statistischen Bundesamtes, <http://www.gbe-bund.de>: Jahresprävalenz 5%; Lebenszeitprävalenz 10%; Sterblichkeit bei ischämischer Herzerkrankung 217,9 auf 100.000 Einwohner). Der häufigste zugrunde liegende ursächliche Prozess, nämlich die atherosklerotischen Veränderungen der Gefäße, beginnt nach heutigem Wissen bereits am Übergang zum Erwachsenenalter und ist neben genetischen Dispositionen vor allem durch einen risikosteigernden Lebensstil bedingt. Die allmähliche Veränderung des Gefäßsystems (Entwicklung von Verengungen und Stenosen durch Ablagerungen) bleibt allerdings über einen langen Zeitraum unbemerkt, bis sich Symptome einer kardialen Angina pectoris einstellen oder ein AMI eintritt. Deshalb wird der AMI zumeist als ein plötzliches, völlig unerwartetes Ereignis erlebt, obwohl er die Endstrecke eines sich über Jahre und Jahrzehnte erstreckenden Prozesses ist.

Ein akuter Myokardinfarkt hat sehr unterschiedliche Verlaufskarakteristika: Manche (wenige) Menschen bemerken ihren Infarkt überhaupt nicht (stummer Infarkt), und dieser wird dann eher beiläufig ent-

deckt, während andere im Moment des Infarkts unter stärksten körperlichen Symptomen leiden, massive Todesangst spüren und zuweilen bewusstlos zusammenbrechen (Leitsymptome: massives bedrohliches Enge- und Druckgefühl in der Brust; Atemnot; ausstrahlende Schmerzen im linken Arm und Kopf/Kinn; Übelkeit/Erbrechen; (Todes)Angst; Schweißausbruch; Schwindel; manchmal Bewusstlosigkeit).

Die Verschiedenartigkeit des Verlaufs erklärt, dass der AMI auf sehr unterschiedliche Weise erlebt und psychisch verarbeitet wird. Die Wahrnehmungsunterschiede hängen nicht nur von der körperlichen Verlaufsdynamik ab, sondern von vielen weiteren psychosozialen Faktoren: Schwere des Infarkts, Verlauf der Notfallversorgung, Aufenthaltszeit auf der Intensivstation, eingesetzte diagnostische und therapeutische Maßnahmen (z. B. Bypassoperation, perkutane transluminale Angioplastie oder ausschließlich medikamentöse Behandlung), Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Vorerfahrungen und Persönlichkeit, Krankheitsverarbeitung, situative Bedingungen in der medizinischen Einrichtung und Interaktion mit medizinischem Personal).

Der akute Infarkt ist im Falle des Überlebens der Beginn einer langen Phase verschiedenster medizinischer Maßnahmen: Nottransport, Notfallversorgung, Intensivstation, Diagnostik und Therapie (Angiographie, Dilatation, Bypassoperation, Pharmakotherapie), Überführung in eine

Rehabilitationsmaßnahme und schließlich Rückkehr in das Alltagsleben und Übergang in die ambulante Langzeitbetreuung.

Aus psychosomatischer Sicht ist der AMI eine bedeutende biographische Bruchstelle mit weit reichenden psychi-

Die häufigsten in der Literatur genannten Symptome nach Herzinfarkt

- Depressivität, Angst, Zwangssymptome
- Dissoziative Störungen
- Panikstörungen und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten
- Schlafstörungen
- Funktionelle Störungen
- Somatisierungsstörungen
- Sexuelle Probleme
- Probleme bei der familiären Reintegration
- Sozialer Rückzug
- Probleme bei der Rückkehr zur Arbeit
- Probleme bei der Änderung des Lebensstils
- Selbstzweifel, verminderte interne Kontrollüberzeugungen, verminderte Selbstwirksamkeitserwartung
- Ängste im Zusammenhang mit sozialem Statusverlust
- Impulsives Verhalten
- Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, wie z. B. Substanzmissbrauch

(Croog u. Levine 1982; Croog 1983; Allan u. Scheidt 1996; Brodner et al. 1985; Beutel 1988; Rieger et al. 1990; Schüßler 1993).

Tabelle 1

DSM IV – Symptomkriterien	
B.	Erinnerungsdruck: Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf verschiedene Weisen (1–5) wiederbelebt. (Eines der fünf Symptome muss vorliegen)
C.	Vermeidung von Reizen und emotionale Taubheit. (Drei von 7 Symptomen müssen gegeben sein.) Es geht hier um die anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder um eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (auch Sexualität), die vor dem Trauma nicht vorhanden war
D.	Chronische Übererregung, nämlich auf Symptome erhöhten Arousal, die vor dem Trauma nicht vorhanden waren (2 von 5 Symptomen müssen auftreten), wie z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz oder übertriebene Schreckreaktionen
E.	Betrifft die Dauer der Symptome: länger als ein Monat
F.	Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

(DSM IV: S. 491, 492)

schen Folgen. So tritt (meist erstmals) der Gedanke an den Tod massiv ins Bewusstsein, und es wird bei den meisten Betroffenen von nun an ständige Todesangst bzw. Zeichen ihrer Verdrängung geben.¹ Viele neue Fragen stellen sich und rücken ganz in den Vordergrund des Erlebens. Daneben gibt es häufig schwer wiegende emotionale Schwankungen und affektive Störungen (s. folgende Übersicht). Die Schwere dieser emotionalen Störungen kann in einigen Fällen das Ausmaß einer Belastungsstörung haben.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der akuten und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) nach einem Herzinfarkt. Zunächst wird erörtert, inwieweit und wann man nach ICD und DSM von einer PTSD nach Infarkt sprechen kann, dann werden die typischen Symptome einer Belastungsstörung nach AMI dargestellt und schließlich wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche die Prävalenz solcher Störungen erörtert. Abschließend werden die psychotherapeutischen Behandlungsimplicationen diskutiert.

¹ Eine sehr interessante autobiographische Darstellung des Umgangs mit der Todesangst findet sich bei Georg Engel, einem sehr bekannten Psychosomatiker, der das Konzept der Hilf- und Hoffnungslosigkeit („given-up, giving-up“) gemeinsam mit Schmale entwickelt hat, dessen Zwilingsbruder 40-jährig an einem Myokardinfarkt starb und der selbst ein Jahr später einen Infarkt überlebte und schließlich 86 Jahre alt wurde (Engel 1975).

Der akute Myokardinfarkt als traumatisches Ereignis

Die Kategorie der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung wurde von der APA (American Psychological Association) 1980 in die DSM-III-Klassifikation aufgenommen. Die Kriteriumsvariable der *Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit* (s. folgende Übersicht und **■ Tabelle 1**) wurde allerdings erstmals im DSM-IV aufgegriffen (Flatten et al. 2001).

DSM IV: 309.81 Posttraumatische Belastungsstörung

Diagnostische Merkmale

- Das Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leids, oder Androhung des Todes oder ei-

ner Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahe stehenden Person (Kriterium A1).

- Traumatische Erfahrungen, die direkt erlebt wurden, umfassen folgende Erlebnisse (sind aber nicht auf diese begrenzt): kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die *Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit*. Bei Kindern sind auch ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne angeandrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzung als sexuell traumatische Erfahrung zu werten. Beobachtete Ereignisse umfassen, ohne auf diese begrenzt zu sein: die Beobachtung einer schweren Verletzung oder eines unnatürlichen Todes bei einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg oder Katastrophe oder der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder toten Körperteils. Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat, umfassen, ohne auf diese beschränkt zu sein: gewalttätige persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Familienmitglied oder einer nahe stehenden Person zugestoßen sind, vom plötzlichen, unerwarteten Todes eines Familienmitgliedes, einer nahe stehenden Person zu hören oder zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet. Die Störung kann besonders schwer und lang andauernd sein, wenn der Belastungsfaktor durch Menschen verursacht wurde (z. B. Folterung oder Vergewaltigung). Je intensiver und direkter der Belastungsfaktor erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung der Störung zu sein (S. 487).

Folgt man der Logik der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1991), so ist das Ereigniskriterium einer PTSD hier deutlich

anders formuliert als im DSM: Die Aufzählung möglicher traumatischer Situationen ist eindeutig restriktiver als im DSM, und ein akuter Herzinfarkt kann nach ICD nicht als Ereigniskriterium angesehen werden. Dies führt dazu, dass man sich in der wissenschaftlichen Literatur zum hier behandelten Thema ausschließlich auf das DSM bezieht.²

Die unterschiedlichen Konzeptualisierungen im DSM und in der ICD zeigen, dass die Ereigniskriterien wissenschaftlich umstritten sind bzw. waren: Sie stehen in der Tradition der Konzepte der traumatischen Neurose, der Kriegszitterer und der Verarbeitung der Erlebnisse nationalsozialistischer Verfolgung und sind 1980 auch als Reaktion auf die vielfältigen Störungen von Vietnamveteranen zu sehen, die zunehmend in den Blick der amerikanischen Psychiater gerieten (Liebermann et al. 2001). Die Diskussion der Folgen frühen sexuellen Missbrauchs und der Erfahrung von Gewalt in Familien erweiterten die Sichtweise ebenfalls und führten dazu, dass von nun an auch langfristige, oft lebenslange Folgen und Beschwerden konzeptualisiert wurden. Es wurde durch die Forschung deutlich, dass die subjektive Wahrnehmung und Bedeutungszuweisung (und damit biographische und persönlichkeitsbedingte Faktoren) auch bei schwer traumatisierenden Situationen eine wesentliche moderierende Rolle spielen, das Trauma also nicht nur ein „objektives“ Ereignis mit linearer Dosis-Wirkungs-Beziehung ist.

Bezüglich des akuten Herzinfarkts wird seit langem darauf hingewiesen, dass es sich im Einzelfall um eine traumatische Erfahrung handeln kann (Strasser 1982; Kazemier 1982; Lachauer 1984; Cameron 1989; Klasmeier 1991; Allan et al. 1996, 1998; Köhle u. Gaus 1986; Köhle et al. 1996; Jordan et al. 1997; Alonzo 1999, 2000; Alonzo u. Reynolds 1998). Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass der Herzinfarkt als ein besonderes außeralltägliches Lebensereignis aufzufassen ist, das von den Betroffenen eine Neuorientierung erfordert und viele psychische, psy-

² Es ist allerdings anzumerken, dass im klinischen Alltag dieser strengen Interpretation der ICD-Logik häufig nicht mehr gefolgt wird und die nächste Revision vermutlich eine Angleichung der Systeme bringen wird.

Psychotherapeut 2005 · 50:33–42
DOI 10.1007/s00278-004-0378-x
© Springer Medizin Verlag 2004

Jochen Jordan · Benjamin Bardé

Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt. Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung

Zusammenfassung

Der Myokardinfarkt ist ein plötzlich eintretendes lebensbedrohliches Ereignis (Mortalität = 50% innerhalb der ersten 28 Tage). Fast immer sind die akuten Infarktbeschwerden so stark und bedrohlich, dass den Betroffenen die Gefahr ihrer Situation wenigstens teilweise bewusst wird. Mit dem Eintreffen des Notarztwagens beginnen heute Diagnostik und Therapie. Die Fortschritte der interventionellen Kardiologie führen zu einer hoch effektiven Behandlung (Angiographie mit anschließender Dilatation/Bypassoperation und/oder medikamentöser Behandlung) und Rehabilitation. In den ersten 6 Wochen haben die Betroffenen bedrohliche und viele Lebensbereiche betreffende Informationen zu verarbeiten und müssen sich (oft erstmals im Leben) mit der Angst vor dem Tod auseinan-

der setzen. Schon früh wurde in der wissenschaftlichen Literatur das Infarktereignis als ein psychisch schwer belastendes und bei einigen Menschen traumatisches Geschehen angesehen. Nachfolgend wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche der Stand des Wissens zu der Frage einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) nach Infarkt referiert: Es muss damit gerechnet werden, dass ca. 11% der Betroffenen eine PTSD entwickeln. Es werden die psychotherapeutischen Implikationen diskutiert.

Schlüsselwörter

Akuter Myokardinfarkt ·
Akute Belastungsstörung ·
Posttraumatische Belastungsstörung ·
Psychotherapie

Post traumatic stress disorder after acute myocardial infarction

Abstract

An acute myocardial infarction is an unexpected life threatening event (mortality = 50% within the first 28 days). Frequently the acute symptoms could be so strong that the danger gets conscious to the persons affected. Diagnostics and therapy start with the arriving of the emergency doctor's car today. The progress of interventional cardiology leads to hospital treatment (angiography with following dilatation/bypass crafting and/or medical treatment) and rehabilitation, which is very effective. Persons affected have to cope with serious informations ("information trauma") and have to face death often for the first time in the life.

An infarction as an emotionally threatening event has been discussed in the scientific literature from the beginning of our century. In the last years the question of post-traumatic stress disorder rises. The following paper gives a systematic review to this issue: About 11% of the patients develop a **PostTraumatic Stress Disorder** (PTSD). The psychotherapeutic implications are discussed.

Keywords

Acute myocardial infarction ·
Adaptation syndrom · Posttraumatic stress disorder · Coping psychotherapy

Übersicht		
Anzahl	Typus der Publikation	
1	Systematische Übersichtsarbeit	Vgl. Tabelle 2
9	Empirische Originalarbeiten	Vgl. Tabelle 2
5	Kasuistiken und orientierende Untersuchungen	Menninger u. Menninger 1936 Kutz et al. 1988 Ohlmeier 1989 Hamner 1994 Bardé 1997
13	Publikationen über theoretische und klinische Aspekte der Traumatisierung nach Infarkt	Strasser 1982 Kazemier 1982 Lachauer 1984 Cameron 1989 Klasmeier 1991 Allan et al. 1996, 1998 Köhle u. Gaus 1986 Köhle et al. 1996 Jordan et al. 1997 Alonzo 1999, 2000 Alonzo u. Reynolds 1998
4	Nennungen im „Dissertation Abstracts International“	Lukach 1996 Mcpherson 1999 Devaul 2000 Thompson 1999

chomatische und affektive Störungen auslösen kann. Zuweilen ist die Krise so schwer, dass sie im Sinne eines Traumas die Persönlichkeit in ihrem biographischen Aufbau, in ihrer bisherigen Struktur und Dynamik, insgesamt in ihrer bis dahin gültigen subjektiven Wirklichkeitskonstruktion schwer erschüttert. Eine traumatische Krise könnte insofern einen existenziellen Charakter haben, als sie die notwendigen Grundidealisierungen der Mitgliedschaft in einer normalen Alltagswelt – soziale Kooperation, körperliche Autonomie und zeitliche Kontinuität – außer Kraft setzt (Fischer 1984; Gerhardt 1984).

Entscheidend ist seit Einführung des DSM IV nicht mehr allein das Ereigniskriterium, sondern auch die subjektive Bedeutungszuweisung. Deshalb kommt dem Symptomkriterium eine wichtigere differenzialdiagnostische Funktion zu als früher.

Psychische Symptome einer traumatischen Reaktion auf den akuten Herzinfarkt und die Kriterien von ICD und DSM

Hinsichtlich der Symptomkriterien bestehen zwischen den beiden Klassifikations-

systemen (ICD und DSM) Differenzen: Sowohl die Symptom Schwerpunkte wie auch die Definition der Zeitfenster unterscheiden sich erheblich. Die folgende Darstellung orientiert sich an den Kriterien des DSM.

Die differenzierte Sichtweise des DSM enthält eine Reihe von Mängeln, die insbesondere für die Forschung behindernd wirken: Viele im Rahmen einer PTSD auftretenden klinisch sehr relevanten Symptome von Krankheitswert sind in den DSM-Kriterien B–F nicht aufgeführt, weil es keine Leitsymptome sondern wechselnde Begleitsymptome sind: Beispielsweise sind Somatisierungsstörungen, affektive Störungen (vor allem Depressivität, Angst und Zwanghaftigkeit), Fatalismus, forciert ungesunde Lebensweise sowie Substanzmissbrauch häufige Folgebeschwerden eines psychischen Traumas (auch eines akuten Myokardinfarkts). Sie werden nicht gesondert klassifiziert, d. h. sie erhalten keine zusätzliche DSM-Ziffer und gehen damit der klinischen Dokumentation verloren. Dies erschwert eine Differenzialdiagnostik, die diskrete Veränderungen des Ausprägungsgrades der PTSD etwa im Rahmen einer Verlaufsuntersuchung festhalten könnte. Eine PTSD wird damit zu

einer „On-off-Diagnose“; sie existiert oder sie existiert nicht, ohne dass der Schweregrad klassifiziert werden kann.

Klinische Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Herzinfarkt

Im klinischen Alltag wird die Diagnose einer PTSD nach Herzinfarkt sehr selten gestellt, weil diese PatientInnen sehr zurückhaltend sind und weil eine entsprechende Diagnose Zeit, qualifizierte ExpertInnen sowie viel Wissen und Erfahrung voraussetzt. Kutz, Garb und David (Kutz et al. 1988) berichten schon 1988 sehr ausführlich über vier Fälle posttraumatischer Störungen nach Herzinfarkt und schildern auch die psychotherapeutischen Behandlungen. Es handelt sich hier um die einzige Publikation, die auch detailliert über das therapeutische Vorgehen berichtet. Einleitend betonen sie, dass es durch ihre psychiatrische Arbeit in Israel zum Alltag gehöre, Menschen hinsichtlich einer möglichen Belastungsstörung zu untersuchen (Kriegserlebnisse; „combat stress reaction“, CSR) und dass sie durch diese Routine sehr bald darauf aufmerksam wurden, dass auch viele Menschen nach Infarkt entsprechende Störungen entwickeln.

Die Überweisungsmodalitäten der vier Patienten: Der erste Patient ist ein 40-jähriger Mann, der von seinem Allgemeinarzt zur psychiatrischen Konsultation geschickt wird, weil er 4 Monate nach seinem Infarkt eine völlige Persönlichkeitsänderung zeigt und trotz guter kardiologischer Parameter sich nicht von der Erkrankung erholt. Der zweite Patient ist ein ebenfalls junger 40-jähriger Mann, der vor 7 Tagen einen Infarkt hatte und auf der Intensivstation wegen bedrohlicher Arrhythmien pharmakologisch behandelt und kardiovertiert wurde. Während er auf der Intensivstation beängstigt, passiv und scheinbar unberührt, aber spürbar depressiv erschien (er wurde dort stark sediert), verhielt er sich nach der Verlegung auf die Normalstation offen angsterfüllt, aber bewegungslos, oft stundenlang auf dem Bett liegend und kaum Kontakt mit der Umwelt aufnehmend. Er hielt hartnäckig an seiner Sauerstoffatemmaske fest, obgleich diese schon nicht mehr angeschlossen war. Er äußerte in stereotyper Weise Brustschmerzen. Der dritte 55-jährige Patient wurde dem

Konsiliarius vorgestellt, weil ein unbehandelbarer Husten aufgetreten war, der den Kardiologen auffällig erschien („attention seeking“). Der vierte 61-jährige Patient (ein Holocaustopfer) wurde überwiesen, weil Nervosität, Depression und ein ausufernder Gebrauch von antianginösen Medikamenten vorlag. Alle vier Patienten wurden aus unterschiedlichen Gründen an den psychiatrischen Konsildienst überwiesen; in keinem Fall wurden Zeichen einer PTSD angegeben. Erst die psychiatrische Untersuchung ergab dann, dass die sichtbaren Symptome Anzeichen einer Belastungsstörung waren.

Die Symptome der Belastungsstörung werden differenziert geschildert: Schon auf der Intensivstation sei der erste Patient auffällig gewesen, habe starke emotionale Reaktionen gezeigt, Angstempfinden, Konfusion und Agitiertheit seien beobachtet worden, und über die gesamte Zeit habe eine hohe Medikation von Sedativa gegeben werden müssen. Danach sei er eher ruhig, grüblerisch und zurückgezogen, aber schlaflos gewesen und habe seine Frau keinen Moment von sich weggehen lassen. Zu Hause habe sich die Zurückgezogenheit fortgesetzt und verstärkt, es seien aber unvorhersehbare Wutausbrüche hinzugekommen, er sei körperlich nicht zu Kräften gekommen, habe weiter Brustschmerz und Atemnot verspürt und seine Schlaflosigkeit habe sich verstärkt. Der zweite Patient zeigt ein Bild der Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen, eine so große Konzentrationsstörung, dass er den Fragen des Konsiliarius nicht folgen konnte, außerdem massive Schlafstörungen (Einschlaf- und Durchschlafstörungen) mit beängstigenden Alpträumen (schwere Lasten tragen müssen und danach überwältigendes Todesgefühl, „a shocking sensation of death“), die jedes Mal zum Aufwachen führten. Der dritte Patient zeigte nach eingehender Exploration tiefe Gefühle von Hilflosigkeit, fühlte sich aufgegeben und zurückgewiesen. Auch er war schlaflos, hatte Konzentrationsstörungen, starke Irritierbarkeit. Seine Ehefrau und Kinder beschrieben ihn als persönlichkeitsverändert (völlige Ruhelosigkeit, Irritierbarkeit und unvorhersehbare Wutausbrüche, geringe Geräushtoleranz, Alpträume und schreien des Aufwachen). Der vierte Patient war sichtbar leidend, emotional sehr labil, neigte zum Weinen und fühlte sich hilflos. Auch er litt an Schlafstörungen und Alpträumen, an Appetitlosigkeit und intensiven Angstattacken, einen erneuten Infarkt zu erleiden.

Das Bild einer Belastungsstörung und die Symptompräsentation sind – wie die vier Beispiele zeigen – sehr vielgestaltig. Die folgende Fallschilderung veranschaulicht, wie differenziert eine klinische Anamnese zu sein hat und wie genau die verschiedenen Erlebnisbereiche zu explorieren sind. Ärztliche Routinekontakte im Rahmen etwa einer stationären Rehabilitation würden dieses komplexe Syndrom vermutlich nicht ans Tageslicht bringen:

Fallbeispiel einer milden posttraumatischen Belastungsstörung nach akutem Herzinfarkt

Ein 55-jähriger Mann erlitt vor 5 Monaten einen schweren Hinterwandinfarkt, wurde nach 5 min bewusstlos und erwachte erst auf der Intensivstation. Nach einer sich anschließenden Bypassoperation durchlebte er ein dreitägiges Durchgangssyndrom und wurde dann in die stationäre Rehabilitation überwiesen. Nun findet er nach 5 Monaten nur schwer in den Alltag zurück, lebt sehr zurückgezogen, meidet soziale Kontakte (nimmt beispielsweise nicht mehr an Familienfesten teil, die er früher sehr geliebt hat) und leidet an massiven Ängsten und drei- bis viermal wöchentlich auftretenden Panikattacken. Die Angst ist verbunden mit dem Gefühl, keine Zukunft mehr zu haben, das Leben abschließen zu müssen und unbedeutend geworden zu sein. Er vermeidet jede Anstrengung aus Angst vor einem Reinfarkt (obwohl er mit 110 Watt eine gute Leistungsfähigkeit hat), verlässt das Haus nur in Begleitung und gerät beim Anblick von Krankenwagen oder beim Hören des Martinshorns in einen angespannten Zustand und empfindet Brustdruck. Er leidet unter Schlafstörungen, träumt angstvoll von der Intensivstation. Er hat keinerlei sexuelle Appetenz und findet auch zu früheren Hobbys und Interessen nicht zurück. Sein Affekt ist gedämpft, depressiv und mutlos, zugleich angespannt-ängstlich und auch gereizt, er hat Schwierigkeiten, sich auf das Gespräch zu konzentrieren.

Systematische Literaturrecherche

Die bis August 2003 reichende Literaturrecherche fand in Psynindex, PsychINFO und Medline mit den Stichworten „coronar*

and“ a. „traumatic near1 stress“, b. „PTSD“, c. „emotional near1 distress“ statt. Auch andere Such-Terms wurden verwendet (etwa myocard* near1 infarc* oder AMI), die allerdings keine zusätzlichen Treffer brachten. Außerdem wurde in Literaturverzeichnissen von Hand- und Lehrbüchern eine Handsuche vorgenommen.³

Die nachfolgend aufgeführten 32 Publikationen stellen den derzeit relevanten Literaturkorpus zum Thema „akute und posttraumatische Belastungsstörung nach Herzinfarkt“ dar.

Ergebnisse

Zusammen 32 Arbeiten.

Zwei recherchierte, aber in die vorliegende Übersicht nicht aufgenommene Arbeiten stellen Aspekte akuter Suizidalität nach Infarkt (sowie anderen schweren Erkrankungen) dar (Kishi et al. 2001, 2002).

Im Review von Pedersen sind insgesamt 9 Arbeiten berücksichtigt, nur 5 davon finden allerdings in der vorliegenden Übersichtsarbeit Berücksichtigung (■ **Tabelle 2** sind es die Nummern 2, 3, 4, 5, 6). Pedersen hat außerdem 2 Arbeiten aufgenommen, die nur im „Dissertation Abstracts International“ zu finden sind (Lukach 1996; Mcpherson 1999). Dies ist nicht üblich, da die Arbeiten weder leicht zugänglich sind, noch einem Peer-review-Verfahren unterzogen waren. Außerdem hat sie eine Arbeit von Stoll et al. (2000) aufgenommen, die nicht Infarktpatienten, sondern kardiochirurgische PatientInnen einschließt. Diese 3 genannten Arbeiten werden in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt bleiben.

³ Recherchierte Arbeiten, die verwandte Konstrukte im Sinne einer Anpassungsstörung (Such-Term „emotional near1 distress“) behandeln, wurden nicht aufgenommen. Auch Arbeiten, die der Frage nachgehen, ob eine PTSD Auswirkungen auf das kardiovaskuläre System hat, wurden nicht aufgenommen. Bei den Recherchen wurden unter den genannten Such-Terms auch Arbeiten gefunden, die die psychische (traumatische) Verarbeitung bei Defibrillatoren, Herzstillstand, Herztransplantation oder Bypassoperationen thematisieren. Diese wurden nicht berücksichtigt. Weiterhin wurden Arbeiten ausgeschlossen, die die Folgen schwerer Belastungen (v. a. Kriegsteilnahme) auf die spätere Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung untersuchten und dabei Personen mit und ohne vorherige PTSD verglichen.

Tabelle 2

Ergebnis der Literaturrecherche

Systematic Review

1. Pedersen 2001
 Review über 9 Studien
 (Davon 4 Arbeiten, die streng genommen nicht hätten aufgenommen werden dürfen)
 Insgesamt N=478 Patienten
 Die methodischen Anmerkungen zum Stand der Forschung sind sehr gut
 Durchschnittliches N=50 (21 – 100)
 Prävalenz PTSD = 0–25%

Empirische Studien

1. Hackett et al. 1968	Querschnittstudie N=50 AMI	Eine der ersten Studien zur Thematik Studie mit 50 Infarktpatienten und guten Zahlen Delirium 10%; Orientierungsstörungen 50% Verleugnung 45% PTSD („traumatic neuroses“) eher nach Herzstillstand (ohne Prävalenzangabe)
2. Neumann 1991	Querschnittstudie N=41 Männer; N=21 AMI und Kontrollgruppe N=20 Koloskopiepatienten	Impact of Event Scale (Horowitz et al.), Checkliste der APA zu PTSD, Rating-Skala (Eigenkonstruktion) Retrospektiv (6 Monate bis 8 Jahre) werden zwei Patientengruppen verglichen; wenig präzise Angaben zu den Ergebnissen und zur Erhebung; Fragen wurden den Patienten vorgelesen, unklar bleibt, ob persönlich oder am Telefon Im Vergleich zur Kontrollgruppe haben Infarktpatienten signifikant höhere Belastung auf dem PTSD Score angegeben. Keine Angaben zu den Absolutwerten und Cut-off-Werten, so dass nicht gesagt werden kann, ob die Kriterien einer PTSD erreicht werden. Prävalenz bleibt unklar
3. Doerfler et al. 1994	N=50 Männer AMI 6–12 Monate nach AMI oder Bypassoperation	Insgesamt wird wenig psychischer Distress in den ersten 12 Monaten gefunden 4 von 50 Patienten erreichen das DSM-Kriterium einer PTSD (also 8%), zusätzlich 7 erreichen ein etwas weiteres Kriterium. Zusammen also 22% PTSD Die PTSD-Skala korreliert signifikant mit Angst, Depression, Ärger und psychopathologischer Auffälligkeit
4. Kutz et al. 1994	Prävalenzstudie N=100 Israelis mit AMI mehrere Messzeitpunkte	Reactions Index, Impact of Event Scale, Inventory to Diagnose Depression, Trait Anxiety Inventory, Trait Anger Scale, SCL90, Social Adjustment Scale Insgesamt 25% PTSD; Auftreten i. Allg. innerhalb von 3 Monaten, wenige in der Zeit von 3–6 Monaten und ganz wenige erst nach 6 Monaten Akute PTSD in 9% Zusätzlich chronische PTSD in 16% Es wurden eine Reihe von prädiktiven Variablen gefunden (ethnischer Hintergrund, frühere traumatische Erfahrungen, Antizipation einer Behinderung nach Infarkt)
5. van Driel u. den Velde 1995	Longitudinalstudie 2 Messzeitpunkte; an N=23 AMI	Adaptation des DSM-PTSD Inventory SCID-R-PTSD DSM Modul (Spitzer et al.) 2 unabhängige Rater Ein Patient von 18= 5,6% zeigt PTSD in der Akutphase Nach 2 Jahren ist keine PTSD mehr nachweisbar 9 von 23 Patienten realisieren beim Transport die Lebensgefahr, viele aber auch nicht Vorheriges Trauma begünstigt Entstehung von PTSD nicht 8 von 23 hatten emotionalen Distress und wünschen psychologische Unterstützung

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Ergebnis der Literaturrecherche

6. Bennett u. Brooke 1999	Querschnittstudie N=69 AMI-Patienten davon füllen N=44 die Fragebögen aus	PDS: Posttrauma-tic Diagnostic Scale, Impact of Event Scale, Positive and negative Affect Schedule, Toronto Alexithymia Scale, Duke Social Support Questionnaire	12 Monate Post-AMI; mit Fragebogen 4 von 44 = 9% erreichen das PTSD Kriterium des Fragebogens 6–12 Monate nach dem Ereignis
7. Bennett et al. 2001	N=68 AMI Bei T2 nur noch N=39; 2 Messzeitpunkte	Posttraumatic Diagnostic Scale, Impact of Event Scale, Cognitive Appraisal Questionnaire, Global Mood Scale	N= 3 Patienten zeigen nach 3 Monaten Zeichen einer PTSD im Fragebogen = 8% (hier nehmen nur 39 von 68 Patienten an der Befragung teil) Prädiktoren der PTSD zu T2 sind: negative Affekte und hohe Angst zu T1 Div. meth. Unklarheiten schmälern die Aussagekraft
8. Shemesh et al. 2001	N=102 AMI Prospektive Studie Mit wenig spezifisch geeigneten Instrumenten	Impact of Event Scale, SCL 90	Nach dem Kriterium der DSM haben 6 Monate nach dem Ereignis ca. 10% PTSD Symptome Diejenigen, die Symptome einer PTSD haben, zeigen deutlich schlechtere Compliance für Medikamenteneinnahme
9. Bennett et al. 2002	N=87 Untersuchung direkt nach AMI und nach 3 Monaten	Posttraumatic Diagnostic Scale, Cognitive Appraisal Questionnaire, Impact of Event Scale, DUKE Social Support Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Positive and negative Affect Schedule	Prävalenz nach 3 Monaten 16 % Prädiktoren für einige Skalen des PDS: wenig soziale Unterstützung, negativer Affekt und Dissoziation

AMI akuter Myokardinfarkt

Weiterhin wird von Pedersen (ebenfalls unüblicherweise) eine unveröffentlichte Arbeit von Bennet et al. berücksichtigt. (Vermutlich handelt es sich um eine der beiden Arbeiten der Arbeitsgruppe, die in **Tabelle 2** als Nummer 7 und 9 geführt sind.) In der vorliegenden Übersicht werden insgesamt 3 Arbeiten dieser Arbeitsgruppe berücksichtigt.

Auch wenn es für eine systematische Übersichtsarbeit ungewöhnlich erscheinen mag, haben wir uns entschlossen, ebenfalls Kasuistiken und theoretische bzw. klinisch ausgerichtete Publikationen zur traumatischen Reaktion nach Infarkt aufzunehmen. Hierdurch kann u. E. wertvolles ExpertInnenwissen genutzt werden. Dies ist beim derzeitigen Forschungsstand sinnvoll. Auf diese Weise kann die zitierte Arbeit von Kutz et al. Berücksichtigung finden, und es können die Erfahrungen von langjährig in diesem Feld forschenden und klinisch tätigen KollegInnen (wie Allan u. Scheidt 1996, 1998; Klasmeier 1991; Köhle u. Gaus 1986; Köhle et al. 1996) Eingang finden.

Die recherchierten Studien unterscheiden sich in vielen Punkten grundsätzlich:

- Hinsichtlich der *Größe der untersuchten PatientInnenstichprobe* (N=21–102), der Qualität der Beschreibung der untersuchten Stichprobe, der Selektionskriterien sowie der Analysen der Drop-out-Raten.
- Hinsichtlich des *Untersuchungszeitpunktes*, der in einigen Untersuchungen unmittelbar nach der Akutbehandlung (also wenige Tage nach dem Ereignis) liegt und am anderen Ende der Zeitskala 96 Monate danach liegt.
- Hinsichtlich der eingesetzten *Forschungsinstrumente* zur Erfassung von Symptomen einer PTSD.

Die eingesetzten Instrumente haben oft deutliche Schwächen und erfassen nur Teilbereiche einer PTSD (z. B. die „Impact of Event Scale“, IES).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die PTSD-Prävalenz: Sie liegt auf der Basis von 7 Studien und einem Review zwischen 5–25%. Wenn man einen Gesamtmittelwert bildet, so kann die Prävalenz auf 11–12% für die ersten 6 Monate präzisiert werden. Für den Zeitraum nach 6 Monaten ist die Daten-

lage unbefriedigend und widersprüchlich: Es lässt sich aber vermuten, dass die Spontanremission unbehandelt gering ist.

Implikationen für die psychotherapeutische Behandlungstechnik

Gegenwärtig werden in der Psychotherapie der PTSD mehrere Verfahren angewendet, die von psychodynamischen, lerntheoretischen, kognitiv-behavioralen oder neurobiologischen Konzepten und Modellen abgeleitet und begründet sind (vgl. Flatten et al. 2001, S. 60 ff.). Hier sind zu nennen therapeutische Techniken der Imagination, der kognitiv-behavioralen Umstrukturierung, der verhaltenstherapeutischen Expositionstrategien, „eye movement desensitization and reprocessing“ und Verfahren der körperlichen und künstlerisch expressiven Aktivierung sowie der gezielte Einsatz von Psychopharmaka. Im Zentrum psychodynamischer Therapieverfahren steht die Idee, die traumatischen Erfahrungen, die verdrängt oder abgespalten sein können und zu der traumatischen Syndromatik führen (Intrusion, Dissoziation, Nicht-Fühlen, Übererregung, Somatisierung etc.), in der Übertragungsbeziehung wiederzubeleben und mit dem Ziel durchzuarbeiten, dass durch Symbolisierung, Typisierung und Normalisierung die völlig überraschenden und zunächst unbewältigten Ereignisse nachträglich im therapeutischen Dialog integriert werden (Horowitz 1974; Lindy 1993, 1996).

Aufgrund des gegenwärtig verfügbaren evidenz-basierten Wissens zur Psychotherapie von PTSD kann in einer allgemeinen Hinsicht gesagt werden, dass das therapeutische Vorgehen prinzipiell aus den 3 Komponenten der 1. Stabilisierung, 2. der Traumabearbeitung im engeren Sinne und 3. der Rehabilitation bzw. Reintegration der traumatischen Destruktivität zusammengesetzt ist (vgl. auch das Themenheft der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“, Nr. 1, März 2000). Maßgeblich ist derzeit die Bilanz, die von Flatten et al. als Leitlinien „posttraumatische Belastungsstörung“ vorgelegt wurde (Flatten et al. 2001).

Die therapeutische Grundhaltung, die mit einer umfassenden *persönlichen Präsenz* in der Aufnahme und Anerkennung gegenüber der traumatischen und existenziellen Thematik von Leben und Tod verknüpft ist, setzt bei den behandelnden Psychothe-

rapeutInnen voraus, dass sie sich selbst mit der existenziellen Dimension des Seins auseinander gesetzt und diese im Sinne einer „Kompetenz“ in die eigene persönliche Existenz integriert haben. (Dies ist durch die derzeitigen Ausbildungsgänge u. E. möglicherweise nicht immer gewährleistet.)

Flatten et al. heben hervor, dass bezüglich der Evaluation der verschiedenen Behandlungsverfahren der PTSD ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Es müsse in Zukunft geklärt werden, inwieweit die in den letzten Jahrzehnten entstandenen mannigfaltigen traumatherapeutischen Verfahren im Allgemeinen, insbesondere aber in ihrer Anwendung auf bestimmte Patientengruppen wirksam sind und es ggf. notwendig sein wird, krankheits- und traumaspezifische Interventionen zu entwickeln. Hinsichtlich des Herzinfarktgeschehens gibt es keine systematische empirische Interventionsstudie; deshalb stehen derzeit lediglich die oben genannten Erfahrungsberichte von ExpertInnen und die Kasuistiken als Handlungsgrundlage zur Verfügung.

Ein zentrales Problem der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung bei Herzinfarktpatienten ist nach derzeitigem Wissen die spezifische Übertragung der Betroffenen: Sie lösen häufig Distanz in ihrem Gegenüber aus, erscheinen im Klinikalltag unauffällig und vermeiden eher enge Kontakte zum medizinischen Personal. Im Gespräch umgehen sie die mit dem Infarkt in Zusammenhang stehenden Themen und Affekte, sie äußern sich bagatellisierend. (Dies wurde allgemein bei traumatisierten Menschen ebenfalls beschrieben; Fischer u. Riedesser 1998). Somit besteht zunächst die Gefahr, dass sie im Rahmen der Akut- und Rehabilitationsbehandlung und auch in der Langzeitbetreuung bei niedergelassenen ÄrztInnen unerkant bleiben. Da sie meist nicht eigeninitiativ psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, bleibt die Symptomatik oft unbeachtet. Oft sind es Freunde, Familienangehörige oder die EhepartnerInnen, die die Veränderungen wahrnehmen und die Initiative ergreifen.

Einem verbreiteten Vorurteil folgend, wird meist davon ausgegangen, dass sich die Symptome einer PTSD mit der Zeit von selbst verlieren. Diese Auffassung ist falsch: Es sprechen viele Befunde dafür, dass mit einer Spontanremission nach 6 Monaten nicht mehr gerechnet werden kann.

Im psychotherapeutischen Behandlungsetting ist zunächst das geschilderte spezifische Übertragungsangebot zu beachten, und die Gegenübertragung muss genau kontrolliert werden. Bagatellisierung und Verharmlosung sollten nicht unterstützt werden, auch dann nicht, wenn die PatientInnen dies unbewusst als Wunsch in den Raum stellen bzw. als Verarbeitungsmodus „präsentieren“. Schon Flanders Dunbar (Dunbar 1943) wies in ihren Arbeiten einerseits auf die gute psychotherapeutische Behandelbarkeit hin, merkte aber auch an, dass es gerade die gut gelaunten, sportlich und ironisch mit der Krankheit umgehenden Männer seien, die in größter Gefahr eines Reinfarkts seien (vgl. auch Bardé u. Jordan 2003). Der Ernst der Lage darf *und soll* thematisiert werden, die Trauer über den erlittenen Verlust an Unversehrtheit und Urvertrauen sollte besprochen werden. Zentrales bewusstes oder unbewusstes Thema dieser Menschen ist die permanente Todesangst und deren Bewältigung (Klasmeier 1991; Allan u. Scheidt 1996). Sie sprechen manchmal noch nicht einmal mit ihren PartnerInnen hierüber (oder jovial-sportlich abwehrend), und es ist deshalb um so wichtiger, dass es einen Ort gibt, an dem dies ernsthaft besprochen werden kann. Die Unbestimmtheit des weiteren Lebens, die Möglichkeit eines jederzeit eintretenden erneuten und möglicherweise tödlichen Reinfarkts ist das existenzielle Thema dieser Menschen. Die therapeutische Grundhaltung kann so beschrieben werden: Persönlich präsent sein für die existenziellen Sorgen und dennoch die Realität der nächsten Lebensschritte nicht aus dem Auge verlieren, Todesangst zulassen und dennoch lohnende und befriedigende Lebensperspektiven entwickeln. Dabei ist es wichtig, nicht mit den PatientInnen zu verschmelzen und auch nicht dem unbewussten Übertragungsangebot einer zu großen Distanzierung zu unterliegen (Wilson u. Lindy 1994). Gleichzeitig gilt es, in einer handlungspraktischen und verhaltenstherapeutischen Perspektive, systematisch das meist entstandene Vermeidungsverhalten abzubauen und hier auch die Familie als aktiv unterstützende Personen einzubeziehen. Die PatientInnen sollen lernen, dass sie ihren Radius erweitern können, dass sie sich nicht permanent in der Nähe eines Arztes aufhalten müssen, und dass ihre kör-

perliche Leistungsfähigkeit durch sie selbst präzise eingeschätzt und dann auch genutzt werden kann und sogar im Sinne der Sekundärprävention genutzt und erweitert werden sollte. Die Stärkung von Selbstwirksamkeitsgefühlen ist erstrebenswert.

Es ist empfehlenswert, mit den Betroffenen die Auslösesituation des Infarkts genau und auch wiederholt zu besprechen. Außerdem sollte die persönliche Lamentation exploriert werden, denn häufig wird der Infarkt auf dem Hintergrund der Biographie mit einer spezifischen Bedeutung ausgestattet (Strafe, Niederlage, Moratorium, Erlösung, Befreiung...). Die Analyse der Auslösesituation und Kausalattribution führen häufig zu einer weiteren Vertiefung des Verständnisses der PatientInnen, die häufig das Trauma des Infarkts mit anderen ebenfalls schwer belastenden Ereignissen unbewusst verknüpfen. Nur diese Auseinandersetzung mit den persönlichen Kausalattributionen fördert allmählich eine Wiederanpassung und hilft, die permanente Todesangst, die Unbestimmtheit zu ertragen und auch die meist vorhandenen sog. Risikofaktoren durch eine Veränderung des Lebensstils zu beeinflussen. Diese intensiven Bemühungen der meisten PatientInnen zur Lebensstiländerung können nicht durch einen drohenden erhobenen Zeigefinger unterstützt werden, sondern nur durch die Arbeit an der Trauer und durch die Wiedergewinnung neuer Perspektiven und Ressourcen. Die Dauer solcher Behandlungen kann aus der klinischen Erfahrung auf 3–25 Sitzungen beziffert werden.

In vielen Fällen ist auch die Einbeziehung der PartnerInnen von großer Bedeutung. So zeigen zahlreiche empirische Befunde, dass die Qualität der Partnerschaft Einfluss auf die Krankheitsbewältigung hat, dass aber die PartnerInnen in erheblichem Maße ebenfalls von dem Infarkt belastet sind und in einem Zeitfenster von bis zu 18 Monaten diverse funktionelle und psychosomatische sowie auch affektive Störungen entwickeln (Titscher u. Schöppel 2000). Nicht selten fällt es den PartnerInnen schwer, über die Bedrohung der Krankheit zu sprechen, weil sie fürchten, die PatientInnen damit zu belasten. Dies zeigt eine Äußerung einer Frau, die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung sagte: „Sie können sich nicht vorstellen, wie schwer es ist, mit einem Mann zu leben, bei dem man

seit 10 Jahren täglich die Furcht hat, er könne heute sterben und der dies auch noch einmal pro Woche andeutet...“

Fazit für die Praxis

Ein akuter Herzinfarkt ist für Betroffene ein lebensbedrohliches Ereignis, kann Ängste auslösen und erhebliche Veränderungsanforderungen des Alltagslebens mit sich bringen. Die psychische Verarbeitung ist unterschiedlich und von zahlreichen Variablen abhängig. Ein Teil der Patientinnen und Patienten übersteht das Ereignis psychisch ohne krankheitswertige Störungen. Wahrscheinlich zeigen zwischen 20% und 40% der Betroffenen unterschiedliche psychische Störungen von Krankheitswert (viele vermutlich Anpassungsstörungen), während nur bei etwa 11–12% eine Belastungsstörung zu diagnostizieren ist. Dies hat entsprechende Kurz- und Langzeitfolgen hinsichtlich der psychischen Gesundheit, der Compliance und Lebensqualität sowie der Prognose. Die Prädiktoren einer Belastungsstörung sind noch weitgehend unbekannt: Genannt werden Alter, Geschlecht, Schwere des Infarkts, die Dauer der Intensivbehandlung und ethnische wie auch soziale Faktoren (vgl. vor allem die Arbeit von Bennett et al. 2002).

Völlig offen ist noch, ob Menschen, die schon früher im Leben eine PTSD hatten, mit größerer Wahrscheinlichkeit im Rahmen eines AML erneut mit einer PTSD reagieren.

Die Prävalenzraten einer PTSD bei schweren (nichtkrankheitsbedingten) Traumata (Katastrophen, Folter, Geiselnahme, Entführung, Erdbeben etc.) liegen bei etwa 35%. Dagegen sind die Prävalenzraten bei vielen Krankheitsbildern, wie Krebs, Transplantation, Myokardinfarkt, mit ca. 11% vergleichsweise niedrig. Zu dieser auffallenden Differenz gibt es zahlreiche Interpretationen. Vermutlich ist von großer Bedeutung, dass eine schwere und lebensbedrohliche Krankheit zum erfahrbaren und vor allem auch erwartbaren Erlebnisbereich eines Menschen gehört. Die eigene schwere Krankheit ist möglicherweise vorher eher verleugnet und abgespalten („... andere werden erkranken, nicht ich...“), und es handelt sich somit im Grunde um ein „Informationstrauma“ (Green et al. 1994; Shalev et al. 1993). Das Trauma besteht in der Mitteilung, dass

man von nun an mit dem Umstand leben muss, dass der Tod näher gerückt ist und andere belastende Ereignisse und Folgen zu bewältigen sein werden. Es wird also das Weltbild der Zuverlässigkeit und eigenen Unverletzlichkeit erschüttert (Fischer u. Riedesser 1998).

Die Identifizierung dieser spezifischen Subgruppe von PatientInnen mit einer Belastungsstörung ist für die Forschung aber vor allem für den klinischen Alltag aus mehreren Gründen sehr relevant:

- Nichterkennen führt zu hohen Kosten und Folgeerkrankungen (Solomon u. Davidson 1997).
- PatientInnen dieser Subgruppe sind weniger compliant (Shemesh et al. 2001), und die Prognose ist mit hoher Wahrscheinlichkeit schlechter.
- Diese PatientInnen brauchen eine traumaspezifische psychologische Intervention.
- Es ist aus anderen Forschungen der Psychotraumatologie bekannt, dass Symptome der Belastungsstörung unbehandelt zur Chronifizierung neigen. (Dies konnte durch eine Studie erhärtet werden; Bennett et al. 2002.) Bei unbehandeltem Fortbestehen nach 12 Monaten ist kaum noch mit einer Spontanremission zu rechnen (Maercker u. Ehler 2001).

Neben den erläuterten prinzipiellen Schwierigkeiten zeigen die referierten Arbeiten eine Reihe von erheblichen methodischen Mängeln, die zukünftige Forschung rechtfertigen.

Korrespondierender Autor

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Dipl.-Psych.
Jochen Jordan

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt,
Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.
E-Mail: jjordan@em.uni-frankfurt.de

Danksagung

Die Autoren danken allen Kolleginnen und Kollegen der Statuskonferenz Psychokardiologie, die an der Diskussion des Themas beteiligt waren, für die Kritik und die anregenden Veränderungen.

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

- Allan R, Scheidt SE (1996) Heart and mind: the practice of cardiac psychology. American Psychological Association, Washington, DC
- Allan R, Scheidt SE (1998) Group psychotherapy for patients with coronary heart disease. *Int J Group Psychother* 48:187–214
- Alonzo AA (1999) Acute myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *J Cardiovasc Nurs* 13:33–45
- Alonzo AA (2000) The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *Soc Sci Med* 50:1475–1484
- Alonzo AA, Reynolds NR (1998) The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. *Soc Sci Med* 46:1099–1110
- Bardé B (1997) Leben nach dem Herzinfarkt. Eine Einzel-fallstudie. In: Kutter P (Hrsg) *Psychoanalyse interdisziplinär*. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 19–49
- Bardé B, Jordan J (2003) Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzerkrankung – 100 Jahre psychoanalytische Forschung. VAS, Frankfurt
- Bennett P, Brooke S (1999) Intrusive memories, post-traumatic stress disorder and myocardial infarction. *Br J Clin Psychol* 38:411–416
- Bennett P, Conway M, Clatworthy J, Brooke S, Owen R (2001) Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. *Heart Lung* 30:458–465
- Bennett P, Owen RL, Koutsakis S, Bisson J (2002) Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychol Health* 17:489–500
- Beutel M (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Coping processes in chronic diseases. Edition Medizin, VCH, Weinheim
- Brodner G, Langosch W, Borcherding H (1985) Psychologische Veränderungen einige Jahre nach Herzinfarkt. In: Langosch W (Hrsg) *Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 240–257
- Bruckenberg E (2000) Herzbericht 1999 mit Transplantationschirurgie. 12. Bericht des Krankenhausaus-schusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder. Hannover
- Cameron PM (1989) Psychodynamische psychotherapie für die depressive syndrome. *Psychiatr J Univ Ott* 14:397–402
- Croog SH (1983) Recovery and rehabilitation of heart patients: psychosocial aspects. In: Krantz DS, Baum A, Singer JE (eds) *Handbook of psychology and health*. Erlbaum, Hillsdale, pp 295–334
- Croog SH, Levine S (1982) Life after a heart attack. Social and psychological factors eight years later. Human Sciences Press, New York
- Devaal RB (2000) Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans following an acute myocardial infarction. Dissertation Abstracts International: Section B. *Sci Engineer* 60:4215
- Doerfler LA, Pbert L, Cosimo D de (1994) Symptoms of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. *Gen Hosp Psychiatry* 16:193–199
- Driel RC van, Op den Velde W (1995) Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 8:151–159
- Dunbar F (1943) *Psychosomatic diagnosis*. Harper, New York London
- Engel GL (1975) The death of a twin: mourning and anniversary reactions. *Fragments of 10 years of self-analysis*. *Int J Psychoanal* 56:23–40
- Fischer G, Riedesser P (1998) *Lehrbuch der Psycho-traumatologie*. Reinhardt, München
- Fischer W (1984) Soziale und biographische Konstitution chronischer Krankheiten. *Verh. dt. Soziologentag*. Campus, Frankfurt
- Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzold E (2001) Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Schattauer, Stuttgart
- Gerhardt U (1984) Typenkonstruktion bei Patientenkarrieren. In: Kohli M et al. (Hrsg) *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Metzler, Stuttgart, S 53–77
- Grande G, Leppin A, Mannebach H (2000) Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, Jugend und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg) *Gesundheit von Frauen und Männern in NRW*, S 181–197
- Green BL, Lindy JD, Grace MC (1994) Psychological effects of toxic contamination. In: Ursano RJ, McCaughey BG, Fullerton CS (eds) *Individual and community responses to trauma and disaster*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 154–176
- Hackett TP, Cassem NH, Wishnie HA (1968) The coronary-care unit. An appraisal of its psychologic hazards. *N Engl J Med* 279:1365–1370
- Hamner MB (1994) Exacerbation of posttraumatic stress disorder symptoms with medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 16:135–137
- Horowitz MJ (1974) Stress response syndromes. Character style and dynamic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 31:768–781
- Jordan J, Bardé B, Stirn A, Girth E (1997) Der Umgang mit Medizintechnik und die Folgen der iatrogenen Organfixierung am Beispiel der Koronar-dilatation (PTCA). In: Willenberg H, Hoffmann SO (Hrsg) *Handeln – Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie*. VAS, Frankfurt aM, S 185–196
- Kazemier M (1982) Herzkrankheit und ihre traumatisierende Wirkung auf das Vertrauen des Patienten in den eigenen Körper. In: Kielholz P, Siegenthaler W, Taggart W, Zanchetti A (Hrsg) *Psychosomatische Herz-Kreislauf-Störungen: wann und wie behandeln?* Huber, Bern, S 153–160
- Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT (2001) Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. *J Nerv Ment Dis* 189:623–628
- Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT, James T (2002) Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics* 42:382–390
- Klasmeier P (1991) Zum Beziehungsgeschehen mit psychosomatischen Patienten in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik. *Z Individualpsychol* 16:274–286
- Köhle K, Gaus E (1986) Psychotherapie von Herzinfarkt-Patienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase. In: Uexküll T (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban u. Schwarzenberg, München, S 691–714
- Köhle K, Gaus E, Wallace AG (1996) Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt – Perspektiven für ein biopsychosoziales Behandlungskonzept. In: Uexküll T (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban u. Schwarzenberg, München, S 798–809
- Kutz I, Garb R, David D (1988) Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 10:169–176
- Kutz I, Shabtai H, Solomon Z, Neumann M, David D (1994) Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: prevalence study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 31:48–56
- Lachauer R (1984) Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik. Erfahrungen aus psychoanalytischer Sicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 34:33–40
- Liebermann P, Wöller W, Siol T (2001) Einleitung. In: Flatten G et al. (Hrsg), S 13–24
- Lindy JD (1993) Focal psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In: Wilson JP, Raphael B (eds) *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum, New York, pp 803–810
- Lindy JD (1996) Psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In: Kolk BA van der, McFarlane S, Weisaeth L (eds) *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind*. Body u. Society. Sage, London, pp 525–536
- Lukach BM (1996) Are heart attacks traumatic stressors? Dissertation Abstracts International: Section B. *Sci Engineer* 56:6398
- Maercker A, Ehler U (2001) *Psychotraumatologie – eine neue Theorie- und Praxisperspektive für verschiedene medizinische Disziplinen*. In: Maercker A, Ehler U (Hrsg) *Psychotraumatologie*. Hogrefe, Göttingen, S 11–23
- Mcpherson RW (1999) Posttraumatic stress disorder as a consequence of myocardial infarction: a study of contributing factors. Dissertation Abstracts International: Section B. *Sci Engineer* 59:4473
- Menninger KA, Menninger WC (1936) Psychoanalytic observations in cardiac disorders. *Am Heart J* 11:10–22
- Neumann JK (1991) Psychological post-traumatic effects of MI: a comparison study. *Med Psychother* 4:105–110
- Ohlmeier D (1989) Zur Traumaverarbeitung bei schweren Körperkrankheiten – am Beispiel einer Gruppe von Herzinfarktkranken. *Gruppenpsychother Gruppensymp* 25:329–342
- Pedersen SS (2001) Post-traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease: a review and evaluation of the risk. *Scand J Psychol* 42:445–451
- Rüger U, Blomert AF, Förster W (1990) Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Schüßler G (1993) *Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Shalev AY, Schreiber S, Galai T, Melmed R (1993) Post traumatic stress disorder following medical events. *Br J Clin Psychol* 32:352–357
- Shemesh E, Rudnick A, Kaluski E et al. (2001) A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *Gen Hosp Psychiatry* 23:215–222
- Solomon SD, Davidson JRT (1997) Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry* 58:5–11
- Stoll C, Schelling G, Goetz AE et al. (2000) Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 120:505–512
- Strasser H (1982) *Psychosomatik und Rehabilitation*. Rehabilitation 21:21–28
- Thompson RN (1999) Prediction of trauma responses following myocardial infarction. Dissertation Abstracts International: Section B. *Sci Engineer* 60:2965
- Titscher G, Schöppel C (2000) Die Bedeutung der Paarbeziehung für Genese und Verlauf der koronaren Herzerkrankung. VAS, Frankfurt
- Wilson JP, Lindy JD (1994) *Countertransference in the Treatment of PTSD*. Guilford Press, New York