

Psychodynamische Therapie bei Patienten und Patientinnen mit koronarer Herzerkrankung

Jochen Jordan & Benjamin Bardé

Abstract

Im Mittelpunkt der Erfahrungen in psychodynamischen Therapien mit psychokardiologischen PatientInnen steht das kritische Ereignis der Herzerkrankung, das eine biografische Bruchstelle dadurch markiert, dass mit ihm die Thematisierung des Todes, der Unwiederholbarkeit und die Unumkehrbarkeit der eigenen Zeit und des eigenen Lebens in das Erleben eingeführt wird. Dies erfordert von PsychotherapeutInnen auf der Grundlage eines soliden kardiologischen Basiswissens eine sorgfältige Verarbeitung des Krankheitsereignisses durch eine weiträumige biografischen Kontextualisierung des Ereignisses im Hinblick auf belastende kritische Lebensereignisse, kritische Lebensstile, Gratifikationskrisen, vitale Erschöpfungsbereitschaften und chronische Partnerschaftskonflikte. Unabhängig von der erfolgreichen technisch-interventionellen Kardiologie geht es um die nachträgliche, aber auch um die prospektive Konstruktion von Sinn, der einen mit der Erkrankung kompatiblen neuen Lebensstil fördern kann. Behandlungsmethodisch wird auf eine bei dieser Zielsetzung häufig zu beobachtende „Wahrnehmungslücke“ aufmerksam gemacht, mit der in der Regel kardiovaskulär riskantes und maladaptives Verhalten verbunden ist. Sie ist dadurch charakterisiert, dass latente Präkonzepte die Wahrnehmungen realer Ereignisabfolgen in Handlungssituationen ersetzen und diese schlimmer erscheinen lassen, als sie tatsächlich sind.

Schlüsselwörter

Psychodynamische Therapie, Herzerkrankung als biographische Bruchstelle, Todesangst, Krankheitsverarbeitung, Lebensstil, Sinn- und Zeitkonstitution, Phänomenologie.

Der nachfolgende Beitrag fokussiert auf die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit ischämischer Herzerkrankung (nachfolgend KHK: koronare Herzkrankheit), weil die Behandlung anderer Herzerkrankungen jeweils spezifische Besonderheiten mit sich bringt und daher andere Behandlungstechniken erfordert, die den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde (Herztransplantation, Rhythmusstörungen, Reanimation, Mehrfachschocks eines implantierten Defibrillators etc.).¹

Perspektivenwechsel. In den vergangenen Jahrzehnten sind auch auf Seiten psychodynamisch orientierter PsychotherapeutInnen eine Vielzahl von Ängsten, Vorbehalten und maladaptiven kognitiven Mustern gegenüber der Behandlung von Herzkranken formuliert worden. So wurde auch von psychodynamisch orientierten KollegInnen zuweilen postuliert, dass Menschen mit KHK einer tiefenpsychologischen Therapie nicht zugänglich seien, weil sie psychopathologisch zu gestört oder allzu rationalisierend-intellektualisierend und technisch orientiert seien und überdies zur Verleugnung neigten (z.B. Moersch et al., 1980). Diese Stellungnahmen basieren u.E. auf verengten kognitiven Präkonzepten und einer daraus resultierenden ungeeigneten Untersuchungsmethodik.

Behandelbarkeit. Es ist jedoch wichtig in der Arbeit mit diesen PatientInnen eine Sichtweise einzunehmen, die prinzipiell davon ausgeht, dass psychodynamische Therapie hier nutzbringend ist. Außerordentlich wichtig ist auch die Grundauffassung, dass keine Befürchtungen hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Herzkranken angebracht sind. Man muss nicht fürchten, dass konfliktaufdeckende und biografisch rekonstruierende Arbeit (auch nicht die Integration von EMDR in die Therapie) körperlich krisenhafte Zustände auslösen. Aus kardiologischer Sicht lassen sich diese verbreiteten Befürchtungen nicht begründen. Die PatientInnen sind in der Psychotherapiepraxis nicht gefährdeter als anderswo in der Welt. In Notfällen ist ohne Zögern die 112 anzurufen, wie man dies auch im Einkaufszentrum und überall sonst tun würde.

¹ Unsere Ausführungen basieren auf einer umfassenden Sichtung psychodynamischer Publikationen zur KHK und deren psychotherapeutischer Behandlung (Bardé & Jordan, 2003; Jordan, Bardé, & Zeiher, 2007), sowie auf einem umfassenden Erfahrungshintergrund (viele tausend Therapiestunden) der beiden Autoren, die seit 1980 in unterschiedlichen Formaten Menschen mit Herzerkrankungen behandelt haben (Gruppe, Kurz- und Langzeittherapie, Psychoanalyse, stationäre Behandlungen unterschiedlicher Länge). Eine Gruppenbehandlung und drei Kurzzeittherapien wurden aufgezeichnet und wissenschaftlich ausgewertet und alle Behandlungen wurden über die Jahre engmaschig diskutiert und im Sinne der Intervention kontrolliert (Bardé, 1993; Bardé, 1997; Bardé & Kutter, 1996; Bardé & Crespo, 1995; Jordan, 1991; Jordan, Overbeck, & Joos, 1983; Jordan, 1992; Jordan, Bardé, Stirn, & Girth, 1997; Jordan, 2010; Görgülü, 2002; Ammar, 2007; Götz, 2010; Jordan et al., 2007).

Kardiologisches Basiswissen. Für niedergelassene PsychotherapeutInnen ergibt sich allerdings bei dieser Erkrankung die Besonderheit, dass man sich ein differenziertes kardiologisches Basiswissen aneignen muss, da die Betroffenen ansonsten bei Nachfragen sofort erspüren, dass ihr Gegenüber unerfahren ist. Wenn man z.B. einen Patienten mit einem implantierten Defibrillator im Gespräch fragt, was ein solches Gerät tut und wo es implantiert wird, so schlussfolgern die Betroffenen (nicht ganz zu Unrecht wie wir finden), dass sie hier mit großer Wahrscheinlichkeit bei einem in dieser Hinsicht Unerfahrenen „gelandet“ sind. Darüber hinaus ist es erforderlich mit den mitbehandelnden FachärztInnen die medizinischen Befunde detailliert zu besprechen. Nur so kann man abschätzen, an welchen Stellen Widersprüche und Informationslücken auftreten, ohne deren Markierung und Bearbeitung kaum Fortschritte zu erzielen sind. In Deutschland und Österreich gibt es deshalb mittlerweile eine psychokardiologische Zusatzausbildung (in Deutschland bei der DGK).

Komorbidität. Darüber hinaus ist ein weiterer Perspektivenwechsel zu erwähnen: Depressionen, herzbezogene Angst, Panikattacken und herzzentrierte somatoforme Störungen sind bei manifester Herzerkrankung anders zu handhaben, als es bei körperlich Gesunden die Regel ist. Sie sind zunächst in erster Linie als *Derivate der Todesangst* und als Versuch einer stabilen Krankheitsverarbeitung zu begreifen und zwar auch dann, wenn sie in dieser Phase maladaptiv erscheinen mögen. Mit Geduld sind sie als unausweichliche Folge der Erschütterung durch die Krankheit und als Resultat der unerträglichen Verunsicherung und der Unbestimmtheit des weiteren Verlaufs zu deuten. Es braucht Zeit (bis zu 18 Monaten) und immer wieder Sicherheit gebende Erfahrungen und ärztliche Beratung und Diagnostik.

Behandlungstechnik

Neben die gleichschwebende Aufmerksamkeit tritt die aufmerksame Achtsamkeit auf existentielle Aspekte der Krankheitsentstehung und –verarbeitung.

1. Die unerwartete biografische Bruchstelle

Die Krankheit hat im Erleben der Betroffenen fast immer ein Moment größter Überraschung und Plötzlichkeit, obgleich der ihr zugrundeliegende Prozess der Atherosklerose ein im frühen Erwachsenenalter beginnender schleichender Vorgang ist. *Die Plötzlichkeit des Eintritts einer lebensbedrohlichen Sicht auf das eigene Leben (ich habe nur einen einzigen Körper und ein Leben) ist zumeist auch verbunden mit der Erstmaligkeit dieser Perspektive.* Die Betroffenen werden fraglos aus ihrer vertrauten Alltagswelt (mit selbstverständlicher Integration in Habitusformationen (Bourdieu,

1993)) herausgerissen und mit einer gänzlich neuen Anpassungsaufgabe konfrontiert (biografische Bruchstelle).

Zentral ist der Verlust oder die Verunsicherung in sozialen Rollen durch Verlust der körperlichen Integrität. *Das Ereignis hat im Grunde eine (akut) traumatische Qualität und daher katastrophisch existentiellen Charakter* (Jordan & Bardé, 2005). Wesentlich für das Verständnis des Betroffenen und daher handlungsleitend für die Therapieführung ist daher die Frage, ob und wenn ja wie die aktivierte Todesangst ins Bewusstsein vordringt oder aber durch Abwehrprozesse bagatellisiert, verleugnet, minimiert oder rationalisiert wird. Ohne Zweifel ist es behandlungstechnisch natürlich nicht angezeigt, diese Abwehr zu früh zu thematisieren oder gar zu durchbrechen. Vielmehr ist es erforderlich, behutsam zu eruieren, weshalb die existentielle Tragweite nicht ins Bewusstsein vordringen darf und ob die Abwehrmechanismen selbstschädigenden Charakter haben (z.B. Fortsetzung des risikoerhöhenden Verhaltens wie Rauchen, Bewegungsmangel oder die Nichteinnahme von Medikamenten) oder ob sie protektiv sind im Sinne einer Minderung der im Moment noch unerträglichen Bedrohung und Angsterfüllung. Die therapeutische Technik hierbei ist bevorzugt die Exploration, die Frage danach, wie PartnerInnen bzw. Familienangehörige die Krankheit aufnehmen und verarbeiten und ob es in der Vergangenheit schon andere Herzerkrankungen in der Familie oder im Freundeskreis gab. Hierdurch können vorsichtig beängstigende Sichtweisen aufgegriffen und bearbeitet werden, ohne dass sie als eigene Erlebniszustände der Betroffenen thematisch werden.

2. Vorgängige schwere psychische Belastungen

Die langjährige Erfahrung und wissenschaftliche Studien zeigen, dass dem Krankheitsbeginn häufig schwer belastende kritische Life-events mit grundsätzlich existentieller Bedeutung im Sinne schwerer narzisstischer Krisen/Niederlagen oder Verlusterlebnissen vorausgingen („catastrophic ruin“ (Dunbar, 1943)).

Diese dürfen in der psychotherapeutischen Arbeit nicht randständig bleiben, weil sie zuweilen mitursächlich sind und die aktuelle Krankheitsverarbeitung nachhaltig beeinflussen. Das Gleiche gilt für langjährige Verausgabungsprozesse und Gratifikationskrisen mit der häufigen Folge einer Vitalen Erschöpfung. Genauso sollten vorgängige psychische Beschwerden oder Episoden längerer psychischer Erkrankungen sehr bald evaluiert werden (z.B. Depressionen, chronifizierte Paarkonflikte, Traumalandkarte etc.). Selbstverständlich sind die derzeit nachgewiesenen sog. psychosozialen Risikofaktoren systematisch zu berücksichtigen (Jordan, Bardé, & Zeiher, 2001), was unbedingt auch bedeutet, dass diese biografisch rekonstruierend aufgearbeitet werden müssen („warum habe ich

mich so verausgabt“, „was sind die unbewussten Motivstränge des Ehrgeizes oder Perfektionismus“ etc.).

3. Die kardiologischen Behandlungsmaximen und ihre Wirkung auf die Betroffenen

Das Spezifische des Herzinfarkts im Verhältnis zu anderen Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder HIV ist neben der Plötzlichkeit des Ereignisses auch das Ausmaß immer noch möglicher interventionell-technischer Maßnahmen. *Die Kardiologie ist wie keine andere Fachdisziplin der Medizin eine Art Ingenieurmedizin geworden in welcher das sog. Maschinenparadigma (v. Uexküll) am weitesten entwickelt ist* (Cardio MRT, Cardio CT, percutane Dilatation und Stentsetzung im 24 – Stundenservice, Schrittmacher, Defibrillator mit telemedizinischen Rund-um-die-Uhr Kontakten zum Herzzentrum, Assist Devices für das Herz, künstliches Herz, Herztransplantation, Herzchirurgie und die mannigfaltigen pharmakologischen Möglichkeiten). Nirgendwo sonst sind die Behandlungsmöglichkeiten so umfassend und nirgendwo sonst wird in der Medizin so dauerhaft der Eindruck vermittelt, dass es immer noch weitere Möglichkeiten des Handelns gibt. Dies wirkt phasenweise sowohl ermutigend oder auch überfordernd auf die Betroffenen. In der Regel erleben die PatientInnen einen „Attribuierungszwang“, in dem sie versuchen nachträglich Ursachen dieses Ereignisses durch möglichst konsistente Deutungen zu bestimmen und sich selbst in einer kohärenten existentiellen Sinnstruktur zu reorganisieren.

In diesem handlungsbestimmten (Maschinenparadigma) Kontext entsteht das Bedürfnis der Kausalattribution: wenn alles machbar, reparierbar bzw. wenigstens beherrschbar wird, muss auch alles nachträglich erklärbar sein (das handlungsleitende Risikofaktorenmodell). Bei nicht wenigen PatientInnen speist sich hieraus die Motivation für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. *Todesangst und die brüchig gewordene Konzeption des eigenen Selbst führen zur Selbstreflexion im Wunsch nach einem neuen konsistenten Selbstbild: Anders gesagt: Ohne Herzkrankheit und deren psychischen Folgen hätten die meisten PatientInnen evtl. keine Psychotherapie aufgesucht*, was für Frauen mit KHK deutlich weniger pointiert gesagt werden kann. Das Risikofaktorenmodell ist also immer mehrdimensional im Erleben der Betroffenen: Hilfe bei der Erklärung des Geschehenen, Ansporn zur Änderung der Lebensweise aber auch Schuldzuweisung („ich bin ja selbst Schuld“: z.B. Rauchen). Dies alles ist Material für biografische Aufarbeitung und Suche nach verborgenen Sinnstrukturen und unbewussten Kontextualisierungen.

4. Eine veränderte innere methodische Haltung von PsychotherapeutInnen bei der Behandlung von psychokardiologischen PatientInnen

Nach unseren Erfahrungen besteht eine behandlungstechnische Besonderheit bei der Behandlung von psychokardiologischen PatientInnen darin, dass eine ganze Reihe von Schwierigkeiten auftreten, wenn man im Sinne eines konventionell traditionellen Übertragungsbegriffs und einer daraus folgenden „passiven Technik“ davon ausgeht, dass die sog. „Entfaltung der Übertragungsbeziehung“ (Übertragungsneurose) mit der Erwartung im Mittelpunkt zu stehen hat, dass alleine über diese Bahnung verdrängte intrapsychische unbewusste pathogene Konflikte aus Regionen des Vergangenheits-Unbewussten in der aktuellen Behandlungssituation sich darstellen („re-inszenieren“) und im Hier-und-Jetzt durch Methoden der analytischen Interpretation beeinflusst werden können.

Demgegenüber scheint uns eine phänomenologisch eingestellte Vorgehensweise einer „aktiven und detaillierten Jetzt-Aufmerksamkeit“ (vgl. die „Gegenwarts-momente“ bei D. Stern (Stern, 2005)) im Hinblick auf die Modalitäten der aktuellen Wahrnehmungsauffassung und –verarbeitung von Ereignisabfolgen („Beziehungsepisoden“ im Sinne von L. Luborsky (Luborsky, 1984) besonders wichtig zu sein.

In wahrnehmungspsychologischer Hinsicht (Metzger, 2001) sind wir davon beeindruckt, wie sehr diese PatientInnen durch erfahrungsunabhängige schematisierte Präkonzepte und starre Präkognitionen (Ellis, 1993; Beck, Rush, Shaw, & Hautzinger, 1999) apriorische Situationsdefinitionen leisten (eine Situation ist immer so real, wie sie definiert ist (Thomas, 1965)).

Das hat zur Folge, dass das, was in Ereignissen sich wirklich ereignet grundlegend aus der Wahrnehmungsauffassung, oft in überraschend massiver Weise, ausgeblendet wird. Mit Husserl (Husserl, 2009; S.582 ff.) könnte man auch sagen, dass die Bedeutungsintentionen gegenüber äußeren Gegebenheiten „leer“ bleiben und psychisch nicht zu einer anschaulichen Bedeutungserfüllung gebracht werden können. Es liegt nahe, um die Differenz zwischen Wahrnehmungsmannigfaltigkeit und Präkonzepten genau im therapeutisch-analytischen Dialog bestimmen zu können, die berichteten Handlungsabläufe in der Abfolge in den einzelnen Jetzt-Momenten genau „durchzubuchstabieren“. Das führt häufig zu dem Ergebnis, dass die Situationen sich in ihren Bestandteilen sehr viel komplexer darstellen und die Verkürzungen durch Präkonzepte in der Regel durch Motive und Einstellungen bestimmt sind, welche als kardiovaskulär relevante „maladaptive Verhaltensmuster“ gelten (Perfektionismus, Ehrgeiz, Ärger, Depressivität, Zeitdruck, Angst etc.). Auffallend ist auch, dass im Zusammenhang mit diesen Verkürzungen häufig deutliche Störungen in der Konstitution von Zeit(dauern) (Husserl, 2000) verbunden sind: Weil sich nichts Wirkliches, Reales in seiner ganzen Fülle ereignet, wird die Situation häufig als besonders belastend erlebt da sie zeitlos und damit

auch „endlos“ erscheint. Die therapeutische Arbeit fokussiert sich deshalb auf die förderliche Entwicklung von Ich-Funktionen, welche die Komplexität der Wahrnehmung und des Zeiterlebens erst ermöglichen. Erst dadurch wird es in einem zweiten Schritt möglich über eine Stärkung der Selbstartikulation aus einer abgegrenzten Subjekt-Position („Symbolisierungsfähigkeit“) effiziente und adäquate Handlungsstrategien zu entwickeln und über praktische Erfahrungen die Selbstwirksamkeit zu steigern. In dem Maße, wie das gelingt ist in der Regel die Abnahme oder sogar die Auflösung von kardiovaskulären Komplikationen und Krisen zu erwarten. In analytischer Hinsicht ist es eindrucksvoll, dass in dem Maße, wie diese „zensierende“ Differenz zwischen Wahrnehmung und Präkonzept konsequent herausgearbeitet wird auch die Gründe für diese Zensuren erinnert werden, die häufig ihre Wurzeln in frühen chronisch traumatisierenden Objektbeziehungskonflikten haben. Die wichtigen Erinnerungen an das bislang biografisch Verdrängte erscheint dabei eher als ein sekundäres Nebenprodukt der systematischen Analyse der „Wahrnehmungslücke“ und nicht als das primäre Ziel therapeutischer Analyse.

Häufig stehen von außen gesehen ganz banale Ereignisse im Zentrum: Eine Patientin nach Herzinfarkt lädt z.B. zu einem Kaffeekränzchen von drei Stunden Dauer ein, an dessen Ende sie schwer erschöpft Angina pectoris Attacken erlebt. Die detaillierte phänomenologische Analyse der Situation hatte keinerlei Hinweise auf „Stress von außen“ ergeben, vielmehr lag dessen Ursache in der Rolle der Gastgeberin, in der sie „von innen“ her ständig unter extremem Perfektionsdruck befürchtete, sie könnte etwas falsch machen und ungeliebt abgewiesen werden.

Fazit für die Praxis. Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung von Herzkranken ist möglich und gewinnbringend. Es sind fundierte kardiologische Grundkenntnisse erforderlich und eine systematische Kooperation mit den behandelnden ÄrztInnen ist sehr wichtig. Einige behandlungstechnische Besonderheiten im Umgang mit der Todesangst und mit den krankheitsbedingenden Erlebnis- und Verhaltensweisen sind hilfreich bei der Behandlung.

Reference List

- Ammar, N. (2007). *Die Bedeutung beruflicher Beziehungsmuster in der therapeutischen Behandlung von Koronarpatienten. Eine Analyse von zwei Kurzzeittherapien mit Hilfe des ZBKT*. Universitätsklinik Frankfurt.
- Bardé, B. (1993). Krankheitsorientierte analytische Gruppentherapie in der Rehabilitation. *Forschungsbericht Sigmund Freud Institut*.
- Bardé, B. (1997). Leben nach dem Herzinfarkt. Eine Einzelfallstudie. In P.Kutter (Ed.), *Psychoanalyse interdisziplinär*. (pp. 19-49). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bardé, B. & Crespo, U. (1995). *Krankheitsorientierte analytische Gruppenarbeit in der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten. Kooperationserfahrungen im Rahmen der teilstationären Anschlußheilbehandlung. "Frankfurter Modell"*. Frankfurt: Sigmund-Freud-Institut.
- Bardé, B. & Jordan, J. (2003). *Psychodynamische Beiträge zu Entstehung, Verlauf und Therapie der koronaren Herzerkrankung. Hundert Jahre psychoanalytische Forschung*. Frankfurt: VAS.**
- Bardé, B. & Kutter, P. (1996). Biographische Integration als Krankheitsbewältigung. Psychoanalytische Kurztherapie in der Anschlußheilbehandlung von Herzinfarktpatienten. *Forschung Frankfurt, 3. Sammelband Medizin*, 90-96.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Hautzinger, M. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Bourdieu, P. (1993). *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York, London: Harper.
- Ellis, A. (1993). *Grundlagen der rational-emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Görgülü, S. (2002). *Validierung des Analytiker-Interventionen-Rating-Systems: Eine empirische Untersuchung mit dem AIRS als Codiersystem für psychotherapeutische Interventionen in Kurztherapien*. Universitätsklinik Frankfurt.
- Götz, S. (2010). *Die Bedeutung sozialer Beziehungsmuster in der therapeutischen Behandlung von Koronarpatienten. Eine Analyse von zwei Kurzzeittherapien mit Hilfe des ZBKT*. Uniklinik Frankfurt.
- Husserl, E. (2000). *Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Husserl, E. (2009). *Logische Untersuchungen. Mit einer Einführung von E. Ströker*. Hamburg: Felix Meiner.
- Jordan, J. (2010). Das Unbewusste am Kathetertisch. In M.Giefer, O. Jägersberg, & W. H. Krause (Eds.), *Wege zum Es* (pp. 108-124). Frankfurt: VAS.
- Jordan, J., Bardé, B., & Zeiher, A. M. (2007). *Contributions Toward Evidence-Based Psychocardiology - A Systematic Review of the Literature*. Washington: APA.**
- Jordan, J. (1991). *Zum Erleben und zur psychischen Bewältigung medizinischer Technologie am Beispiel der percutanen transluminalen Coronarangioplastie*. Frankfurt a.M.: VAS.

- Jordan, J. (1992). Zur psychischen Verarbeitung einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) unmittelbar vor und nach dem Eingriff. In L.R.Schmidt (Ed.), *Psychologische Aspekte medizinischer Massnahmen*. (pp. 152-177). Berlin: Springer.
- Jordan, J. & Bardé, B. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem akuten Herzinfarkt - Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapeut, 50*, 33-42.**
- Jordan, J., Bardé, B., Stirn, A., & Girth, E. (1997). Der Umgang mit Medizintechnik und die Folgen der iatrogenen Organfixierung am Beispiel der Koronardilatation (PTCA). In H.Willenberg & S. O. Hoffmann (Eds.), *Handeln - Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie*. (pp. 185-196). Frankfurt (M): VAS.
- Jordan, J., Bardé, B., & Zeiher, A. M. (2001). Psychokardiologie heute. *Herz. Cardiovascular Diseases, 26*, 335-344.**
- Jordan, J., Overbeck, G., & Joos, W. (1983). Psychische Bewältigungsmechanismen bei offenen Herzoperationen in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Psychosomatik und Kardiologie (Eine Kasuistik). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 29*, 380-403.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. NY: Basic Books.
- Metzger, W. (2001). *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Wien: Krammer.
- Moersch, E., Kerz-Rühling, I., Drews, S., Nern, R. D., Kennel, K., Kelleter, R. et al. (1980). Zur Psychopathologie von Herzinfarkt-Patienten. *Psyche, 34*, 493-588.
- Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel.**
- Thomas, W. (1965). *Person und Sozialverhalten*. Neuwied und Berlin: Luchterhand.

Affiliation

Prof. Dr.rer.med. Dipl.Psych. Jochen Jordan
Klinik für Psychokardiologie
Kerckhoff Herz- und Gefäß -Campus
Ludwigstr. 41
61231 Bad Nauheim
Email: j.jordan@psycho-kardiologie.de
Tel.: 06032 999 5400
Fax: 06032 999 5401
www.psycho-kardiologie.de

CV

Benjamin Bardé, Psychoanalyse und Psychotherapie (DGPT), Gruppenanalyse (DAGG), Supervision (DGSv), niedergelassen in freier Praxis in Frankfurt M., Diplomstudien in Soziologie und Psychologie, Promotion in Psychoanalyse. Arbeiten zu Psychokardiologie, Traumabehandlung, Diskursanalyse und Psychotherapieforschung.

Jochen Jordan, Paartherapie sexueller Funktionsstörungen, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie, Körpertherapie. Von 1975 – 2006 Universitätsklinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt, seit 2006 Leiter der Klinik für Psychokardiologie auf dem Kerckhoff Campus in Bad Nauheim