



# Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 1 | März 2011 | 12. Jahrgang

## Herausgegeben von

Maria Borcsa  
Michael Broda  
Volker Köllner  
Henning Schauenburg  
Wolfgang Senf  
Barbara Stein  
Bettina Wilms

# Psychokardiologie

# Psychokardiologie

Herausgegeben von Christian Albus und Volker Köllner

März 2011 · 12. Jahrgang · Seite 1–100

1 · 2011



Christian Albus



Volker Köllner

---

## Editorial

### 1 Kann ein Herz vor Gram brechen? Oder: Was ist dran an der Psychokardiologie?

*Christian Albus · Volker Köllner*

---

## Standpunkte

### 2 Psychokardiologie als Beispiel für die Integration von kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Aspekten

*Christian Albus · Simone Kreuz · Volker Köllner*

### 8 Praxisfelder in der Psychokardiologie

*Georg Titscher*

---

## Aus der Praxis

### Richtungen und Verfahren

#### 13 Psychosoziale Aspekte in Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit

*Christian Albus*

#### 19 Psychodynamische Therapie bei Patienten und Patientinnen mit koronarer Herzerkrankung

*Jochen Jordan · Benjamin Bardé*

#### 23 Angst, Herzkrankheit und Verhaltenstherapie

*Volker Köllner · Franziska Einsle · Heinz Rüdell*

#### 29 Psychopharmakotherapie des depressiven Herzpatienten

*Florian Lederbogen*

#### 33 Kardiovaskuläre Psychophysiologie

*Andreas Schwerdtfeger*

### Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

#### 39 Psychokardiologische Grundversorgung – Ein neues interdisziplinäres Kursangebot für Ärzte und Psychologen

*Christoph Herrmann-Lingen*

#### 44 Ein schrittweises psychoedukatives Behandlungsprogramm für Patienten mit implantiertem Cardioverter / Defibrillator (ICD)

*Karl-Heinz Ladwig · Christina Henningsen · Joram Ronel · Christof Kolb*

#### 48 Herzinsuffizienz, Kognition und Coping

*Denise Fischer · Volker Köllner*

#### 52 „Ich mach das nicht leichten Herzens“ – Leben mit dem Herz eines Anderen

*Michael Langenbach*

#### 56 „We ask a lot of our patients“ – Verarbeitung von Hightech-Medizin am Beispiel Kunstherz

*Brigitta Bunzel*

**61 Ist die arterielle Hypertonie eine psychosomatische Erkrankung?***Heinz Rüdell***66 Die biografische Dimension der koronaren Herzkrankheit – Felitti und die Folgen***Alexandra Boese · Katja Jamrozinski · Christoph Herrmann-Lingen***Forschung aus der Praxis / Forschung für die Praxis****70 Herzangst***Jürgen Hoyer · Ulrike Lueken***Interviews****75 „Herzranke Frauen gehen in gemischten Gruppen leicht unter ...“***Kristina Orth-Gomer im Gespräch mit Christian Albus***77 „Als Herzchirurg kann man anderen Menschen auf eine elementare Weise helfen ...“***Hans-Joachim Schäfers im Gespräch mit Volker Köllner***80 Psychokardiologie: ein sich stark entwickelndes Feld, von dem viele spannende Ergebnisse zu erwarten sind***Michael Böhm im Gespräch mit Volker Köllner***Résumé****82 Psychokardiologie geht uns alle an!***Volker Köllner · Christian Albus***DialogLinks****84 DIE psychokardiologische Website ...***Nadine Wunder · Volker Köllner***DialogBooks****89 Buchempfehlungen***Katharina Neumann***Im Dialog****93 Wir empfehlen ...***Peter Geißler***95 „Achieving Clinical Excellence“ – Bericht über eine internationale Konferenz in Kansas City am 21. / 22.10.2010***Arndt Linsenhoff***98 Herausgeberteam****99 Impressum****100 Vorschau****[www.thieme.de/pid](http://www.thieme.de/pid)**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in PSYINDEX

# Kann ein Herz vor Gram brechen? Oder: Was ist dran an der Psychokardiologie?



**Christian Albus · Volker Köllner**

„Mein Leben ist in der Hand eines jeden Rüpels, dem es beliebt, mich zu ärgern“ sprach Sir John Hunter, der berühmte schottische Arzt und Chirurg (1728–1793). Er starb – wie selbst vorhergesagt – an einem Herzanfall nach einem Streit mit Fakultätskollegen.

Dichtung und Volksweisheiten sind voller Bezüge auf den Zusammenhang zwischen Herz und Seele, aber belegt das ein plausibles Ursachenkonzept? Und wenn ein solcher Zusammenhang besteht, welche Bedeutung hat das für das psychotherapeutische Versorgungssystem? Wie viele Herzpatienten benötigen eine psychosomatisch-psychotherapeutische Mitbehandlung? Und: Was sollten ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen wissen, um der Komplexität der Leib-Seele-Wechselwirkungen gerecht zu werden?

Mit dem vorliegenden Heft haben wir uns als Herausgeber vorgenommen, die wichtigsten Bereiche der „Psychokardiologie“ verständlich darzustellen. Wie gewohnt haben wir besonderen Wert auf Anschaulichkeit und Praxisrelevanz gelegt, sodass Sie sich hoffentlich nach der Lektüre ermutigt fühlen werden, mehr eigene Behandlungen bei Herzpatienten durchzuführen. Denn der Bedarf ist riesig: Unter der Vielzahl herz-kreislauf-bezogener Erkrankungen sind die chronische koronare Herzkrankheit, der akute Myokardinfarkt und die Herzinsuffizienz seit vielen Jahren in Deutschland die „top Drei“ der jährlichen Sterbefälle. Auch wenn sich seit den 80er-Jahren eine gewisse Reduktion der Herzinfarktmorbidität und -mortalität vollzogen hat, starben 2009 dennoch über 55 000 Menschen an einem akuten Herzinfarkt. Die Anzahl der Menschen mit einem überlebten Herzinfarkt in der Bevölkerung – ca. 60% der Herzinfarkt-betroffenen – ist aber noch viel höher, sodass in der Altersgruppe der 30- bis 79-

Jährigen ca. 1,5 Millionen Bundesbürger bereits einen oder mehrere Herzinfarkte erlebt hatten.

Herzkrankheiten führen sehr häufig zu ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität. Dies bezieht sich nicht nur auf das körperliche Befinden, auch die psychische Verfassung ist signifikant beeinträchtigt: Unmittelbar nach dem Herzinfarkt leiden ungefähr 30% der Patienten an einer depressiven Symptomatik, weitere 20–40% leiden unter ausgeprägten Ängsten (vgl. Albus, in diesem Heft). Vergleichbare Zahlen finden sich für Patienten mit Herzinsuffizienz oder schweren Herzrhythmusstörungen. Im Ganzen ist die psychische Morbidität bei Herzpatienten mindestens doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Am Beispiel der koronaren Herzkrankheit lassen sich besonders deutlich die komplexen biopsychosozialen Wechselwirkungen in Entstehung und Verlauf der Erkrankung aufzeigen. Hier geht es einerseits um die „Klassiker“ wie riskantes Gesundheitsverhalten (e.g. Rauchen, Fehlernährung), andererseits sind in den letzten Jahrzehnten eine Fülle von psychophysiologischen Befunden gesammelt worden, die das wahrscheinliche „Missing link“ zwischen „Gram“ – i.e. Depressivität –, „Stress“ und „broken heart“ konstituieren (s.a. Boese et al. bzw. Schwerdtfeger, in diesem Heft). Viele psychosomatische Befunde gibt es auch für die Herzinsuffizienz (Fischer, ebd.), Herzrhythmusstörungen (Ladwig et al., ebd.), die arterielle Hypertonie (Rüddel, ebd.) und sogar die Herztransplantationsmedizin (Langenbach bzw. Bunzel, ebd.).

Welche Konsequenzen sollten wir als PsychotherapeutInnen daraus ziehen? Eines ist schon jetzt klar: Das kardiologische Versorgungssystem war viele Jahrzehnte einer vorwiegend mechanistischen thera-

peutischen Haltung verhaftet. Dies war angesichts der wesentlich verbesserten medikamentösen und invasiven Therapieansätze zwar gut verständlich, weicht jedoch in den letzten Jahren einer balancierten Sichtweise (s.a. die Interviews in diesem Heft), die psychosoziale Prozesse mit einbezieht. Auf der anderen Seite zeigt die Analyse von Therapieplanungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie, dass nicht selten eine koronare Herzkrankung im ärztlichen Konsiliarbericht zwar erwähnt, dann aber vom Psychotherapeuten im Therapieplan nicht aufgegriffen wird. Sind wir umgekehrt auf dem somatischen Auge blind? Dabei stehen uns doch wirksame Verfahren zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung, zur Therapie einer reaktiv entstandenen oder komorbiden psychischen Störung oder zur Modifikation riskanten Gesundheitsverhaltens zur Verfügung. Aber sind wir „Psychos“ diesen neuen Anforderungen auch gewachsen? Wie steht es mit unserer Angst vor dem möglichen Tod eines Patienten? Wie gehen wir mit Verleugnung der Erkrankung und riskantem Gesundheitsverhalten um?

Alle Beiträge in diesem Heft versuchen, Ihr Verständnis der psychosomatischen Perspektive zu vertiefen und ein Gefühl der Handhabbarkeit der oft „atypischen“ Behandlungssituation zu vermitteln. Dies beginnt mit den „Standpunkten“, in denen Albus und Köllner ein Votum für eine explizite Integration kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Aspekte in der Therapie abgeben, und mündet über die Darstellung der „Praxisfelder der Psychokardiologie“ (Titscher) in einen „bunten Strauß“ von Beiträgen zu verschiedenen Verfahren bzw. Bereichen mit konkreten Empfehlungen und Fallbeispielen. Wir wünschen viel Spaß bei der Lektüre und zahlreiche wertvolle Anregungen!

# Psychokardiologie als Beispiel für die Integration von kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Aspekten

Christian Albus · Simone Kreutz · Volker Köllner

**Zusammenfassung** Psychische und soziale Einflussfaktoren beeinflussen die Entstehung und den Verlauf organischer Herzerkrankungen nicht nur bezüglich der Lebensqualität, sondern auch hinsichtlich medizinischer Komplikationen und erhöhter Mortalität. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Herzerkrankungen durch verhaltensbezogene Risikofaktoren begünstigt werden. Umgekehrt kann eine Herzerkrankung psychische Störungen wie Ängste, Depressionen oder eine PTBS auslösen. Von daher bedarf eine große Zahl von Patienten mit Herzerkrankungen psychotherapeutischer Unterstützung. Ziel dieses Beitrages ist, anhand von zwei Fallbeispielen darzustellen, welche Möglichkeiten Psychotherapie bei Herzpatienten bietet, welche Grenzen bestehen und wo sich das therapeutische Vorgehen im Vergleich zu Herzgesunden mit einer vergleichbaren psychischen Erkrankung unterscheidet. Hierbei wird deutlich, dass die komplexe Problematik dieser Patientengruppe häufig zu einem therapeutischen Vorgehen führt, das die Grenzen der Schulenorientierung überschreitet und alle evidenzbasierten Wirkfaktoren der Psychotherapie zu nutzen versucht. Notwendig ist in diesem Arbeitsfeld auch ein intensiver Austausch mit den somatischen Kooperationspartnern.

## Schlüsselwörter

- psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Angst
- Depression
- koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörung
- Herzinsuffizienz
- Herztransplantation

## Korrespondenzadresse

- Priv.-Doz. Dr. med. Christian Albus  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Köln  
Kerpener Straße 62  
50937 Köln  
christian.albus@uk-koeln.de

## Einleitung

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems können zu einer erheblichen psychischen Belastung der Betroffenen führen. Nicht selten schränken hierbei Ängste und Depressivität als Folgen einer ungünstigen Krankheitsverarbeitung die Lebensqualität der Betroffenen stärker ein als die Herzerkrankung selbst. Zusätzlich kann eine Herzerkrankung durch psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf negativ beeinflusst werden. Am besten belegt sind diese Zusammenhänge bei der koronaren Herzkrankheit (KHK), aber auch für Herzrhythmusstörungen oder verschiedenen Formen der Herzinsuffizienz liegen entsprechende Daten vor. Verhaltensmerkmale wie das Rauchen oder Fehlernährung (mit der Folge einer Adipositas) zählen z.B. seit Langem zu den „klassischen“ Risikofaktoren für die Entwicklung und den Verlauf einer KHK und sind vorwiegend psychosozial determiniert (s.a. den Beitrag von Albus in diesem Heft).

Eine weitere Dimension psychosozialer Faktoren sind die psychophysiologischen Auswirkungen von chronischem Stress und (komorbiden) affektiven und ängstlichen Störungen auf den gesunden oder bereits erkrankten Organismus. Hier stellt sich nach fast fünfzig Jahren empirischer Forschung ein zunehmend konsistentes Bild dar, in dem psychosoziale Faktoren durch definierte psychophysiologische Prozesse direkt mit dem Herz-Kreislauf-System interagieren (s.a. Albus bzw. Schwerdtfeger in diesem Heft).

Von zentraler Bedeutung für die klinische Versorgung sind ferner die spezifischen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung: Art und Ausmaß psychischer Symptome dürfen nicht eindimensional auf die Schwere der Herzerkrankung bezogen werden (nach dem Motto: „Wenn ich eine künstliche Herzklappe hätte, würde mich das auch wahnsinnig machen.“). Vielmehr kann eine schwere Herzerkrankung zwar einerseits Gefühle der Angst (bis zur Todesangst) mobilisieren, andererseits können aber auch Ressourcen und positive Bewältigungsstrategien aktiviert werden. Daher sind Art und Ausmaß psychischer Reaktionen sehr viel besser durch psychologische Muster der Krankheitsbewältigung und den Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung erklärbar (Albus u. Köhle 2010) als durch die somatischen Faktoren alleine.

Das Spektrum der Patienten in der Psychokardiologie erstreckt sich von schwer Herzkranke z.B. im Umfeld einer Herztransplantation oder mit Nahtoderfahrung nach einem Herzstillstand bis hin zum Grenzbereich zu somatoformen Störungen und Angsterkrankungen. In diese Gruppe gehören Patienten mit minimalen Auffälligkeiten in der kardiologischen Diagnostik (z.B. gutartige, nicht behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen).

gen), die als Folge von herzbezogenen Ängsten und Vermeidungsverhalten schwer beeinträchtigt sind und ein hohes Inanspruchnahmeverhalten kardiologischer Diagnostik zeigen (Köllner et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund hat sich als Ergebnis einer jahrzehntelangen klinischen und wissenschaftlichen Evidenz das Gebiet der „Psychokardiologie“ herausgebildet. Hausärzte, Kardiologen und PsychotherapeutInnen, die mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Psychokardiologie und vor allem mit der Bereitschaft zu interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation haben eine viel bessere Chance, mit den spezifischen Anforderungen bei diesen Patienten angemessen umzugehen. Unser Beitrag möchte dies an zwei Beispielen verdeutlichen.

## Fallbeispiel 1

### Symptomatik und Befund

» Herr T. (59 Jahre) wird von der kardiologischen Ambulanz zum Konsil in der Psychosomatik vorgestellt. Nach Aussage der Kardiologin leide er unter „Angstsymptomen bei intermittierendem Vorhofflimmern/-flattern“ (eine in der Regel nicht akut lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung). Zur medizinischen Vorgeschichte wird mitgeteilt: Z. n. Reanimation bei dilatativer Kardiomyopathie (eine u. U. lebensbedrohliche Schwäche der Pumpfunktion des Herzens) vor acht Jahren, wegen derer ihm zunächst ein „Interner Cardioverter und Defibrillator“ (kurz: ICD, ein etwa handygroßes Gerät zur automatischen Therapie lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen mittels gezielter Stromstöße) implantiert wurde. Der ICD sei vor fünf Jahren wieder entfernt worden, da sich die linksventrikuläre Pumpfunktion wieder normalisierte und keine gefährlichen Rhythmusstörungen mehr aufgetreten waren. Hinsichtlich seiner aktuellen Beschwerden schilderte Herr T.: „Ich höre zu sehr in mich rein“, er bekomme „bei Herzstolpern Angst, dass was passiert“. Dieses „Hineinsteigern“ erlebe er als „Panikattacke“. Auslösend seien z. B. leichte körperliche Belastungen wie schnelleres Gehen; genannte Symptome könnten aber auch nachts auftreten, zumal nachts schon mehrfach Vorhofflimmern aufgetreten sei. Zwar bemühe er sich, trotzdem beruflich aktiv zu sein, habe jedoch „nur noch zu Hause ein sicheres Gefühl“. Flüge und längere Autofahrten habe er völlig eingestellt.

Die Angstsymptomatik habe sich nach Diagnose der Herzerkrankungen aufgebaut. Er habe „mal gute, mal schlechte Tage“, im Ganzen sei es im Vergleich zu den ersten Jahren, als das Vorhofflimmern noch häufiger aufgetreten sei, zu einer Besserung gekommen, er erlebe jedoch anhaltend deutliche Einschränkungen durch die Angst. Vor etwa einem Jahr habe ein niedergelassener Psychiater Citalopram verordnet, was er jedoch aus Angst vor Nebenwirkungen nicht eingenommen habe.

Die Herzerkrankung sei die erste Konfrontation mit einer schweren Erkrankung gewesen. Zuvor sei er als Fußballer sportlich sehr aktiv gewesen; psychische oder psychosomatische Vorerkrankungen bzw. -behandlungen werden verneint. Einer Psychotherapie stehe er skeptisch gegenüber, „Wie soll mir jemand helfen können?“ Im Gesprächskontakt wirkte der bewussteinseklare, geordnete Patient vordergründig freundlich zugewandt, dabei jedoch skeptisch und verschlossen. Bei leicht reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit ergaben sich keine Hinweise für eine majore depressive Symptomatik, kognitive Einschränkungen, psychotische Phänomene oder akute Suizidalität. Im HADS, einem Screeningfragebogen für depressive und ängstliche Symptome, stellten sich auf der Depressivitätsskala ein unauffälliger und auf der Angstskala ein mittelgradig erhöhter Score dar. «

Zusammenfassend schilderte Herr T. eine langjährige psychische Symptomatik mit dysfunktionaler Angst vor erneuten Exazerbationen seiner organischen Herzerkrankung sowie ausgeprägtem Vermeidungsverhalten hinsichtlich angstausslösender Situationen. Die Angststörung entwickelte sich nach der Diagnose einer initial bedrohlichen Herzerkrankung, wobei die Implantation des ICD eher als schützend denn als belastend erlebt wurde. Derzeitige Befürchtungen zentrieren sich um das Wiederauftreten von Vorhofflimmern bzw. einem plötzlichen Herztod, obwohl dem Patienten rational klar ist, dass aktuell eine allenfalls minderschwere Herzerkrankung vorliegt. Nosologisch handelt es sich damit um eine ausgeprägte Anpassungsstörung (F43.28) mit vorwiegend herz- bzw. agoraphobischen Symptomen. Wenngleich die beschriebenen Befürchtungen angesichts des intermittierenden Vorhofflimmerns durchaus einfühlbar sind, sind Art und Ausmaß der Beschwerden sowie sozialer Einschränkungen besser verständlich vor dem Hin-

tergrund der Persönlichkeitsentwicklung und der aktuellen Lebenssituation.

### Biografie und aktuelle Lebenssituation

» Herr T. wuchs als zweitjüngster von sechs Kindern unter „ärmlichen Verhältnissen“ auf. Er erinnere seine Kindheit als arm an emotionaler Zuwendung, habe deswegen „früh mein Leben in die Hand genommen“, sich auf „Schule und Fußball“ konzentriert. Gegen den Willen des Vaters, der ihn drängen wollte, möglichst früh Geld als ungelerner Arbeiter zu verdienen, habe er eine Lehre als Autolackierer durchgesetzt. Nach Abschluss der Lehre sei er im 17. Lebensjahr von zu Hause ausgezogen, habe nachfolgend den Kontakt zu den Eltern zunächst reduziert, dann ganz abgebrochen. Die Eltern seien vor über 20 Jahren verstorben, er sei noch nie an deren Grab gewesen. Anstatt im erlernten Beruf zu arbeiten, habe er sich mit einem Bekannten als Textilhändler selbstständig gemacht. Er habe sich jedoch schnell mit dem Partner „verkracht“ und leite mittlerweile alleine einen Textilhändler mit sieben Geschäften. Wirtschaftlich „kämpfe“ er jedoch seit einiger Zeit „Monat für Monat ums Überleben“. Nach erster Heirat im 24. Lebensjahr sei diese Ehe früh geschieden worden. Seine derzeitige Beziehung bestehe seit 18 Jahren; er habe seine Partnerin jedoch erst nach Einsetzen der Herzerkrankung geheiratet. Seine Frau engagiere sich erfolgreich in seinem Textilhandel, was er schätze, gleichzeitig fürchte er jedoch ihre Dominanz, v. a. angesichts eigener Schwäche. Er erlebe sie als unterstützend, gleichwohl habe sie ihn nach Auseinandersetzungen wegen seiner Angstsymptome zu einer Psychotherapie gedrängt. Er habe keine Kinder, ein 33-jähriger Sohn aus erster Ehe seiner Frau, zu dem er ein „sehr gutes Verhältnis“ unterhalte, solle später einmal das Unternehmen übernehmen. Menschen, die ihm nahe stehen und denen er sich anvertrauen könne, habe er nicht: „Ich bin ein Einzelkämpfer“. «

In einer ersten psychodynamischen Hypothese führte der Mangel an früher emotionaler Unterstützung zu einer Bindungsstörung mit pseudoautonomer Haltung, die weder tragfähige Beziehungen noch ein Betrauern des Todes der Eltern ermöglichte. Bei Konfrontation mit der Herzerkrankung und gleichzeitiger wirtschaftlicher Belastung begünstigte ein Mangel an wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie reduzierter Fähigkeit

zur Trauerarbeit eine Überflutung durch Ängste. Diese chronifizierten in typischer Weise als selbstverstärkender Angstzirkel. Aktuelle Beziehungsprobleme und die deutlichen Vorbehalte gegenüber Psychotherapie können als Ausdruck vorwiegend unbewusster, unerfüllter, gleichwohl hochambivalent besetzter Bindungswünsche interpretiert werden.

## Behandlung

» Herr T. konnte nach drei probatorischen Sitzungen erstmals einen eigenen Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung formulieren. Es wurde eine ambulante, tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie unter Einbeziehung edukativer Ansätze und Expositionstraining in Gestalt von „Hausaufgaben“ vereinbart.

Der Verlauf war besonders zu Beginn gekennzeichnet durch häufige Terminverschiebungen bzw. -ausfälle, zu denen jeweils scheinbar unabwendbare berufliche Pflichten geführt hatten. Die vereinbarten „Hausaufgaben“ konnte er ebenfalls aufgrund beruflicher Belastung nicht durchführen. Erst bei nicht vorwurfsvoller Bearbeitung der Frage, wie wir unter den Bedingungen eine hilfreiche Therapie durchführen könnten, wurde deutlich, dass der eigentliche Hintergrund in schweren Schamgefühlen mir gegenüber bei gleichzeitiger Angst vor Abhängigkeit bestand. Dies vor dem Hintergrund seiner bisherigen, verinnerlichten Beziehungserfahrungen durchzuarbeiten, ermöglichte eine realistischere Betrachtung eigener Wünsche an mich, Relativierung von Befürchtungen und festigte nachhaltig das therapeutische Bündnis.

Herr T. zeigte sich interessiert am Angebot, seine subjektive Krankheitstheorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Herzerkrankung zu erörtern, wodurch sich ein verbessertes Gefühl der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit körperlicher Symptome einstellte.

Vor allem konnte er sich konsequent einer schrittweisen Exposition gegenüber angstauslösenden Situationen öffnen und zur eigenen Freude eine deutliche Reduktion der herzbezogenen Angstsymptomatik erzielen. Er konnte auch sein Gesundheitsverhalten verbessern, d.h. er nahm wieder moderate körperliche Aktivität auf und konsumierte weniger Alkohol (Risikofaktor für Vorhofflimmern!). Ferner konnte er sich gewinnbringend mit der metaphorischen Verknüpfung „Herzangst = Verlustangst“ beschäftigen, was ihm ermöglichte, seine

Bindungswünsche und Autonomiewünsche besser zu verstehen und zu balancieren. Dies führte zu einem offeneren Austausch mit seiner Ehefrau sowie Wiederaufnahme zuvor vermiedener Zärtlichkeit, bei gleichzeitig klareren Grenzen hinsichtlich der beruflichen Zuständigkeiten. Der kritischen wirtschaftlichen Situation begegnete er mit einer Konzentration seines Textilhändels auf nur drei ertragskräftige Läden. Die Behandlung konnte nach weitgehender Rückbildung phobischer Symptome unter 28 Sitzungen über einen Zeitraum von 14 Monaten in beiderseitigem Einverständnis beendet werden. «

Das Behandlungsbeispiel zeigt die explizite Verknüpfung psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Behandlungselemente, wie sie in vielen Fällen – auch nicht kardiologischen – Sinn macht, hier aber aufgrund der komplexen Anforderungen hinsichtlich der mehrdimensionalen Krankheit unverzichtbar war. Vor allem ermöglichte erst das explizite Durcharbeiten der negativen „Übertragung“ die Entwicklung eines stabilen therapeutischen Bündnisses, wodurch in der Folge eine systematische kognitive Therapie mit Elementen u.a. der Psychoedukation, angeleiteter Exposition und Modifikation des Gesundheitsverhaltens möglich wurde. Ferner ermöglichten die guten Kenntnisse des Therapeuten hinsichtlich der Herzerkrankung und deren Behandlung eine „gemeinsame Wahrheit“ über deren Bedrohungspotenzial zu entwickeln und dysfunktionale Kognitionen zu modifizieren.

Während im ersten Fallbeispiel die Herzerkrankung an sich für den Patienten zum Zeitpunkt der Psychotherapie weder eine reale Bedrohung darstellte noch zu wesentlichen Einschränkungen der Lebensqualität führte, sondern eher als auslösende Bedingung der Angsterkrankung zu verstehen ist, schildert die folgende Kasuistik die psychotherapeutische Unterstützung eines Patienten bei der Auseinandersetzung mit einer ebenso bedrohlichen wie beeinträchtigenden Herzerkrankung.

## Fallbeispiel 2

### Vorgeschichte und Problemsituation

» Herrn P., ein 53-jähriger Gastwirt, stellte sich auf Anraten der Transplantationsambulanz des Universitätsklinikums zum Erst-

gespräch vor. Bereits mit 46 Jahren hatte er den ersten Herzinfarkt, trotz intensiver medikamentöser und interventioneller Therapie (mehrfach Erweiterung von verengten Herzkranzgefäßen mittels Ballonkatheter und Implantation von Stents, Implantation eines 2-Kammer-Herzschrittmachers zur Verbesserung der Pumpfunktion) war es zu zwei Reinfarkten und der Ausbildung einer fortschreitenden Herzschwäche gekommen. Zweimal habe er wegen Herzversagen und Lungenödem auf der Intensivstation aufgenommen und künstlich beatmet werden müssen. Dort habe er ein schlimmes Durchgangssyndrom erlitten und dabei „sehr reale Träume“ gehabt, die ihn noch heute verfolgten. Einmal habe er seine eigene Beerdigung gesehen, ein anderes Mal, dass die Frau ihn verlasse. Die Angst, sie könne dies tatsächlich tun, sei noch lange da geblieben.

Bereits nach dem ersten Lungenödem hatte ihn sein Kardiologe der Transplantationsambulanz vorgestellt, da alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft waren. Damals wollte er sich aber nicht auf die zahlreichen zur Vorbereitung notwendigen Untersuchungen und auch nicht auf ein Gespräch mit einem Psychologen einlassen. Erst als er die zweite Dekompensation nur knapp überlebte und weiter unter Luftnot bereits bei geringster Belastung litt, willigte er in ein Gespräch gemeinsam mit dem Chefarzt der Herzchirurgie und dem psychosomatischen Konsiliararzt ein. Vonseiten der Herzchirurgie wurden die ständige Einnahme von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepintropfen mehrmals täglich) sowie sein fortgesetzter Nikotin- und Alkoholkonsum als Hindernisse für eine erfolgreiche Herztransplantation genannt. Auslösende Bedingung hierfür war meist, dass Herr P. – obwohl berentet – in die Gastwirtschaft fuhr, die ihm gemeinsam mit seiner Lebenspartnerin gehörte und die das Paar bis vor zwei Jahren gemeinsam betrieben hatte. Hinzu kamen erhebliche Zweifel, ob Herr P. nach der Transplantation regelmäßig zu den Kontrolluntersuchungen erscheinen bzw. sich selbst im Fall von Symptomen, die auf Komplikationen im Krankheitsverlauf (z.B. Abstoßung) hinweisen können, melden würde. Eine solche Nonadherence stellt eine Kontraindikation zur Transplantation dar, weil sie mit dem Risiko nicht beherrschbarer und oft tödlicher Komplikationen nach der Transplantation verbunden ist (Köllner u. Erim 2011). «

Als Diagnose wurde zusätzlich zum Nikotin-, Alkohol- und Benzodiazepinabusus eine Panikstörung (F41.0) gestellt. Panik-

anfalle traten vor allem auf, wenn der Patient beim Auftreten von kardialen Symptomen alleine zu Hause war und bei intensiven Emotionen wie Ärger über Gäste oder Aushilfskräfte in der Wirtschaft. Angesichts des schlechten körperlichen Zustandes und der Abhängigkeitsproblematik war eine ambulante Psychotherapie nicht mehr realistisch und es wurde die Indikation zu einer stationären psychosomatischen Rehabilitation gestellt, mit dem Ziel, gemeinsam mit dem Patienten Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, welche die inzwischen auch von ihm gewollte Aufnahme auf die Warteliste zur Herztransplantation ermöglichen sollten.

### Stationäre Rehabilitation

» Im Aufnahmegespräch berichtete Herr P., er könne einfach nicht akzeptieren, dass die körperliche Arbeit für ihn vorbei sei. Er könne die Arbeit nicht im Stich lassen, obwohl er wisse, dass er nicht mehr arbeiten dürfe. Er frage sich dann: „Was denken die Leute über mich?“ Er sei sehr ehrgeizig, wolle immer Verantwortung übernehmen: „Ich kann nicht ohne den Betrieb sein, ich will ja nur mit meiner Erfahrung und meinen Ideen helfen.“ Mit dem Verstand wisse er, dass sie den Betrieb aufgeben müssten, finanziell sei das auch möglich, aber der Gedanke, ohne Aufgabe zu sein, sei für ihn absolut unerträglich.

Ängstlich fühle er sich insbesondere in Ruhephasen, oder wenn er mit der Frau Streit habe. Am schlimmsten für ihn sei es, wenn er von Menschen gute Ratschläge nach dem Motto „Reg dich doch einfach nicht auf“ bekomme. Er fühle sich nicht mehr so agil, witzig und spontan wie früher, ziehe sich zurück, seine Stimmung sei gedrückt.

Als Therapieziele formulierte er, es sei für ihn extrem wichtig, mit dem Rauchen aufzuhören, was er schon stark reduziert habe, alleine jedoch nicht ganz beenden könne. Weiterhin wolle er die Beruhigungsmittel, die er zuerst auf der Intensivstation bekommen habe und die der Hausarzt dann weiterverschrieben habe, auf jeden Fall absetzen. Es wird mit ihm besprochen, dass auch die Reduktion des Alkoholkonsums „auf Null“ wichtig sei. Weiterhin hoffe er, durch das körperliche Trainingsprogramm und eine Optimierung der Medikamente wieder fitter zu werden.

Biografischer Hintergrund: Der Patient wurde als mittleres von fünf Geschwistern geboren. Die Mutter, (Hausfrau), habe er als liebenswert, aufopferungsvoll und gerecht erlebt. Den Vater, (Schlosser), eben-

falls als gerecht, sehr lebenslustig, beliebt und herzlich. Die Familie habe einen kleinen Laden gehabt, in dem alle nebenher gemeinsam mitgearbeitet hätten. Er habe eine sehr schöne Kindheit gehabt. Als einziger Junge habe er eine Sonderstellung gehabt. Er habe schon gewusst, wie man sich z. B. bei der Arbeit im Laden zurückhalten könne und es sei ihm mehr erlaubt worden als seinen Schwestern.

In der Schule sei er wegen seiner geringen Körpergröße gehänselt geworden. Er sei zum Ausgleich dafür besonders flink und schlagfertig gewesen und habe die anderen als Gegenreaktion provoziert. Er sei „nicht so ohne gewesen“ und könne immer noch gut provozieren. 1972 habe er seine erste Ehefrau geheiratet, 1975 sei eine Tochter geboren worden. 1993 sei es zur Scheidung gekommen. Die Ehefrau habe ihm dann die Tochter entzogen. Er habe zwar noch deren Ausbildung mitfinanzieren dürfen, habe sich ansonsten aber sehr „rausgedrängt“ gefühlt. Er sei dadurch sehr verletzt gewesen. Zwar habe er mittlerweile wieder Kontakt zur Tochter, allerdings habe sie noch nie das aktuelle Haus oder den Betrieb des Patienten gesehen. Kurz nach der Scheidung habe er seine jetzige Partnerin kennengelernt.

Verhaltensanalyse: Die durch die Hänseleien der Mitschüler erlebte Kränkung zeigte der eigentlich eher schüchterne Junge nicht, sondern er entwickelte ein kontraphobisches Verhalten, zeigte sich frech und provozierend. Diese Fassade konnte er lange aufrechterhalten. Dass sein Selbstwertgefühl nicht so stark ausgeprägt ist, wie es nach außen scheint, zeigt sich in teils verbissenen Diskussionen, in denen der Patient es nicht ertragen kann, der „Verlierer“ zu sein. Zur aktuellen Dekompensation kam es, weil er wegen seiner schweren Herzerkrankung sein gewohntes Leistungsniveau nicht mehr halten konnte. Entsprechend seinem Muster, sich nichts anmerken zu lassen, fiel es ihm schwer, seine wahren Gefühle zu äußern, wodurch es im zwischenmenschlichen Bereich verstärkt zu Problemen kam. Die Panikattacken waren im Rahmen der verstärkten Beschäftigung mit der körperlichen Grunderkrankung zu sehen und wurden als sekundäre Folge des depressiven Verarbeitungsmodus gedeutet. Mikroanalyse: Der Patient erhielt einen Anruf vom Restaurant, es gebe ein Problem und man müsse vom vorgegebenen Plan abweichen. Sofort wollte er zum Restaurant fahren und die Sache selbst in die Hand nehmen. Seine Frau versuchte ihn mit dem Hinweis auf seinen Gesundheitszustand und die Tatsache, dass man im

Restaurant in Zukunft auch ohne die Hilfe des Ehepaares auskommen müsse, davon abzuhalten. Sofort reagierte er sehr hitzig, gab an, er gehöre noch nicht „zum alten Eisen“ und wolle nicht wie ein behindertes Kind bevormundet werden. Er war keiner rationalen Argumentation mehr zugänglich, sein Herzschlag erhöhte sich, die innere Anspannung wuchs. Erst nachdem er im Restaurant gewesen war und hier sowohl Alkohol getrunken als auch Benzodiazepine eingenommen hatte, konnte er sich beruhigen und erkannte, dass er seiner Frau Unrecht getan hatte. Gleichzeitig wurden ihm in der Ruhephase die körperlichen Symptome deutlich bewusst, die Angst verstärkte sich. Er fühlte sich traurig und hilflos, einen Zustand, den er in der vorherigen Phase der Aktivität gut hatte verdrängen können.

Therapieverlauf: An den Therapiegruppen und der Kunsttherapie nahm Herr P. nur unregelmäßig teil. Gegenüber den Mitpatienten stellte er vor allem seine Kompetenz als „Ortskundiger“ und als erfolgreicher Unternehmer in den Vordergrund. Auch die Einzelgespräche waren durch seine massive Rationalisierung und Verdrängung geprägt. Es gelang ihm nur ansatzweise, sich seinen Todesängsten zu stellen. Meistens versuchte er, locker zu wirken und über Dinge zu sprechen, die zwar auch wichtig waren, aber nicht im Kern der Problematik standen. So berichtete er von seinem Betrieb, in dem sehr viel „Herzblut von ihm stecke“ und von dem er sich nur schwer trennen könne. Die Abgabe dieses Betriebes erlebte er wie ein Eingeständnis seiner schweren körperlichen Erkrankung, die er immer wieder zu verdrängen versuchte. Die Konfrontation mit seinen Ängsten und seinen deutlich vorhandenen, aber stets überspielten depressiven Anteilen versuchte er zu vermeiden. Daher war es auch sehr schwierig, eine Motivation zur völligen Abstinenz bezüglich Alkohol und Nikotin herzustellen. Seine „Genussmittel“ aufzugeben, hätte für Herrn S. bedeutet, der Situation schonungslos ins Gesicht zu sehen. Dies war für den früher so aktiven und tatkräftigen Patient größtenteils eine noch zu große Bedrohung. Abstinenz konnte hinsichtlich der Benzodiazepine erzielt werden. Durch das regelmäßige Trainingsprogramm, den strukturierten Tagesablauf und die Reduktion des Alkohol- und Nikotinkonsums besserte sich der körperliche Zustand des Patienten deutlich und angstauslösende Dyspnoe trat nur noch selten auf. «

Herrn P. wurde zunehmend bewusst, dass er mit seinem Leben spielt. Dieses wach-

sende Bewusstsein machte ihm Angst und erhöhte den Druck, etwas zu verändern, was wiederum ein Eingeständnis seiner Situation bedeutet hätte. Dieser steigende Druck zeigte sich, wenn er nicht mehr durch betonte Lockerheit überspielt werden konnte, in einer eher kämpferisch-aggressiven Art. Da es ihm am Ende des stationären Aufenthalts besser ging, verzichtete er zunächst auf eine Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation. Er brauche einfach noch Zeit, um sich mit den Tatsachen arrangieren zu können. Zum Abschied bedankte er sich sehr herzlich bei seiner Bezugstherapeutin dafür, dass sie trotz aller Streitigkeiten und Regelverstöße nicht die Geduld mit ihm verloren habe.

### Ambulante Therapiephase

» Ein Jahr später stellte sich Herr P. erneut vor. Seine Belastungsgrenze werde immer geringer und er habe Angst, dass er eine erneute Dekompensation nicht überleben werde. Er wisse nun, dass er den Betrieb aufgeben und vollständig auf Alkohol und Nikotin verzichten müsse. Hierbei und zur Bewältigung seiner wieder stärker werdenden Angst brauche er aber Unterstützung. Da seine Änderungsmotivation glaubhaft wirkte, stellten wir aus psychotherapeutischer Sicht keine Kontraindikation gegen die Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation. Herr P. ließ nun die erforderlichen Untersuchungen diszipliniert durchführen und die Laborkontrollen bestätigten seine Angaben zur Abstinenz.

In der ambulanten Verhaltenstherapie war es zunächst Ziel, Herrn P. Strategien zur Differenzierung der Panikattacken von lebensbedrohlichen kardialen Ereignissen zu vermitteln. In der Folge gelang es ihm zunehmend besser, z.B. bei Hyperventilation Techniken zur Atemberuhigung einzusetzen, andererseits aber zügig Kontakt mit der Transplantationsambulanz aufzunehmen, wenn sich Hinweise auf eine Verschlechterung der Herzinsuffizienz ergaben. Im Gegensatz zu den Jahren zuvor kam es während dieser ambulanten Therapiephase zu keiner kardialen Dekompensation mehr. Frühzeitig wurde mit dem Aufbau positiver Aktivitäten begonnen, da der bisherige Lebensinhalt, der eigene Betrieb, weggefallen war. Als Ressource erwies sich hier ein altes Hobby des Patienten, das Schreiben. Er verfasste Kurzgeschichten und Anekdoten, die auch von der Lokalzeitung veröffentlicht wurden. Gleichzeitig musste darauf geachtet wer-

### Fazit

Viele Herzpatienten sind primär nicht zur Aufnahme einer Psychotherapie motiviert. Sie erleben sich als körperlich krank und psychische Belastung wird eindimensional auf die Herzerkrankung attribuiert („Wenn ich nicht herzkrank wäre, ginge es mir gut“). Deshalb reagieren Herzpatienten nicht selten verständnislos oder sogar abweisend, wenn sie mit einem nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmten psychotherapeutischen Behandlungsangebot konfrontiert werden. Dies gilt umso mehr bei Patienten mit chronisch maladaptivem Krankheitsverhalten, z. B. medikamentöser Nonadhärenz oder persistierendem Tabakkonsum. Für das therapeutische Vorgehen ist wichtig, besonders in der Anfangsphase der Therapie eine Beschämung des Patienten durch ein zu aufdeckendes Vorgehen zu vermeiden. Sinnvoller ist ein problemorientiertes Vorgehen, das, ausgehend vom aktuellen Kenntnisstand des Patienten, auch edukative Elemente einbezieht. Als erster Fokus sind meist körperliche Beschwerden oder eventuell auch Probleme der emotionalen Krankheitsbewältigung gut geeignet, in Kontakt zu kommen. Körperliche Beschwerden werden meist auch von ansonsten eher skeptischen Patienten bereitwillig berichtet. Wesentlich ist zunächst, dass die Patienten wahrnehmen, dass ihre Klagen aufmerksam und ohne die meist bewusst oder unbewusst befürchtete Vorwurfshaltung angenommen werden. Bei der sich dann anschließenden Erörterung der subjektiven Krankheitstheorie muss damit gerechnet werden, dass die Krankheitsbewältigung durch Unkenntnis und/oder ausgeprägte Verleugnungsprozesse bestimmt wird. Dann ist ein flexibler Umgang mit z. B. Verleugnung oder Bagatellisierung eine wesentliche Voraussetzung für den Zugang zu diesen Patienten. Ein zu konfrontatives Vorgehen ohne ausreichenden Halt in der therapeutischen Beziehung ist kontraproduktiv. Sinnvoller ist meist, den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre Sichtweise darzustellen und ggf. von ihren Leistungen in der Krankheitsbewältigung zu berichten. Dann kann bedarfsgerecht Wissen vermittelt werden. Dieses Vorgehen beugt einer weiteren emotionalen Destabilisierung vor und erlaubt meist unproblematisch, die charakteristischen Facetten der Krankheitsbewältigung (z. B. externale oder internale Kontrollüberzeugungen, erkrankungsbezogenes Wissen) herauszuarbeiten. Wichtig ist ferner die Fokussierung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, da u. a. hiervon die Fähigkeit zu einer guten Krankheitsbewältigung abhängig ist. Die

Kehrseite einer „guten“ sozialen Unterstützung kann ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn sein, der von gesteigerter Aufmerksamkeit und Zuwendung seitens der Angehörigen ausgehen kann, vor allem dann, wenn die Beziehung vorher instabil war. Bei diesem Themenkomplex werden „implizit“ ggf. auch Störungen der Selbst- und Beziehungsregulation deutlich, die im weiteren Verlauf behutsam fokussiert werden können.

Etwaige psychosoziale Aspekte in Genese und Verlauf der Herzkrankheit stellen einen weiteren wichtigen Fokus dar, sind aber zugleich schwierig zu handhaben, da hier häufig starke Widerstände auf Patientenseite auftauchen. Meist wird der Vorwurf, selbst an der Erkrankung schuld zu sein, befürchtet. Im Kern geht es jedoch darum, eine tiefergehende Beschämung durch das Gewahrwerden der negativen Bedeutung häufig primär ich-syntoner Erlebens- und Verhaltensweisen zu verhindern. Zur Darstellung der Vielzahl der infrage kommenden Besonderheiten wird auf die nachfolgenden Artikel in diesem Heft und die einschlägige Literatur verwiesen (z. B. Albus u. Köhle 2011, Albus et al. 2010, Ladwig et al. 2008, Herrmann-Lingen et al. 2008).

Wird die Bedeutung psychosomatischer Faktoren für den Krankheitsverlauf anerkannt, geht es im Nachfolgenden darum, Lösungen zu erarbeiten, die neben der Überwindung von z. B. Depressivität, Angst oder subsyndromalen Problemen der Selbst- und Beziehungsregulation auch Störungen des Gesundheitsverhaltens (z. B. Tabak- und Alkoholabusus) überwinden helfen. Häufig wissen die Patienten um die Schädlichkeit ihres Verhaltens, sehen sich aber außerstande, es zu ändern. Entsprechend sind hier systematische Ansätze der Verhaltensmodifikation am besten geeignet, eine dauerhafte Umstellung des Gesundheitsverhaltens zu ermöglichen.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass im Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen auch vonseiten des Psychotherapeuten sorgfältig darauf geachtet werden muss, dass es nicht zu einer gemeinsamen Verleugnung der Bedrohung durch die körperliche Krankheit kommt. Deshalb sollten Sie stets reflektieren, ob die körperliche Seite der Erkrankung angemessen repräsentiert ist. Dazu gehört auch, dass die psychotherapeutische Behandlung von Herzpatienten selbstverständlich einer guten Kooperation mit dem Hausarzt, Internisten oder Kardiologen bedarf.

den, dass Herr P. Aktivität nicht zu intensiv nutzte, um seine Gefühle zu verdrängen, sondern dass er weiter bereit dazu blieb, sich ehrlich mit seiner Situation auseinanderzusetzen. In Rollenspielen konnte der Pat. lernen, Gefühle auszudrücken und zu erkennen, welche Befürchtungen ihn bisher davon abhielten, sich wichtigen Bezugspersonen anzuvertrauen und Unterstützung zu suchen. In diesem Zusammenhang wurde auch sein wenig nachgiebiges Streitverhalten thematisiert. Wichtig war es Herrn P. auch, sich in der Therapie mit der Möglichkeit des Scheiterns der Transplantation – also seines Todes – auseinanderzusetzen. Während er dieses Thema während des stationären Aufenthaltes noch durch intensive Auseinandersetzungen z. B. um Regeln und Hausordnung abwehren musste, konnte er nun seine Angst und auch seine Sorge, wie seine Partnerin seinen Tod bewältigen würde, offen ansprechen.

Die ambulante Therapie wurde zunächst wöchentlich und dann 14-tägig bis alle drei Wochen durchgeführt. Herrn P. gelang es gut, den Verzicht auf den Betrieb durch das Schreiben zu kompensieren. Seine Partnerin beschrieb ihn in Gesprächen als offener und die Kooperation mit dem Herzentrum verlief nun ohne größere Konflikte; Herr P. und auch die Ärzte des Transplantationsteams sahen der Operation mit Zuversicht entgegen. Nach etwa einem Jahr Wartezeit kam es jedoch im Rahmen eines schwer und schnell verlaufenden Virusinfektes zu einer erneuten kardialen Dekompensation. Obwohl Herr P. diesmal rechtzeitig Hilfe gesucht hatte, ließ sich der Verlauf nicht mehr beherrschen und Herr P. verstarb innerhalb weniger Tage auf der Intensivstation. «

Für Herrn P. war es entscheidend, mit der Entscheidung für die Transplantation nicht die Kontrolle über sein Leben aus der Hand zu geben. Nicht selten war die Therapeutin in der Rolle einer Dolmetscherin zwischen ihm und dem Transplantationsteam: Mittels Psychoedukation und sokratischem Dialog half sie ihm, die Verhaltensanforderungen des Transplantationsteams nicht als Willkür oder Schikane zu erleben, sondern als Notwendigkeit für ein Gelingen des gemeinsamen Projekts zu akzeptieren. Bedeutsam war für ihn die Erfahrung, trotz seiner zunächst weiter ablehnenden Haltung gegenüber der Transplantation und den damit verbundenen Verhaltensänderungen nicht abgelehnt zu werden. Diese Erfahrung ermöglichte es wohl auch, dass er nach einem Jahr wieder Kontakt auf-

nahm und sich nun auf die Transplantation und die Einhaltung der hierfür notwendigen Spielregeln einlassen konnte. Die Geschichte von Herrn P. zeigt aber auch die Grenzen unserer Einflussmöglichkeiten. Sein Tod kam für uns alle, auch die Ärzte des Transplantationsteams, überraschend in einer Phase, die eher von psychischer und körperlicher Stabilität sowie Hoffnung gekennzeichnet war. Auch das ist ein Kennzeichen des Arbeitsfeldes Psychokardiologie: Der Verlauf der Herzerkrankung kann schnelle und dramatische Wendungen nehmen, bis hin zum Sekundenherztod des Patienten. Während Todesangst bei herzgesunden Panikpatienten meist Folge dysfunktionaler Überzeugungen ist und entsprechend „wegtherapiert“ werden kann, steht der Tod in der Psychokardiologie nicht selten als reale Bedrohung im Raum – manchmal sogar konkret als Befürchtung, eine intensive emotionale Reaktion in der Therapie-stunde könnte Kammerflimmern auslösen.

Als TherapeutIn bleibt man nach dem Tod eines Patienten mit vielen Fragen zurück: Hätte der Tod verhindert werden können? Hätte ein restriktiveres Vorgehen während des stationären Aufenthaltes eine frühere Aufnahme auf die Warteliste ermöglicht? War die Möglichkeit des Todes zu sehr ausgeblendet worden?

Hilfreich ist auch in dieser Situation neben Supervision ein regelmäßiger Austausch mit den mitbehandelnden Kardiologen und Kardiochirurgen, die in ihrem Berufsalltag häufiger als wir die Erfahrung machen müssen, einen Patienten zu verlieren, obwohl alle Beteiligten ihr Bestes gegeben haben. Auch eine gut verlaufende Psychotherapie kann den Patient im Zweifelsfall nicht „retten“. Sie kann ihm aber ermöglichen, die verbleibende Lebenszeit für sich und häufig auch für die Angehörigen gut zu nutzen.

### Literatur

- Albus C, Köhle K. Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt. In: Adler RA, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W, Hrsg. Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München: Elsevier; 2011: 887–899
- Albus C, Wöller W, Kruse J. Die körperliche Seite nicht vernachlässigen. Patienten mit somatischen und „psychosomatischen“ Erkrankungen. In: Wöller W, Kruse J, Hrsg. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden. 3. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer; 2010: 408–420



### Christian Albus

geb. 1959, Priv.-Doz. Dr. med., Weiterbildung in der Inneren Medizin sowie Psychosomatik und Psychotherapie an den Universitätskliniken Köln und Düsseldorf. Facharzt für Innere Medizin, Zusatztitel Psychotherapie (DPV) sowie

Facharzt für Psychosomatische Medizin. Seit 2005 Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln. Gründungsmitglied der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und Co-Leiter der Arbeitsgruppe „Psychokardiologie“ des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM).

Forschungsschwerpunkte: Psychosoziale Aspekte bei KHK und Diabetes mellitus.



### Simone Kreutz

Dipl.-Psych., 1998–2005 Studium der Psychologie an der Universität des Saarlandes mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie. 2003–2005 Mitarbeit in einer psychiatrischen Tagesklinik und im Projekt „Gastfamilien für psychisch

Kranke“. Seit 2006 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin im Bereich der Verhaltenstherapie und Beschäftigung als Diplompsychologin in der Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel. Arbeitsschwerpunkte: Depression, Psychokardiologie.



### Volker Köllner

s. Beitrag „Angst, Herzerkrankung und Verhaltenstherapie“

Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2008

Köllner V, Erim Y. Psychosomatische Betreuung von Transplantationspatienten. In: Senf W, Broda M, Hrsg. Praxis der Psychotherapie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2011

Köllner V, Kindermann I, Berg G. Angststörungen und funktionelle somatische Syndrome in der Kardiologie. DMW 2007; 132: 2513–2525

Ladwig KH, Lederbogen F, Wöller H et al. Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Der Kardiologe 2008; 4: 274–287