

Edith Benkö

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation – Überlegungen aus klientenzentrierter Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Psychotherapie bei chronisch körperlich kranken, nämlich herzkranken Menschen. Nach einer kurzen Beschreibung des medizinischen Krankheitsbildes der Koronaren Herzkrankheit folgt ein Überblick über den Stand der Theoriebildung und Forschung aus psychosomatischer Sicht. Mögliche Ansatzpunkte für Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung des Klientenzentrierten Ansatzes werden formuliert. Eine Analyse der Behandlungsverläufe von Herzpatienten in der ambulanten Rehabilitation mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag soll die Besonderheiten und Schwierigkeiten des Zuganges von Herzpatienten zur Psychotherapie aufzeigen und mögliche Ursachen der häufigen Psychotherapieabbrüche dieser Patientengruppe im Beziehungsgeschehen identifizieren.

Schlüsselwörter: Ambulante Psychotherapie, Psychosomatik der Koronaren Herzkrankheit, Therapiemotivation, Leidensdruck, Beziehungsgeschehen bei Therapieabbrüchen

Abstract: Psychotherapy in the cardiac rehabilitation setting — considerations from a client-centred perspective. *The following paper deals with the psychotherapeutic treatment of chronically ill patients, that is of persons with a heart condition. A short description of the medical symptoms of a coronary heart condition is followed by a review of the literature on psychosomatic research as well as by possible starting points for psychotherapy (particularly Client-centred psychotherapy). An analysis of the psychotherapeutic process with these patients in an out-patient rehabilitation setting will be used to illustrate the particularities and the difficulties in gaining access to such patients, as well as to attempt to explain the high drop-out rate of these patients.*

Keywords: *Out-patient therapy, psychosomatic aspects of coronary heart condition, therapy motivation, therapeutic relationship leading to drop-out*

Koronarpatienten¹ gelten in der Fachliteratur auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur als psychotherapeutisch unzugänglich. Hohe Abbruchraten werden berichtet (50–70%) und mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Abwehrmechanismen in Zusammenhang gebracht (Barde et al., 1999). Diese Arbeit versucht anhand einer eigenen Analyse der Behandlungsverläufe in einem ambulanten Rehabilitationszentrum² die Besonderheiten des psychotherapeutischen Zuganges von Herzpatienten zu beschreiben und geht auf die Frage ein, ob es bei Koronarpatienten spezielle Störungen der Entwicklung des Selbstkonzeptes gibt, in der Folge störungsspezifische Inkongruenzen, durch ähnliche Sozialisationsbedingungen erworben und durch die akute körperliche Erkrankung aktualisiert, die sich im therapeutischen Beziehungsgeschehen manifestieren und zu den häufigen Therapieabbrüchen führen.

Um die lebensbedrohliche Krankheit zu beschreiben und einen Einblick in das Umfeld zu geben, in welchem psychotherapeutische Prozesse mit Koronarpatienten geschehen, sei eine Definition des somatischen Krankheitsbildes vorangestellt.

Zum Krankheitsbild und seinen Ursachen

Unter Koronarer Herzkrankheit versteht man pathologische Verengungen der Herzkranzgefäße, welche in der Folge zu schmerzhaften Beschwerden, einem allmählichen Versagen des Herzens oder zum plötzlichen Tod führen können. Ein akuter Verschluss wird als Herzinfarkt bezeichnet und stellt ein dramatisches Krankheitsbild dar. Die Koronare Herzkrankheit, kurz KHK genannt, ist die häufigste Todesursache in industrialisierten Gesellschaften. Die Behandlung in der Akutphase ist rein medizinisch und hoch technisiert. Eingriffe am erkrankten Blutgefäß, Implantation eines Stents, welcher die verengte Stelle offen hält, oder die Bypassoperation, ein Eingriff am eröffneten Brustkorb, sind lebensrettende

1 Im Folgenden wird zur leichteren Lesbarkeit meist nur von „Patient“, „Klient“ usw. die Rede sein. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

2 Zentrum für Ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Wien

Maßnahmen. In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin enorme Fortschritte gemacht, so dass die Sterblichkeit bei dieser Erkrankung stark zurückging. Von der Behandlung der Patienten in der Phase der Rehabilitation und dem Stellenwert der Psychotherapie soll später die Rede sein.

Die Koronare Herzkrankheit ist das Ergebnis verschiedener pathophysiologischer Vorgänge, deren Mechanismen teilweise geklärt werden konnten. Als prädisponierende Faktoren werden heute das Alter, familiäre Disposition und Geschlecht als nicht zu beeinflussende Risikofaktoren angesehen. Als modifizierbare Risikofaktoren sind das Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Hypertonie und Bewegungsmangel allgemein anerkannt.

Seit der Antike gibt es aber auch Vermutungen über Zusammenhänge zwischen Herz und Psyche. In der naturwissenschaftlich orientierten Kardiologie werden heute mögliche psychosomatische Zusammenhänge so formuliert, dass psychische Faktoren, chronische Belastungssituationen und akute lebensverändernde Ereignisse die Entstehung der KHK fördern können, indem sie, als „distress“ wahrgenommen, bestimmte Gefühle auslösen, die dann über eine Beeinflussung des Vegetativums (erhöhte Sympathikusinnervierung) und über endokrine Mechanismen (Aktivierung der Sympatho-adrenergen Achse und der Hypophysennebennierenrinndenachse, also über eine erhöhte ACTH und Katecholaminausschüttung) diese pathophysiologischen Prozesse fördern.

Man nimmt an, dass diese chronische Erkrankung in einem komplizierten Wechselspiel von somatisch bedingten Risikofaktoren und psychischen Einflüssen im Sinne komplexer bio-psychosozialer Prozesse entsteht und dass psychische Faktoren einen Einfluss auf Verlauf und Prognose dieser Erkrankung haben. Oder anders ausgedrückt, dass neben körperlicher Disposition, Vererbung, somatische Risikofaktoren wie auch Persönlichkeitsfaktoren, Stimmungslage und akute oder chronische psychosoziale Belastungen eine Rolle spielen können.

Dies sei zum besseren Verständnis der körperlichen Vorgänge vorangestellt, aber auch um das naturwissenschaftlich-medizinisch dominierte Umfeld der psychotherapeutischen Arbeit mit Herzpatienten zu charakterisieren.

Der Herzinfarkt als somato-psycho-somatische Erkrankung

Aus psychologischer und psychosomatischer Sicht interessiert vor allem, unter welchen psychischen Bedingungen Menschen an einem Herzinfarkt erkranken und wie sie dieses lebensbedrohliche Ereignis verarbeiten und bewältigen.

Im Folgenden soll als Einstimmung auf die Thematik ein kurzer Überblick über die Entwicklung der psychosomatischen Theoriebildung und Forschung hinsichtlich dieses Krankheitsbildes gegeben werden.

Die Koronarpersönlichkeit – der Beitrag der Psychoanalyse

Am Beginn der wissenschaftlichen Erforschung möglicher seelischer Hintergründe bei der KHK stehen wohl die Arbeiten von K. und W. Menninger und von F. Dunbar. Dunbar (1943) beschrieb bei Koronarpatienten ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil und Verhaltensmerkmale, wie ständig aktiv sein müssen, Arbeitswut, eine Tendenz, alle Aktivitäten an sich zu reißen und eine Neigung zur Depression, die aber verleugnet wird, und legte den Grundstein zur Hypothese, dass es eine so genannte „Koronarpersönlichkeit“ gäbe.

Seither gibt es in der Tradition F. Dunbars aus psychoanalytischer Perspektive Hypothesen über den Einfluss psychodynamischer Faktoren auf Entstehung und Verlauf der KHK.

Die Arbeiten umfassen Interpretationen der Koronarpersönlichkeit aus der Sicht der Ich-Psychologie (Arlow, 1945), narzisstheoretische Überlegungen (Chessick, 1987), Beschreibungen häufiger Objektbeziehungsmuster (Rodriguez, 1980), Versuche, charakteristische Grundkonflikte und Abwehrformen zuzuordnen (Kerz-Rühling, 1980), Überlegungen zur Psychotherapie (Goldschmidt, 1980), und sie beschäftigen sich mit der Frage, wie die psychische Struktur, Genese, Konflikte, Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen bei Menschen aussehen, die einen Herzinfarkt erlitten haben.

Übereinstimmend wird dabei der Herzinfarkt als Antwort auf eine lebensgeschichtliche Krise gesehen. Es komme zu einer Aktualisierung von latent gewordenen und in der Kindheit erworbenen Konflikten.

Bezüglich der Beschreibung und psychoanalytischen Interpretation der Koronarpersönlichkeit gibt es zwar unterschiedliche Auffassungen. Häufig jedoch findet sich die Hypothese, dass Infarktpatienten eine Persönlichkeit mit schwerer narzisstischer Pathologie hätten. Diese entstehe dadurch, dass durch eine mangelnde Spiegelfunktion der elterlichen Bezugspersonen sich ein narzisstisches Defizit entwickle, mit Gefühlen von Schwäche, Kleinheit, Leblosigkeit, Minderwertigkeit und Hass bei Nichtbeachtung. Gemäß dieser infantilen Fixierung müsse das Individuum in der Folge immer wieder Beziehungen herstellen, in denen es bewundert und für großartig befunden wird, um sich geliebt und wertvoll fühlen zu können. Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit versuche nun, das Bewusstsein dieses narzisstischen Defizits durch angespannte Aktivitäten abzuwehren, indem sie durch Leistung in Arbeit und Liebe ständig Beziehungen herstellt, die ihre unbewussten kindlichen Bedürfnisse nach Spiegelung von Grandiosität, Anerkennung und Bewunderung kompensatorisch befriedigen (Chessick, 1987).

Auch andere Autoren gehen auf die Prägung von Herzpatienten durch infantile Versagung ein. Eine Kompensation dieser frühkindlichen Versagung durch Größenphantasien und die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse sei die Folge, betont Fischer (1980). Verleugnung nicht nur der Abhängigkeit von anderen, sondern auch von Körperwahrnehmungen und, wie ich später zeigen werde, des

emotionalen Bedeutungsgehaltes ihrer Erkrankung sind bei Infarktpatienten häufig anzutreffende Abwehrmechanismen.

Bezüglich „typischer“ auslösender Konfliktkonstellationen gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Kerz-Rühling (1980) vermutet, dass Konflikte, die das narzisstische Gleichgewicht des Patienten gefährden, bedeutsam seien. Dies könnten Kränkung und Statusverlust am Arbeitsplatz sein, aber auch Enttäuschungen im Beziehungsbereich, Verlust- und Trennungserfahrungen, welche unbewusste frühkindliche Abhängigkeitsprobleme reaktivieren.

Empirisch lässt sich jedenfalls das Konstrukt der Koronarpersönlichkeit nicht bestätigen (siehe dazu die Ausführungen zum Behaviorismus), aber man könne doch „... mit einiger Sicherheit behaupten, dass in der Zeit vor dem Infarktgeschehen gehäuft emotional belastende Ereignisse auftreten.“ (Kerz-Rühling, 1980, S. 554).

Die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse und in der Folge ein sich entwickelndes Urmisstrauen statt eines Urvertrauens seien aus psychoanalytischer Sicht Gründe für die psychotherapeutische Unzugänglichkeit von Herzpatienten (Goldschmidt, 1980). Fehlende Therapiemotivation und Psychotherapieabbruchraten von 50 bis 70% werden übereinstimmend von vielen Autoren berichtet (Barde et al., 1999).

Störungsspezifisches Verstehen³ – der gesprächspsychotherapeutische Ansatz

Der einzige mir derzeit bekannte Versuch, aus klientenzentrierter Sicht eine Beschreibung der Persönlichkeit von Koronarpatienten, der Entwicklung ihres Selbstkonzeptes, ihrer Grundkonflikte und Beziehungsgestaltung darzustellen und daraus allgemeine psychotherapeutische Richtlinien abzuleiten, findet sich bei Enderlein (1986). Der Autor formuliert auf der Grundlage bekannter psychoanalytischer, behavioristischer und testdiagnostischer Konzepte (auf letztere wird in dieser Arbeit nicht eingegangen) folgendes Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodell: Die Ursachen der psychischen Fehlhaltungen und der organischen Folgen im Erwachsenenalter liegen in einer missglückten Entwicklung des Selbstkonzeptes, des habituellen Wahrnehmungs-, Denk- und Bewertungsmusters. Enttäuschungen, Mangel an Sicherheit und Vertrauen lassen eine ungezwungene Selbstentfaltung mit bestätigenden eigenen Erfahrungen nicht zu. Der individuelle innere Bezugsrahmen kann sich nicht entfalten. Ein nie befriedigtes, andauerndes Zuwendungsbedürfnis führt im Laufe der Entwicklung zu einer Internalisierung fremder Verhaltensrichtlinien und Wertvorstellungen. Entsprechende Inkongruenzen sind bei Infarktpatienten in ihrer übergroßen Orientierung an ihrer Umwelt und in ihrem Leistungsstreben zu finden, diese äußern sich in einem negativen Selbstkonzept,

den ambivalenten Beziehungen, dem Gefühl ständiger Bedrohung und Angst (Enderlein, 1986). Der Autor sieht in der Verwirklichung der klientenzentrierten Therapeutenvariablen gerade für Herzpatienten äußerst günstige Bedingungen. Ich werde später noch genauer darauf eingehen. Wenngleich dieses Modell unvollständig und längst nicht ausformuliert ist, kann es doch als Ausgangspunkt genauer Überlegungen dienen.

Im Rahmen der „phasen- und störungsspezifischen Ausdifferenzierung“ (Stumm & Keil, 2002) der Personzentrierten Psychotherapie gibt es mehrere Ansätze bezüglich psychosomatischer Krankheiten im weiteren Sinn. Erwähnt seien Binder & Binder (1991) und Reisch (1994; 2002). Ihre Beiträge zur Arbeit mit alexithymen und gefühlsabwehrenden Patienten sind auch für das Verständnis von Koronarpatienten interessant. Kann doch neben allgemein psychosomatisch-somatopsychischen Zusammenhängen, wie sie in den Ausführungen zur Psychokardiologie dargestellt werden, bei Vorhandensein eines auslösenden Ereignisses, welches die seelischen Bewältigungsmechanismen überfordert, beim Herzinfarkt oft auch von einer psychosomatischen Erkrankung im engeren Sinn gesprochen werden (Ermann, 2004). Binder & Binder (1991) orten in der Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten eine „spezifische psychosomatische Einsamkeit, die im asymbiotischen Handeln sich aufzuheben versucht ... Der Preis für ein Leben in der Nichterfüllung von symbiotischer Sehnsucht nach Aufhebung der Grenzen, durch Bindung in der Geborgenheit wird bezahlt durch die Zerstörung elementarer biologischer Regelmechanismen“ (Binder & Binder, 1991, S. 386). Vielleicht hilft es uns, Gefühlsabwehr, Verleugnung der Erkrankung und ihres emotionalen Bedeutungsgehaltes und Pseudounabhängigkeit als Versuch der Herstellung einer „asymbiotischen Nähe“ (Binder & Binder, 1991, S. 373) zu betrachten, um Häufigkeit und Dynamik der dargestellten Psychotherapieabbrüche aus dem eigenen Arbeitsbereich in der ambulanten kardialen Rehabilitation zu verstehen. Auch Reisch (1994; 2002) beobachtet bei psychosomatischen Patienten oft ein Nähe-Distanzproblem, versteht aber die spezielle Art der alexithymen Gefühlsabwehr als kreative Beziehungsgestaltung und entwickelt daraus ein störungsspezifisches therapeutisches Handeln, auf dessen Brauchbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation später noch eingegangen wird.

Behaviorismus und Verhaltenstherapie

Wesentlich mehr Eingang in die Kardiologie haben behavioristische Konzepte und verhaltenstherapeutische Programme gefunden. 1964 beschrieben Rosenman und Friedman einen Komplex von Verhaltensmustern, das so genannte A-Typ Verhalten als übersteigerten Tatendrang bei schlecht definierten Zielen, Ehrgeiz, Konkurrenzstreben, Feindseligkeit, und postulierten es als psychologischen Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK.

3 Der Begriff wurde entlehnt von Binder & Binder (1991).

In einer groß angelegten prospektiven Studie (WCGS) wurde dieses Typ-A Verhalten als eigenständiger Risikofaktor für eine KHK bewertet (Myrtek, 2000).

Neuere Metaanalysen publizierter Studien zu diesem Thema bestätigen diese Ergebnisse nicht. Nur der Faktor Hostility/Feindseligkeit scheint einen Zusammenhang mit der KHK zu haben: „... rather, hostility may be a marker for behaviors that increase risk for mortality and morbidity“ (Myrtek, 2000, p. 5).

Psychokardiologie

In den letzten Jahren hat sich der naturwissenschaftlich ausgerichtete Forschungszweig der Psychokardiologie etabliert, welcher versucht, psychologische Erkenntnisse in die medizinischen Behandlungskonzepte mit einzubeziehen. In groß angelegten kontrollierten prospektiven Studien konnte die Bedeutung des Faktors Depression sowohl als präorbider Risikofaktor für die KHK und den Myokardinfarkt als auch als bedeutsamer Faktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität nach einem Infarkt nachgewiesen werden (Ariyo et al., 2000; Herrmann-Lingen, 2000; Herrmann-Lingen & Buss, 2002).

Soziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK sind in erster Linie der sozioökonomische Status und berufliche Stressbelastung. Zur beruflichen Stressbelastung hat vor allem die Gruppe um Siegrist geforscht und eine Kombination von hoher beruflicher Verausgabungsbereitschaft bei geringer Gegenleistung von Gehalt, Karrierechancen oder Sicherheit als pathogen befunden (Rugulies & Siegrist, 2001).

Als relevanten sozialen Risikofaktor für die Überlebenschance nach einem Infarkt weisen neuere Studien den Faktor „soziale Isolierung“ aus (Frasure-Smith et al., 2000).

Es sei auch erwähnt, dass epidemiologische und sozialpsychologische Forschungsansätze sich um die Erforschung frauenspezifischer Belastungsfaktoren und innerpsychischer Verarbeitungsmechanismen bemühen und geschlechtsspezifische Interventionsprogramme ausarbeiten (Avanzini, 2004).

In einer zusammenfassenden Einschätzung muss man sagen, dass die psychoanalytisch geprägten psychosomatischen Konzepte zur Psychodynamik und Psychotherapie in die Koronarrehabilitation kaum Eingang gefunden haben, möglicherweise weil die Bestätigung durch empirische Untersuchungen ausblieb. Behavioristische Konzepte und Behandlungsansätze, wie z. B. Stressbewältigung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Lebensstiländerung, Raucherentwöhnung, in kontrollierten Studien gut beforscht, fügen sich in das naturwissenschaftlich orientierte Umfeld besser ein und dominieren das psychologische Behandlungsangebot in der Rehabilitation. Der klientenzentrierte Beitrag zur Psychosomatik und Psychotherapie der KHK ist kaum formuliert, wengleich die Situation in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit anders

aussieht. Nach eigener Einschätzung sind mehr als die Hälfte der in den Rehabilitationszentren der PVA⁴ beschäftigten Psychotherapeuten ausgebildet in Klientenzentrierter Psychotherapie.

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation

Der Patient mit seinem subjektiven Leiden und Erleben, mit seinen Bemühungen, die Erkrankung zu verarbeiten und mit ihr leben zu können, steht in einem Spannungsfeld zwischen lebensrettender medizinischer Behandlung mit enormem Einsatz moderner Technologien in der Diagnostik- und Akutphase einerseits und der möglichst schnellen Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der auf die gezielte Reduktion koronargefährdender Verhaltensweisen ausgerichteten Rehabilitation andererseits.

Psychotherapie im Sinne einer Verarbeitung des lebensbedrohlichen Ereignisses, der Reflexion möglicher seelischer Ursachen und ihrer lebensgeschichtlichen Zusammenhänge spielt in der Kardiologie eine geringe Rolle, psychotherapeutische Veröffentlichungen zu diesem Thema sind nicht häufig.

Zu erwähnen sind an dieser Stelle wieder vor allem Arbeiten des psychoanalytischen Ansatzes, beispielsweise von Kutter (1997), Ohlmeier (1980) und Hahn (1971), der als erster eine ambulante Psychotherapiegruppe mit Herzpatienten beschrieb. Alle Autoren kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass die psychotherapeutische Arbeit mit Koronarpatienten auf Grund der schwach ausgebildeten Therapiemotivation und des fehlenden Leidensdruckes eine sehr schwierige sei.

Der Stellenwert der Gesprächspsychotherapie in der Koronar-rehabilitation

Überlegungen zu den Auswirkungen einer gesprächspsychotherapeutischen Haltung in der Medizin finden sich bei Ripke (1993). Müller (1993, S. 257) weist auf den Nutzen „bedingungsloser positiver Zuwendung und einfühlsamen Verstehens“ in der Anamnese und Patientenführung der kardiologischen Praxis zur Verbesserung der Compliance hin. Enderlein (1986) geht explizit auf die Wechselwirkung zwischen den gesprächspsychotherapeutischen Therapeutenvariablen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen von Herzpatienten ein. Er betont die Wichtigkeit individueller Indikationsstellung für Psychotherapie in der Rehabilitationsphase, wenn die körperlichen Heilungsvorgänge abgelaufen seien. In der Gesprächspsychotherapie sieht er eine „persönlichkeitsstruktur-

4 PVA: Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Zu ihren freiwilligen Leistungen gehören auch die stationäre und ambulante Rehabilitation in Österreich.

bedingte und damit kriteriumsorientierte Zuweisungsmöglichkeit von Infarktpatienten“ (Enderlein, 1986, S. 65). Als für deren Persönlichkeitsstruktur besonders bedeutsam notiert Enderlein die Grundhaltungen positive Wertschätzung/emotionale Wärme und einfühlendes verbalisierendes Verständnis emotionaler Erlebnisinhalte. Die Wirksamkeit der Therapeutenvariable positive Wertschätzung sieht er insbesondere unter dem Aspekt des Ausgleichs für die von Infarktpatienten häufig erlittenen Verluste und Enttäuschungen. Der anhaltende Einsatz von emotionaler Wärme und Wertschätzung, die sonst an die Erfüllung imponierender Leistungen gebunden ist, der Verzicht des Therapeuten auf wertende Stellungnahmen und das Vertrauen in die im Organismus innewohnende Fähigkeit, eigene Probleme selbstverantwortlich lösen zu können; dies ver helfe dem Patienten zu einer intensiven und positiven Selbsterfahrung und Selbstachtung. Er setzt sich auch mit der fehlenden Therapiemotivation dieser Patienten auseinander. Therapiemotivation müsse nicht immer aus psychischem Leidensdruck entstehen, der eben bei Koronarpatienten kaum vorhanden sei, sondern könne auch „aus dem Konstrukt des ‚need for positive regard‘, dem anhaltenden und allgemein menschlichen Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Anerkennung, Wärme und Sympathie ... abgeleitet werden“ (S. 65). Und gerade bei Herzpatienten sei ein grundlegend unbefriedigtes Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung anzunehmen (siehe dazu auch das Konzept der narzisstischen Pathologie von Chessick oben).

Für die Arbeit mit psychosomatischen Koronarpatienten bieten auch Arbeiten zum störungsspezifischen therapeutischen Handeln hilfreiche Anregungen.

Wie bereits vorgestellt, hat Reisch (1994) einen klientenzentrierten Zugang zu psychosomatischen Patienten mit fehlender Therapiemotivation, gering ausgebildeter Fähigkeit zur Selbstexploration, starker Gefühlsabwehr und fehlender Krankheitseinsicht, ein systemisches Metamodell ausgearbeitet. Ausgehend von der These, dass diese Patienten ein Nähe-Distanz Problem haben (siehe auch Binder & Binder, 1991), betrachtet sie das Merkmal der alexithymen Gefühlsabwehr, psychosomatischen Patienten zugeschrieben, „als Fähigkeit ..., Beziehungen im Gleichgewicht zu halten und auf sensible Art und Weise für eine stimmige Nähe-Distanz-Regulation zu sorgen“ (Reisch, 1994, S. 44). Nicht über Gefühle zu reden, sie zu verleugnen, bedeutet für den Patienten Stabilität und Gleichgewicht. Psychotherapie als Möglichkeit emotionaler und kognitiver Selbstexploration sei beim psychosomatischen Patienten anfänglich nicht möglich, vielmehr sei vorrangig seine Beziehung zur Symptomatik in den Vordergrund zu stellen. Dies solle zu Beginn der therapeutische Zugang sein, wertschätzende, kongruente Empathie darf sich zunächst nur auf das Symptom und nicht auf Erleben und Gefühle des Patienten beziehen. Der familiäre, berufliche und gesellschaftspolitische Kontext, so Reisch weiter, die Beziehung zum behandelnden Arzt und insbesondere die Bedeutungsgebung von Psychotherapie sei in das Vorgehen mit einzubeziehen, der gemeinsamen Suche nach einem Therapieziel sei besonders Zeit und Raum zu geben.

„Wir haben vom Patienten weder den Wunsch noch die Erlaubnis zu dieser Art von Beziehungsaufnahme. Das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte, normalerweise indiziert, ist in unserem Fall genau das Gegenteil von wertschätzender Empathie“ (Reisch, 2002, S. 554). Das Erleben und die Gefühle des Patienten seien solange unangetastet zu lassen, solange es der Patient zu seinem Schutz braucht.

So ist zusammenfassend zu sagen, dass es innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes neben allgemeinen Klientenzentrierten Ansätzen in der Allgemeinmedizin und Kardiologie einen konkreten Entwurf störungsspezifischen Verstehens der somato-psychosomatischen Problematik des Koronarpatienten älteren Datums gibt (Enderlein, 1986). Psychologische Störungsmodelle psychosomatischer Erkrankungen mit Implikationen für den therapeutischen Prozess, von verschiedenen Autoren ausführlich ausgearbeitet und veröffentlicht (siehe auch Sachse, 1995), bieten eine differenzierte Sichtweise und Hilfestellung im Verstehen therapeutischer Prozesse und deren Blockierungen zwischen Psychotherapeut und Klient in der kardiologischen Rehabilitation. Die Ausführungen von Reisch, auf den ersten Blick in Widerspruch zu den Ansichten Enderleins, werden von mir als Konkretisierung und Ergänzung verstanden. Auf die Bedeutung des neueren psychotraumatologischen Ansatzes (Biermann-Ratjen, 2003) wird bei den eigenen Überlegungen zur Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept noch eingegangen.

Psychotherapie mit Koronarpatienten im Zentrum für Ambulante Rehabilitation – Ergebnisse einer deskriptive Analyse

Im Folgenden sollen die Erfahrungen im Vorfeld und mit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Koronarpatienten in einem ambulanten Rehabilitationszentrum mit psychologischem und psychotherapeutischem Versorgungsauftrag dargestellt werden. Das Zentrum für Ambulante Rehabilitation, kurz ZAR genannt, ist eine Einrichtung der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in Wien. Nach der 3-wöchigen stationären Rehabilitation, welche an die Akutbehandlung anschließt, können Koronarpatienten, das Akutereignis liegt dann etwa 2–3 Monate zurück, ein ambulantes einjähriges Koronartraining absolvieren. Dieses besteht aus einem überwachten Ausdauertraining, Heilgymnastik, Entspannungsgruppen, Ernährungsberatung und Stressbewältigungsgruppen. Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind ebenfalls möglich.

Aus klientenzentrierter Sicht kann man sich mit der Fachmeinung, Koronarpatienten hätten in der Regel keine selbstständige Therapiemotivation und seien aufgrund ihrer Persönlichkeitskonstellation psychotherapeutisch nicht zugänglich (Barde et al., 1999), nicht zufrieden geben. Mit Reisch (1994) kann die unbewusste Verweigerung der Selbstreflexion und die Gefühlsvermeidung körperlich kranker Menschen in der Therapie auch als kreativer Akt

gesehen werden, der in seiner Bedeutung verstanden werden will. Es gilt jene Aspekte im Beziehungsprozess zu identifizieren, welche verhindern, dass eine förderliche zwischenmenschliche Beziehung stattfindet. Eine deskriptive Analyse der Behandlungsverläufe in unserem Zentrum beschäftigt sich daher mit den Fragen, welchen Zugang Koronarpatienten zur Psychotherapie überhaupt haben und ob es im therapeutischen Beziehungsgeschehen relevante Faktoren gibt, welche am Scheitern psychotherapeutischer Prozesse mitbeteiligt sind. Wie im Folgenden gezeigt wird, kommen die meisten dieser Patienten ohne bewussten psychischen Leidensdruck, „geschickt“ vom behandelnden Arzt. Bei jenen Patienten, die trotz dieser ungünstigen Bedingungen eine Psychotherapie beginnen, dominiert das Muster Idealisierung – Macht – Kontrolle – Abwertung auch die therapeutische Beziehung, häufige Abbrüche sind die Folge.

Insgesamt wurde der Behandlungsverlauf von allen 87, im Verlauf von 4 Jahren (2000–2003) psychologisch explorierten Herzpatienten analysiert.

Das durchschnittliche Alter dieser Patienten liegt bei 53 Jahren, in der Mehrzahl (65 %) handelt es sich um Männer, 57 % standen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Berufsleben, die anderen waren bereits in Pension oder in Krankenstand.

Der Zugang zur Psychotherapie: fremdbestimmt – verleugnend – depressiv⁵

- Trotz ihrer einschneidenden und bedrohlichen Erkrankung kommen Koronarpatienten meist nicht aus eigenem Antrieb zum Psychologen!
78 % werden vom Arzt zugewiesen, nur 22 % entwickeln einen eigenen Wunsch nach einem psychotherapeutischen Gespräch.
- Zugewiesen werden die Patienten in der Regel, weil der Arzt Symptome der Depression und Angst entdeckt. Depressiv-ängstliche Krankheitsverarbeitung ist in 44 % der Zuweisungsgrund.
- Die Patienten selber fühlen sich psychisch nicht leidend. Oft empfinden sie sich auch nicht als körperlich krank. Häufig sprechen Patienten von einem Defekt, der repariert sei und davon, dass sie bis zum nächsten „großen Service“ so weiter leben können wie bisher. Die Erkrankung und deren emotionale Bedeutung werden verleugnet, Gefühle der Traurigkeit oder Angst in den Erstgesprächen selten verbalisiert.
- Vielmehr äußert sich die Angst und Verunsicherung indirekt in vielen Fragen an den Arzt zum Verhalten im Alltag. Antriebslosigkeit und Schlafstörungen werden als unerklärlich, der soziale Rückzug als notwendig erlebt.

- In der psychologischen Exploration stellen Depression (in erster Linie im Sinne einer Anpassungsstörung), psychodynamisch wohl in Zusammenhang mit der Verleugnung der emotionalen Betroffenheit, in 42 % der Fälle und Angst in 10 % den Hauptanteil der Diagnosen.
- Trotz dieses passiv-konsumierenden und fremdbestimmten Zugangs der Patienten zu psychologischen Behandlungsangeboten wird mit 65,5 % der Patienten eine konkrete Therapievereinbarung im Haus getroffen.
- In 31 % der Fälle, bei 20 Patienten, ist dies eine Vereinbarung zur Psychotherapie, ansonsten werden psychologische Gespräche, Entspannungsgruppen, Stressbewältigung usw. vereinbart.

So entwickeln selbst in einem medizinischen Rehabilitationszentrum mit psychosomatischer Ausrichtung und sehr guter Integration des psychotherapeutischen Angebotes in das Behandlungskonzept Herzpatienten wenig Interesse an Psychotherapie. Der Arzt diagnostiziert behandlungsbedürftige Symptome psychischen Leidens, der Patient selber spürt keinen seelischen Leidensdruck und sieht seine Krankheit als rein körperlich und reparierbar. Aus klientenzentrierter Sicht dient die Verleugnung des seelischen Bedeutungsgehaltes der Erkrankung, die Abwehr der Gefühle wohl als Schutz, gewährleistet eine Form von innerer Stabilität, verhindert aber die Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept und somit die Krankheitsbewältigung.

Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept

Herzpatienten scheinen die Erfahrung der Erkrankung, der Bedrohung der körperlichen Integrität, des Ausgeliefertseins der medizinischen Behandlung, das Gefühl der Schwäche und Hilflosigkeit, der Angst, der Todesnähe nicht vollständig symbolisieren zu können. Die Erkrankung stellt eine Art Trauma dar, eine besondere Bedrohung für ihr Selbstkonzept, und kann nicht in dieses integriert werden. Der Patient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.

„Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie aufgrund ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 134)

Vieles spricht dafür, dass Herzpatienten es aufgrund ihrer kindlichen Sozialisation besonders schwer haben, ein durch positive Selbstachtung geprägtes Selbstkonzept zu entwickeln, in den Überlegungen Enderleins (siehe oben) wurde dies bereits dargestellt. Durch die Erkrankung ausgelöste Erfahrungen wie Passivität, Schwäche und Vertrauen können nur verzerrt zugelassen werden.

5 Die Ergebnisse dieser Behandlungsstatistik wurden im März 2004 auf der Psychotherapietagung der Koordinationsstelle für Psychotherapie in einem Arbeitskreis präsentiert.

In einer inhaltlichen Analyse der Erstgespräche jener 23 Patienten, die sich schließlich auf eine Psychotherapie einlassen konnten, zeigt sich, dass 16 von 23 von einem äußerst autoritären Vater (bzw. ein Patient von einer sehr autoritären Mutter) berichten. Ihre Reaktion darauf beschreiben sie als Angst und Gefühl des Ausgeliefertseins, später als Wut und Hass und als Versuch, sich endlich durch Anstrengung und Leistung das Wohlwollen und die Liebe des Vaters zu „erarbeiten“. Durch sehr ähnliche Sozialisationserfahrungen ist das Selbstkonzept von Koronarpatienten vermutlich häufig geprägt durch „Liebe durch Leistung“, von durch Größenphantasien abgewehrten Minderwertigkeitsgefühlen, Misstrauen in Beziehungen, Kontrollambition, Vermeidung von Abhängigkeit als Verhalten zur Herstellung „asymbiotischer Nähe“ (Binder & Binder, 1991).

An dieser Stelle sei als kurze Fallvignette⁶ die Kindheitserfahrungen einer Patientin dargestellt. Sie wird als älteste von 2 Kindern einer Familie in Wien geboren. Der Vater ist Alkoholiker, wenn er betrunken ist, schlägt er seine Frau und bedroht auch die Kinder. Die Mutter wird als schwache und hilflose Frau beschrieben, die sich gegen die Gewaltexzesse ihres Mannes nicht wehren kann. Die Kinder verstecken sich häufig vor dem Vater. Sie habe in ihrer ganzen Kindheit Angst vor ihrem Vater gehabt, in ständiger Spannung gelebt. Später habe sie eine enorme Wut auf ihn bekommen und Gefühle der Verachtung für die Mutter, die so schwach und abhängig gewesen sei. Sie habe sich schon als Kind geschworen, sich nie abhängig zu machen und sich nie einengen zu lassen. So sei sie ihr ganzes Leben immer auf eigenen Beinen gestanden, nie würde sie jemanden um Hilfe bitten. Tränen seien für sie ein Zeichen von Schwäche. Sie verabscheue es, wenn jemand schwach und hilflos sei. Sie fühle sich leicht eingesperrt und breche dann aus. Lieber lebe sie alleine, als sich von irgendjemand einengen zu lassen. So reagiert sie auch auf die Erkrankung mit aktiven Bewältigungsmechanismen. Die Diagnose einer Herzerkrankung habe sie gefasst aufgenommen, sie sehe das nüchtern, Gefühle habe sie eigentlich keine dazu; über ihre Erkrankung zu reden sei nicht notwendig, sie wisse, was sie tun müsse, um diese „in den Griff zu kriegen“.

Die lebensbedrohliche und häufig scheinbar aus heiterem Himmel hereinbrechende Erkrankung stellt ein psychisches Trauma dar, die dadurch ausgelösten Gefühle bedrohen dieses Selbstkonzept in besonderem Maße und müssen abgewehrt werden. Man kann also sagen, im Desinteresse oder in der Ablehnung von Psychotherapie manifestiert sich Konfliktinkongruenz innerhalb des Selbst und Stressinkongruenz durch die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erfahrung (Speierer, 2002), die Bedrohung durch die Erkrankung wird nicht oder verzerrt wahrgenommen, um das alte Selbstkonzept von Stärke, Leistungsfähigkeit und Pseudo-Unabhängigkeit aufrecht zu erhalten

Als Beispiel für die Verleugnung der Erkrankung in der Akutphase sei der Verlauf des Infarktes bei einem Patienten geschildert, der eines Morgens beim Verlassen der Wohnung einen Druck auf der Brust und einen ziehenden Schmerz im linken Arm verspürt. Atemnot und Schwindel kommen dazu, er verliert kurz das Bewusstsein, steht dann wieder auf, langsam geht es ihm besser. Er entschließt sich, trotzdem zur Arbeit zu gehen, es werde schon besser werden. Immerhin lässt er sich aber doch von einem Angehörigen begleiten. Beim Aussteigen aus der Straßenbahn überkommen ihn dieselben Symptome noch einmal. Er „reißt sich zusammen“ und schafft es bis zum Arbeitsplatz, wo Kollegen dann die Rettung rufen. Er selbst wehrt sich gegen diese „Schwäche“, bis andere die Sache in die Hand nehmen. Im Krankenhaus wird ein akuter Myokardinfarkt festgestellt, eine Aufdehnung des verengten Koronargefäßes verläuft erfolgreich. Der Patient beginnt sofort nach „Erlaubnis“ der Ärzte mit einem intensiven körperlichen Ausdauertraining, stellt sofort seine Ernährung um und hört zu rauchen auf. Sehr schnell bekommt er wieder seine alte Leistungsfähigkeit zurück, dies beruhigt ihn und gibt ihm das Gefühl, durch all diese Maßnahmen seine Erkrankung kontrollieren zu können. Um auch seine berufliche Stressbelastung unter Kontrolle zu bekommen, nimmt er den Vorschlag des Arztes, mit einem Psychologen darüber zu sprechen, an und kommt so zu mir. Die Erkrankung sieht er als vorbei und bewältigt, er erhofft sich aktive Hilfe bei seinem einzigen noch verbleibenden Problem, der Stressbewältigung im Beruf. Bald allerdings kommt der Patient in den Gesprächen in Kontakt mit seinen Gefühlen, seinem inneren Bezugsrahmen und er entwickelt ein ernsthaftes Interesse an sich selber und seinem Gefühlsleben. Es beginnt ein psychotherapeutischer Prozess. Über die Krankheit direkt, das Infarktgeschehen und seine Ängste redet er allerdings erst ein halbes Jahr später anlässlich einer Kontrolluntersuchung. Er schlafe schlecht, er habe keine Ahnung wieso, erzählt er. Erst das mühsame und genaue Hinterfragen erinnert ihn schließlich an die geplante Untersuchung, eine Koronarangiographie, ein unangenehmes und ängstigendes Verfahren, bei dem ein Katheter bis in das Koronargefäß zur betroffenen Stelle vorgeschoben wird. An sich schmerzfrei, beobachtet der Patient auf einem Monitor, wie die Sonde „in sein Herz eindringt“. In diesen Gesprächen lasse ich ihm die Möglichkeit, die Bedeutung dieses Ereignisses zu bagatellisieren und zu verleugnen, greife aber jeden körperlichen oder sprachlichen Hinweis auf Emotionen auf, so dass er sich langsam all seinen Gefühlen bezüglich dieses Ereignisses zuwenden kann. Angst und Verunsicherung werden ihm bewusster, die unangenehme (und möglicherweise auch somatisch „schädigende“) ganzkörperliche Spannung verringert sich.

Es ist nicht zu übersehen, dass sich die Verleugnung der Bedrohung durch Krankheit und Tod auch perfekt in unser medizinisches System fügt. Patienten übernehmen hier auch ein Stück die Omnipotenzphantasien der Reparaturmedizin, welche in der Tat Enormes vollbringt, andererseits aber die seelische Wahrnehmung

6 Um das Inkognito der Patienten zu wahren, wurden bestimmte Einzelheiten wie Initialen, Beruf, Alter und andere Merkmale verändert.

der Erkrankung als existenzielle Krise, die psychische Bedeutung operativer Eingriffe am Herzen und die Notwendigkeit der psychischen Verarbeitung nicht wahrhaben will. Bei näherer Betrachtung scheint es als widerspiegeln sich in den gemeinsamen Bemühungen von Patient und Behandlungsteam um die schnelle Erlangung der alten Leistungsfähigkeit und die zielgerichtete Lebensstilveränderung in der Rehabilitation auch ein Stück Abwehr und Verleugnung der gefühlsmäßigen Betroffenheit des medizinischen Systems, sozusagen ein Stück gesellschaftlicher Inkongruenz. Klasmeier (1991) spricht in diesem Zusammenhang von institutioneller Abwehr. In diesem Sinne sei nochmals auf die Empfehlung von Reisch (siehe oben) hingewiesen, gerade bei psychosomatischen Patienten das medizinische Umfeld, die Beziehung zum behandelnden Arzt und den gesellschaftlichen Kontext als die Therapiesituation mitprägende Faktoren zu verstehen.

Therapieabbrüche bei Koronarpatienten

Trotz dieser schwierigen Voraussetzungen ergab sich bei 23 der oben angeführten 87 Patienten, die zu einem psychologischen Erstgespräch „geschickt“ wurden, eine Vereinbarung zur Psychotherapie. Nur in wenigen Fällen ist ein psychischer Leidensdruck auszumachen, bei den anderen Patienten vielmehr das Interesse und die Suche nach Etwas, was von den Patienten oft nicht verbalisiert werden kann und doch in den Erstgesprächen oft als Bedürfnis nach dem Gespräch, dem Verstandenwerden und Wahrgenommenwerden spürbar ist: „need for positive regard“.

Von diesen 23 Patienten sind 4 derzeit in mittelfristig angesetzten Einzeltherapien (derzeit zwischen 15 bis 40 Therapiestunden), 4 Patienten nehmen an einer einjährigen Gruppenpsychotherapie teil, 6 Therapien wurden bereits im Einverständnis beendet (Therapiedauer zwischen 6 und 72 Stunden).

9 Therapien wurden abgebrochen. Davon wurden 7 Therapien von den Patienten (nach 1–3 Stunden), zwei von mir abgebrochen nach der 6. bzw. 9. Stunde.

Insgesamt brechen also in unserer Studie 39 % der Koronarpatienten die vereinbarte Psychotherapie schnell wieder ab bzw. beginnen sie gar nicht.

Diese Abbruchquote liegt deutlich höher als bei Patienten mit Atemwegserkrankungen (in unserer Erhebung 3 Therapieabbrüche bei 10 Patienten) und viel höher als bei den übrigen Psychotherapiepatienten (16 % Therapieabbrüche bei 36 Patienten in 3 Jahren).

Die nicht geglückte therapeutische Beziehung

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation heißt also Zugang zu finden zu Patienten, die nicht freiwillig kommen, aber doch kommen; die durchaus z. B. über Stress reden möchten, aber nicht

über sich und ihre Gefühle. Ihre Bedürfnisse nach Hingabe, Passivität, uneingeschränktem Vertrauen finden in ihrem Selbstkonzept keine ausreichende Verankerung, ebenso wenig wie Gefühle von Schwäche, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Die traumatisierende Erkrankung können sie daher nur mangelhaft in ihr Selbstkonzept integrieren. Häufiger als andere psychosomatische Patienten brechen sie psychotherapeutische Gespräche nach ersten Kontakten ab.

Im Zentrum der Klientenzentrierten Psychotherapie steht die These von der heilsamen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, also dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz sind die hinreichenden und entscheidenden therapeutischen Variablen. So können Therapieabbrüche als Folge des Misslingens der förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung interpretiert werden. Aus klientenzentrierter Sicht interessiert nun, welche Faktoren am mangelnden Gelingen der heilsamen Beziehung beteiligt sind.

Es zeigen sich bei den Therapieabbrüchen folgende Muster:

- Häufig findet sich in den Erstgesprächen eine starke Tendenz zur Idealisierung der Therapeutin, welche bei anderen Patienten nicht in der Form und Ausprägung zu spüren ist. Im therapeutischen Prozess kommt es bei der Therapeutin zu Gefühlen des Leistungsdruckes. Gelingt es, diese wahrzunehmen und zum Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Patienten zu benutzen (ist doch Liebe durch Leistung eine Erfahrung aus dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang), kann der Prozess sich weiterentwickeln.
- Bei 4 Patienten kommt es bereits im Erstgespräch zu einer Gestaltung der Beziehung über Macht und Kontrolle, z. B. bei der Terminvereinbarung. Die Therapeutin geriet in eine Inkongruenz, es gelang nicht, die emotionalen Reaktionen auf dieses Verhalten anzusprechen. Diese Patienten kamen bereits in der ersten oder zweiten Stunde nicht mehr.
- Bei drei Patienten kam es nach einer sehr starken Idealisierung der Therapeutin im Erstgespräch ebenfalls zu starken Machtkämpfen, ausgetragen über Terminfragen, unentschuldigtes Fernbleiben und zu Abwertungen, so dass 2 Therapien von der Therapeutin abgebrochen wurden. Starke Gefühle des Ärgers und der Kränkung konnten von der Therapeutin nicht wahrgenommen, sondern mussten abgewehrt werden. Inkongruenzen in der Beziehung zum Patienten traten auf, der Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung scheiterte an dieser Dynamik, welche anhand des Verlaufes eines Erstgesprächs deutlich gemacht werden soll:
- So erzählt ein Patient während eines Erstkontaktes, dass er trotz eines monatelangen Gefühls, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung sei und trotz zunehmenden Drucks und Brennens in der Herzgegend noch eine Geschäftsreise wahrgenommen habe. Dort erleidet er einen akuten Infarkt. Den habe er nun

gut überstanden und er habe eigentlich auch kein Problem damit. Denn für und um sich selber habe er keine Angst, schwierig werde es nur, wenn er aufgrund des Infarktes früher in Pension gehen müsse als geplant, da er noch viele Personen zu versorgen habe. Bald stellt sich heraus, dass es sich um selbst-aufgelegte Verpflichtungen handelt, im Gespräch kommt der Patient in Kontakt mit seinen Gefühlen der Verantwortlichkeit für andere. Er spürt aber auch, dass es ihm gleichzeitig Sicherheit gibt, wenn andere von ihm abhängig sind, und dass dies wirklich ein dominierendes Muster der Beziehungsgestaltung ist. Schnell holt er sich aus seiner gefühlsmäßigen Betroffenheit, indem er aus dieser eigenen emotionalen Selbstwahrnehmung einen intellektuellen Akt „macht“, diesen mir zuschreibt und beginnt, mich zu bewundern, für meine Fähigkeit, so schell und so klar für ihn Wesentliches zu erkennen und zu erfassen. Diese Idealisierung als Gefühlsabwehr ist sehr stark und intensiv, die Bearbeitung gestaltet sich sehr schwierig und wird, ebenso wie die spürbaren Gefühle der Enttäuschung abgewehrt. Zum zweiten vereinbarten Termin kommt der Patient nicht, den dritten nimmt er wahr, mit einer lapidaren Entschuldigung des Fernbleibens aus beruflichen Gründen, dann sehe ich den Patienten nicht mehr.

- In zwei Fällen kam es zu einem Phänomen, welches ich heute als einen zu rasch einsetzenden starken regressiven Prozess einordnen würde. Beide Patienten, beide Männer, brachen im Erstgespräch buchstäblich in einer Art Gefühlsausbruch zusammen, ohne sich aber dabei auch erleichtern zu können und gingen mit dem Gefühl der Scham. Sie verbalisierten, dass etwas passiert sei, was nicht hätte passieren dürfen. In diesen Fällen erlebte sich die Therapeutin als durchaus empathisch, wertschätzend und kongruent. Es blieb das Gefühl, dass dies nicht ausreichend sein hatte können, dem äußerst rigiden und abwertenden Selbstkonzept des Patienten die Erfahrung von Wertschätzung und Mitgefühl entgegenzuhalten. Das Erleben von bedingungsloser positiver Beachtung und emotionaler Wärme in dieser Erstgesprächsstunde konnte keine ausreichende Wirkung dahingehend entfalten, dass der Patient die Beziehung zu sich selber von abwertend zu wertschätzend zu verändern vermocht hätte. Möglicherweise auch deswegen, weil sich das empathische Verstehen weniger auf das Gefühl der Scham über die Unkontrolliertheit bezog.

von Pseudounabhängigkeit, Leistungsorientiertheit, Kontrollambition schwanken sie zwischen Selbstabwertung und Größenphantasien. Die Krankheit, die körperlichen Symptome und die dadurch ausgelösten Gefühle von Schwäche, Angst und Bedrohung verleugnen sie oft und entwickeln häufig aus dieser Dynamik Symptome der Depression, die der Arzt als behandlungsbedürftig erkennt. Sie selber suchen in der Regel keine psychologische Hilfe. Als Behandlungsvorschläge nehmen sie am ehesten Stressbewältigung und Entspannungsverfahren an. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht sind die Bedingungen zu schaffen für die Integration dieser Erfahrungen in das Selbstkonzept. „Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz, ... der Bedrohung der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr ... muss eine Person empathisch und unbedingte und kongruent verstanden werden, wenn aus einer traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Psychotherapeutische Beziehungen misslingen häufiger und aus anderen Gründen als bei anderen Patienten. Dies liegt daran, so eine weitere Schlussfolgerung aus unseren Erfahrungen, dass Koronarpatienten bereits in den Erstgesprächen auch die Beziehung zum Therapeuten durch Idealisierung einerseits, Entwertung, Macht und Kontrolle andererseits gestalten. Die dadurch häufig im Therapeuten ausgelösten Gefühle von Leistungsdruck, Ärger, aber vor allem und vorrangig das Gefühl der Entwertung und der dadurch ausgelösten eigenen Kränkung stellen eine Herausforderung für die Selbstwahrnehmung des Therapeuten dar, bedrohen sie doch das eigene Selbstkonzept und können zu inkongruentem Verhalten in der Beziehung zum Klienten führen bis hin zum Bedürfnis, sich von diesen Patienten zurückzuziehen.

Eine besondere Sensibilisierung für diese, in der Beziehungsgestaltung von Koronarpatienten möglicherweise typischen Themen von Idealisierung (insbesondere unter dem Aspekt der Abwehr eigener Gefühle) Entwertung, Macht, Kontrolle, Vermeidung von Passivität und Autonomie/Abhängigkeit, deren Manifestationen im therapeutischen Prozess und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Verwirklichung der therapeutischen Variablen scheint mir als Ansatz zu einer „störungsspezifischen Inkongruenzbehandlung“ (Speierer, 2002) in der Psychotherapie von Koronarpatienten hilfreich zu sein.

Zusammenfassung und Diskussion

So ist Psychotherapie bei Koronarpatienten ein schwieriges Thema. Patienten nach einem Herzinfarkt haben ein seelisches Trauma durch ein lebensbedrohliches Ereignis überstanden. In Inkongruenz zwischen einem durch autoritäre Erziehung, Abwertung und Unterdrückung eigener Bedürfnisse entstandenen Selbstkonzept

Literatur

- Ariyo, A. A., Haan, M., Tangen, C. M., Cushman, M., Dobs, A. & Furberg, C. D. (2000). Depressive symptoms and risks of Coronary Heart Disease and mortality in elderly Americans. *Circulation*, 102, 1773–1799.
- Arlow, J. A. (1945). Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosomatic Medicine*, 7, 195–209.

- Avanzini, M. (2004). Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen: geschlechtsspezifische Unterschiede. *Vortrag anlässlich der Tagung: Die Frau im Blickpunkt der Kardiologie*, Wien.
- Barde, B., Jordan, J. & Zeiher, M. (1999). Psychodynamische Beiträge zur Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der Koronaren Herzkrankheit. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das geschäftspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 2, 128–134.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Chessik, R. D. (1987). Coronary artery disease as a narcissistic psychosomatic disorder, part 1. *Dynamic Psychotherapy*, 5, 16–29.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York, London: Hoeber.
- Enderlein, H.-J. (1986). *Herzinfarkt. Ein patientenbezogener und integrativer Psychotherapieansatz zur Unterstützung von Prävention und Rehabilitation*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Ermann, M. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, R. (1980). Abwehrmechanismen. *Psyche*, 34, (6), 554–563.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919–1924.
- Goldschmidt, O. (1980). Überlegungen zur Frage der Behandelbarkeit der Herzinfarktpatienten. *Psyche*, 34 (6), 563–574.
- Hahn, P. (1971). *Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Analyse und Darstellung der Grundlagen mit psychosozialen Untersuchungen an 50 männlichen Herzinfarktpatienten*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Herrmann-Lingen, Ch. (2000). Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 315–330.
- Herrmann-Lingen, Ch. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der Koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/M.: VAS.
- Kerz-Rühling, I. (1980). Psychischer Konflikt. *Psyche*, 34 (6), 543–554.
- Klasmeier, P. (1991). Zum Beziehungsgeschehen mit psychosomatischen Patienten in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 16, 274–286.
- Kutter, P. (1997). Über eine zeitlich begrenzte Gruppenpsychotherapie bei Patienten nach Herzinfarkt-Erfahrungen und Ergebnisse. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 33, 179–193.
- Müller, A. (1993). Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Psychosomatik in einer kardiologischen Praxis. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 237–259). Heidelberg: Asanger.
- Myrtek, M. (2000). *Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit*. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Ohlmeier, D. (1980). Gruppenpsychotherapie bei Herzinfarktpatienten. In C. F. Fassbender & E. Mahler (Hrsg.), *Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation* (S. 169–179). Mannheim: Mannheimer Morgen.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbare Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Reisch, E. (2002). Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 551–562). Wien, New York: Springer.
- Ripke, Th. (1993). Die Bedeutung der geschäftspsychotherapeutischen Krankheitslehre und Therapietheorie für die Allgemeinmedizin. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 223–235). Heidelberg: Asanger.
- Rodriguez, C. (1980). Objektbeziehungen. *Psyche*, 34, (6), 536–543.
- Rogers, C. R. (1951a/1986). Client-centered therapy. *Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1986: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GWG.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. F., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Burbank, C., Hahn, W. & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 189, 103–110.
- Rugulies, R. & Siegrist, J. (2001). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der Koronaren Herzkrankheit: Soziale Ungleichverteilung der Erkrankung und chronische Distress-Erfahrungen im Erwerbsleben*. (Online) <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien, New York: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–64). Wien, New York: Springer.

Autorin

Edith Benkö, Klinische und Gesundheitspsychologin, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie; seit 1982 in der Rehabilitation von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA in Wien, seit 2003 auch in eigener Praxis tätig.

Korrespondenzadresse

Dr. Edith Benkö
Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA
Ärztlicher Leiter: Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Kurz
Wehlistraße 127
1020 Wien
E-Mail: edith.benkoe@aon.at