

Herz und Seele aus psychologischer und psychotherapeutischer Sicht

Mag. Karin Maria Prise

Gesundheitsvorträge des Kuratoriums für Psychische Gesundheit
28. und 29. Mai 2008

Lassen Sie mich, werte HörerInnen und Hörer meine Vortrag beginnen mit einem kurzen Textauszug aus Martin Walsers neuem Roman: Ein liebender Mann.

Brief von Ulrike.

Ulrikes Brief glitt ihm aus den Händen. Er hatte ihn nicht zu Ende lesen können. Goethe sah, seine Hände zitterten. Sein Herz hämmerte. Er musste atmen. Er atmete nicht von selbst. Immer erst, wenn es zu spät war. Dann japste er nach Luft. Dann wieder nichts mehr. Bis es wieder zu spät war. Er versuchte zu atmen, bevor er wieder japsen musste. Nur ganz flach anatem konnte er. Hin und her gehen. Ja, er ging hin und her. Sogar ziemlich rasch. Er beeilte sich. Es musste entschieden werden, ob er Ulrikes Brief zu Ende lesen konnte. Er musste hin und her gehen. Das Tempo musste er wieder steigern. Er musste so schnell gehen, dass er mit Atemholen beschäftigt war. Und wenn er so hin und her rannte, wusste er auch, warum sein Herz gegen die Brustwand hämmerte und im Hals heraufschlug. Sein Herz, das gefangene Tier. Er, der Gefängniswärter. Mit welcher Uhr soll er die Sekunden von heute bis zum 31. Oktober zählen.

Er nahm den Brief, überflog die schönen und die schrecklichen Seiten. Er fand die Stelle: also am Freitag, den 31. Oktober. Dann las er den Brief zu Ende, dann legte er den Brief aufs Bett. Das Herz hatte wieder angefangen zu hämmern. Die Seele ist ein Organ. Das wusste er jetzt. Martin Walser, 2008

„Die Seele ist ein Organ“. Das Organ für die Seele – das Herz. Was Martin Walser hier schildert, ist ein Zustand höchster Erregung. Dieser nimmt Goethe den Atem. Geschildert wird auch der innere Konflikt – soll und kann er diesen Brief weiter lesen. Kann er den Inhalt verkraften? Die Nachricht Ulrikes ist für ihn von höchster Brisanz, so wie sie nur für einen Liebenden sein kann. Sie geht ihm ans Herz. Der betagte Goethe hatte sich im Alter von 73 Jahren in die 19-jährige Ulrike verliebt. In diesem Brief von Ulrike erfährt er, dass ihre Mutter ein Treffen mit einem jungen Verehrer Ulrikes arrangiert hat. Und er erkennt schmerzlich die Aussichtslosigkeit seiner Liebe.

Was ein Dichter hier beschreibt –

Einen seelischen Zustand der äußersten Erregung, zugleich eine Befindlichkeit des Herzens im Rahmen eines Beziehungsgeschehens – eines menschlichen Dramas um Liebe und Verlust bzw. Verzicht –

könnte auch zu einem Zustand der Herzangst führen, einige Symptome werden bereits genannt: das Zittern der Hände, die innere Unruhe, die Atemnot, die Verflachung der Atmung, die Hyperventilation, das Hämmern des Herzens herauf in den Hals

Machen wir eine Zeitreise vom 19. Jh. zu unserer Situation heute –

Und nehmen wir an, Goethe würde mit seinem Herzrasen, dem Engegefühl, und mit Herzangst in eine unserer Notfallambulanzen kommen und seine Befindlichkeit schildern – Was würde ihm wohl geschehen?

Wenn alle medizinischen Parameter, das EKG, das Labor, der Ultraschall am Herzen wie es so schön heißt „ohne Befund“ wären – was würde weiter geschehen? Würde der behandelnde

Ambulanzzarzt die Einladung an Goethe aussprechen, über seine aktuelle Lebenssituation zu sprechen, über das, was dem Dichter so zu Herzen geht, dass sein Herz Kapriolen schlägt? Würde er Goethe aufklären über die funktionelle Erkrankung Herzangst und die Notwendigkeit, sich mit ihr weiter auseinander zu setzen mit Hilfe von Gesprächen über die Botschaft des Herzens, die es zu verstehen und entschlüsseln gilt. Oder würde er den Patienten verabschieden mit : „Ihnen fehlt nichts“?

Deutlich wird, wenn wir hier nicht mit dem Patienten über dessen Lebenssituation sprechen, können wir als Behandler nicht die symbolische Bedeutung der Organsprache verstehen. Die Übersetzungsarbeit kann nur mit dem Betroffenen selbst, mit dem Erkunden seiner seelischen Verfassung und seiner psychosozialen Situation und mit seinen Bedeutungsgebungen geleistet werden.

Nun, es ist nicht anzunehmen, dass Goethe sich des Zusammenhangs zwischen den Kapriolen seines Herzens und seiner seelischen Verfassung aufgrund des Briefes nicht bewusst wäre. Gerade im Zusammenhang mit der Herzangst gilt es in der Psychotherapie zum einen den Patienten zu stabilisieren, einen psychologischen Notfallkoffer zu packen, der bei Beginn der Symptome eingesetzt werden kann, Vertrauen in den eigenen Körper und in sich selbst zu stärken und die zugrundeliegende seelische Problem- oder Konfliktsituation gemeinsam zu erkennen und zu bearbeiten. In Goethes Fall wäre die Psychotherapie wohl der geschützte Ort, eine tabuisierte, weil gegen die gesellschaftliche Norm verstoßende Liebesbeziehung und den damit verbundenen inneren Konflikt zu besprechen, die dazugehörigen Gefühle offen ausdrücken zu können und letztlich den Schmerz und die Trauer über die Unerfüllbarkeit dieser Liebe zu verarbeiten.

Goethe hat seine Gefühle zu dieser tabuisierten Verbindung, über die es kaum Aufzeichnungen gibt, wohl literarisch in der Marienbader Elegie verarbeitet – das ist die Ressource der Dichter – sich, von der Seele schreibend, zu befreien.

Kommen wir also zum

Syndrom der Herzangst

was verstehen wir darunter?

- Atemnot, Erstickungsgefühl
- Benommenheit, Distanz
- Herzklopfen, Herzstolpern
- Zittern, Unruhe, Schwitzen, Frieren
- Übelkeit, Brechreiz, Taubheit, Kribbeln
- Angst, die Besinnung zu verlieren,
- Verrückt zu werden oder zu sterben

Oft treten diese Erkrankungen ohne zunächst fassbaren äußeren Auslöser auf und bedrängen die Patienten mit Herzrasen, unregelmäßigem Herzschlag, Luftnot oder Schwindel. Die Angst, an einer schweren Herzerkrankung zu leiden, das Bewusstsein zu verlieren oder zu sterben, steht oft, aber nicht immer im Vordergrund.

Diese Erkrankungen sind häufig (5% der Menschen erleiden während ihres Lebens diese Störung) und werden häufig fehlgedeutet.

Die Ursachen liegen in einer vermehrten biologischen Sensibilität gegenüber den angstausslösenden Botenstoffen und vor allem in psychischen und sozialen Belastungen. Diese Konflikte und Probleme müssen erkannt und bearbeitet werden, da sonst die Angsterkrankung chronisch werden kann und die von ihr betroffenen Patienten in eine Depression, eine Herzgefäßerkrankung (durch den chronischen Stress) treiben kann.

Ich möchte ihnen ein Beispiel aus meiner psychotherapeutischen Praxis schildern:

Ein Patient, 69a, wird bei mir in der Praxis von seiner einzigen Tochter angemeldet. Seine Tochter ist in großer Sorge um ihn. Der Vater war bereits mehrmals in der internen Notaufnahme des Krankenhauses und wurde dort nach genauer medizinischer Abklärung zunächst wegen seines Schwindelgefühls für ein paar Tage auf der Neurologie zur genauen Schwindelabklärung stationär aufgenommen. Auch die neurologische stationäre Abklärung ergab keinen organischen Befund. Seit der Entlassung auf der Neurologie sei es bereits zu mehrfachen Ambulanzkontakten gekommen und es stellt sich eine weitere Dramatisierung der Situation ein. Der Vater könne nicht mehr schlafen oder überhaupt alleine sein, was wiederum auch ihre Mutter stark belastet. Der Vater nimmt rapide Gewicht ab und fühlt sich immer schwächer und fühlt sich hilflos seinen Anfällen von Angst ausgeliefert.

Wir vereinbaren, dass sich der Vater bei mir melden kann und einen baldigen Termin für ein Erstgespräch bekommt.

Herr K. schildert mir im Erstgespräch die Lebenssituation so, dass er sich sehr belastet fühlt durch Wohnungsnachbarn, die tagsüber in der Mittagszeit oder auch abends, wenn er schlafen gehen möchte, viel Lärm machen. Er kommt einfach nicht mehr zu seiner Ruhe. Immer wenn er ruhen oder schlafen möchte, wird er durch diesen Lärm an der Erholung gehindert. Er regt sich daraufhin so sehr auf, dass ihn das so viel Kraft kostet und er auch gar nicht mehr schlafen kann. In diesem Teufelskreis fühlt er sich gefangen und weiß nicht mehr ein und aus, vor allem weiß er nicht wohin.

Er fühlt sich durch seine „Anfälle“, wie er es nennt ganz verunsichert und traut sich nicht mehr alleine auf die Strasse, geschweige denn noch Auto fahren, wodurch er noch stärker in der Wohnung „eingesperrt“ ist.

Wir vereinbaren, dass er sich parallel zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bei mir auch in fachärztliche Behandlung beim Psychiater begibt, um eine möglichst rasche Entlastung und medikamentöse Unterstützung bei seiner Angstsituation und Schlafstörung zu bekommen.

Therapie der Angst

- Angstlösend - Medikamente
- Stabilisierend - Psychotherapie
- Vorbeugend - Selbsthilfegruppen

In der zweiten Sitzung berichtet er mir von seinem Gefühl im Leben, immer wieder ausgenutzt zu werden. Er war immer für andere da, z.B. für seine Eltern, obwohl er erlebt hat, dass ihm seine Schwester vorgezogen wurde. Er hat sie jedes Wochenende abgeholt und mit seiner Familie und seinen Eltern gemeinsam etwas unternommen. Später hat er für seine Tochter und den Schwiegersohn Haus gebaut und den beiden immer geholfen und arbeiten abgenommen. Vor ein paar Wochen hat sein Schwiegersohn dann die Schlösser ausgetauscht, sodass er deren Haus nicht mehr ohne deren Einladung betreten kann. Das hat ihn sehr empört. Bald darauf haben die Panikattacken begonnen.

Was ist die Not meines Patienten?

Er fühlt sich in beiden Konfliktsituationen machtlos und hilflos.

Und er fühlt sich eingeschränkt in seinen Lebensmöglichkeiten.

Während er sich in seinem Da-sein für die Tochter und deren Familie zurückgewiesen fühlt, was für ihn Sinn und Aufgabe in der Pension bedeutet hat, wird er auf sein Da-sein mit seiner Frau in seiner Wohnung verwiesen.

In diesem Da-sein in der Wohnung gibt es jedoch kaum Inhalte, Interessen, und vor allem den Wunsch nach Ruhe und Schlaf. Dieser Rückzug gelingt jedoch nicht, weil die Nachbarn ihn mit ihren lautstarken Lebensäußerungen reizen.

Wie ist ihm also zu helfen?

Wir vereinbaren, dass er sich in der Therapie klarer werden kann, welche Erwartungen er an die Tochter und ihren Mann stellen kann und welche nicht, und wie er den Generationenkonflikt mit seiner Tochter und dem Schwiegersohn konstruktiv ansprechen kann.

Zum anderen arbeiten wir daran, wie er mit der vorerst unveränderlichen Wohnsituation im Haus umgehen kann, wie er selbst Abstand und wieder Unabhängigkeit von den Lebensrhythmen der Nachbarn gewinnen kann.

Dabei sind ihm auch Entspannungsübungen, wo er von der Umwelt abschalten kann und ganz bei sich und einem Ort der Ruhe und Entspannung einkehren kann bereits eine deutliche Hilfe. So kann er für eine Weile sich entspannen und die Aufmerksamkeit umlenken. Und er kann Einfluss nehmen auf seine Befindlichkeit und fühlt sich nicht nur ausgeliefert und hilflos in seinem Ärger.

Eine andere Ressource, die wir gemeinsam entdecken konnten, ist das Autofahren. Er fährt gerne mit seiner Frau auf Ausflug, nimmt Abstand und trifft wieder Freunde und Bekannte, von denen er sich auch zurückgezogen hatte.

Insgesamt geht es darum, dass er für sich und auch mit seiner Frau, wieder Lebensinhalte findet, unabhängig von seiner Tochter und Familie und unabhängig vom Konflikt mit den Nachbarn.

Inzwischen kommt der Patient alleine zu den Sitzungen, und fährt auch wieder Auto. Seine Angstattacken haben sich beruhigt, auch der Schlaf deutlich gebessert – sicherlich auch durch die rasche Kombinationstherapie Psychotherapie und medikamentöse Unterstützung.

Nachdem wir uns bis jetzt mit der Herzangst, mit der funktionellen Erkrankung befasst haben, in der der Patient ohne medizinischen Befund bleibt und das Herz organisch nicht geschädigt ist, möchte ich mich mit Ihnen nun der seelischen Dimension der koronaren Herzkrankheit, dem Herzinfarkt zuwenden.

Es gibt inzwischen durch viele Untersuchungen belegte Beweise zum Einfluss von **psychosozialen Belastungsfaktoren** auf die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit!

Als gesichert gelten neben den bereits von Dr. Wallner genannten klassischen Risikofaktoren: der entscheidende Einfluss von

- **Depression und Angst**
- **Persönlichkeitsmerkmale und Charaktereigenschaften**
- **Soziale Isolation**
- **Chronische Belastung im Arbeitsleben**

Depressionen

sind im Feld von Herzerkrankungen eine wichtige seelische Größe, sowohl im Vorfeld von Herzerkrankungen als auch im Anschluss an ein kardiales Ereignis. Depressive Verstimmungen werden vom Betroffenen erlebt als eine Krise des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, gehen oft einher mit einer verminderten Initiative, Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit, verminderter Konzentration und erhöhter Ermüdbarkeit. Gefühle von Überforderung können sich breit machen. Die Welt wird vor allem erlebt in ihrem

Anforderungscharakter, dem der einzelne nicht mehr zu genügen vermag. Auch sonst freudige Aktivitäten, Ereignisse können nicht mehr genossen werden. Die Stimmungslage kann auch von erhöhter Reizbarkeit geprägt sein. Die mangelnde Genussfähigkeit, Reizbarkeit, Müdigkeit oder getrübe Stimmungslage führen häufig auch zu Problemen im zwischenmenschlichen Kontakt. Betroffen sind hier oft der Partner, die engeren Familienangehörigen aber auch Freundes- und Kollegenkreis.

Etwa 5% der Bevölkerung ist von einer depressiven Episode im Laufe ihres Lebens betroffen. Bei Patienten mit akutem Herzinfarkt ist das Auftreten einer depressiven Stimmung 3-fach erhöht. Zudem entwickeln 20% der Infarktpatienten im Folgejahr nach dem Infarkt eine depressive Verstimmung. Der Patient entwickelt eine depressive Verstimmung als Reaktion auf das Krankheitsereignis, das gerade bei sehr leistungsorientierten Menschen leicht eine Krise des Selbstwertgefühls auslösen kann.

Depression und Herzinfarkt

Studie von Barefott, Pratte, 1996 zum Zusammenhang von Depression und Herzinfarkt
Depression erhöht das Risiko für:

- Koronare Herzkrankheit
- Herzinfarkt
- Tod nach Herzinfarkt

Auf das Doppelte bis Vierfache!

Wie wichtig es ist, hier den Patienten psychotherapeutische Hilfe zukommen zu lassen, zeigen Studien, die eine signifikant höhere Sterblichkeitsrate bei Infarktpatienten mit Depression in den ersten 18 Folgemonaten festgestellt haben.

Die Depressivität nach Myokardinfarkt führt nicht nur zu schlechteren Langzeitergebnissen sondern verringert auch die Wahrscheinlichkeit zu einem normalen Ausmaß an beruflichen und sozialen Aktivitäten zurückzukehren. Zudem geht Depressivität oft einher mit Verhaltensänderungen, die zu einem ungesunden Lebensstil beitragen können, wie z.B. Bewegungsmangel, verstärktes Rauchen und verringerter Compliance in Bezug auf die notwendige Lebensstiländerung .

Appels & Mulder (1998) haben das Syndrom der vitalen Erschöpfung und Depression als Kombination von Müdigkeit, Erschöpfung, erhöhter Reizbarkeit, Demoralisierung und Entmutigung beschrieben.

Angst und Herzinfarkt

Eine Studie von Rozanski, 1988 hat Angst als wichtigsten Faktor für die Prognose benannt.

- Angst erhöht das Risiko für Herztod auf das 2,5 fache
- Große Angst nach Herzinfarkt erhöht das Risiko für einen Reinfarkt auf das 5-fache.

Vor allem drei große Studien bei über 34000 Männern konnten einen eindeutigen Effekt von Angst in der Entstehung einer KHK nachweisen. Am stärksten ist der Zusammenhang zwischen Angst und plötzlichem Herztod.

Kommen wir zu den

Persönlichkeitsfaktoren.

Bereits in den 60iger Jahren war man auf der Suche nach der sog. Infarktpersönlichkeit.

Typ-A-Verhalten (Rosenmann 1968)

- Ehrgeiz, hohes berufliches Engagement
- Konkurrenzverhalten, Feindseligkeit
- Hohe Leistungsbereitschaft und- bewusstsein „immer unter Druck“
- Aggressivität – „unter Spannung“
- „more and more in less and less time“
-

Lange Zeit galt dieses theoretische Konzept. Mittlerweile ist es umstritten und es gibt unterschiedliche Studienergebnisse dazu. Vermutlich sind nicht alle Bestandteile des Typ A Verhaltens pathogen. Mittlerweile gibt es ein neues psychologisches Konstrukt. Es beschreibt die sog. Typ D-Persönlichkeit.

Typ- D- Persönlichkeit (Denollet, 1998)

- **Negative Befindlichkeit**
- Tendenz sich Sorgen zu machen
- Unglücklichsein, Irritation, Ärger +
- **Soziale Hemmung**, Distanz zu anderen
- Hemmung, Gefühle auszudrücken
- **Wenig soziale Unterstützung wird wahrgenommen**

Nachgewiesen sind ein negativer Einfluss von solchen Persönlichkeitsmerkmalen, zusammengefasst einer Haltung von Feindseligkeit und Misstrauen, gepaart mit sozialer Isolation.

(Diese Kombination aus Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer Isolation geht mit einem Lebensstil wie Rauchen, ungesunder Ernährung, Übergewicht und Alkoholismus einher (Kaplan, Goldberg, 1997; Seigler et al, 1992) . Feindselige Personen haben eine ausgeprägtere Herzfrequenzreaktion und Blutdruckreagibilität (Suarez, Blumenthal, 1991))

Soziale Isolation

Großangelegte Studien belegen, dass soziale Isolation im Sinne eines Lebens ohne Partner oder ohne soziales Netzwerk die Lebenserwartung bei KHK-Patienten unabhängig von Standardrisikofaktoren oder dem Grad der kardialen Grunderkrankung verkürzt.

Das gebrochene Herz

Broken Heart Study 1969

- Alleinlebende
 - Verwitwete
 - Konflikthafte Ehe
 - Bildungsdifferenz
- 3-fach erhöhtes Risiko für KHK!

Kommen wir zum letzten psychosozialen Risikofaktor der koronaren Herzkrankheit, zur **chronischen beruflichen Belastung.**

Arbeitsbelastung / Job strain (Karasek & Theorell, 1990)

- Hohe Anforderung
 - Wenig Kontroll- und Einflussmöglichkeit
- Über 10 Jahre – 5-fach erhöhtes Risiko!

Gratifikationskrise (Siegrist, 1998)

- Übersteigertes berufliches Engagement
 - Hohe Verausgabungsbereitschaft
 - Niedrige Belohnung
- Doppelt (2,2fach) erhöhtes koronares Risiko!

Die Arbeitsbelastung (job strain) ist bei Tätigkeiten besonders hoch, die durch hohe Anforderungen und geringe Kontroll- oder Einflussmöglichkeiten gekennzeichnet sind. Hier erlebt der einzelne eine permanent hohe Belastung. Daraus resultieren Gefühle der Angst, der Besorgnis und der Erschöpfung. Langfristig führt dies zu einem Gefühl andauernder Überforderung.

Menschen mit solcher Arbeitsbelastung weisen über einen Zeitraum von 10 Jahren eine fünfmal erhöhte Gefahr auf, an einer KHK zu erkranken!

Eine andere Ansicht spricht von Gratifikationskrisen. Auch dieser wurde auf den Zusammenhang mit KHK erforscht. Gemeint ist hier ein Teufelskreis aus übersteigertem beruflichem Engagement, hoher Verausgabungsbereitschaft und niedriger Belohnung, wie geringem Einkommen, wenig Anerkennung, wenig Sicherheit oder Aufstiegschancen. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von Gratifikationskrisen. Ein Teufelskreis, der bei persönlicher Disposition leicht zu Burnout führen kann.

Syndrom der vitalen Erschöpfung (Appels, Mulder 1988)

- Müdigkeit
- Erschöpfung
- Reizbarkeit
- Interesseverlust
- Entmutigung
- Rückzug

Als Zeichen und Folge von Burn out

Ein anderes Beispiel aus meiner Praxis:

Eine 38-jährige Patientin wird mir nach ihrem Herzinfarkt noch vom Krankenhaus, von der dort behandelnden Psychologin, zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen.

Ihr psychischer Befund, ihre seelischen Risikofaktoren neben Übergewicht und ungesunder Ernährung stellt sich so dar:

Sie befindet sich seit längerer Zeit in einer vitalen Erschöpfung. Es gab dazu ein ¾ Jahr vorher auch ein anderes psychosomatisches Symptom, nämlich andauernde Blutungen. Ihre behandelnde Gynäkologin hatte ihr damals schon dringend zu einer Psychotherapie geraten, deren Notwendigkeit sie verleugnet hatte.

Die Patientin hatte eine sehr belastende Partnerschaftssituation über mehrere Jahre, weil ihr Partner an einer chronischen Erkrankung erkrankt war und von ihr sehr viel Rücksicht und Einschränkung verlangte. Etwa 4 Monate vor ihrem Infarkt hatte sie sich von ihm getrennt.

Ihre Befindlichkeit war über mehrere Jahre bereits von einer depressiven Verstimmung und Perspektivenlosigkeit geprägt, die sie sich in der Tragweite jedoch nicht eingestanden hatte. Zum Zeitpunkt des Herzinfarkts beschrieb sie, war ihr alles egal, auch ob sie sterben würde. Das war fast eine Erleichterung.

Von ihrer Persönlichkeit würde sie sich selbst und auch ich sie eher misstrauisch und auch feindselig beschreiben. Sie kontrolliert sich selbst in ihrem spontanen, emotionalen Ausdruck und kalkuliert viel, wie sich ihre Äußerung auswirken könnte. Ärger und Wut bringt sie eher öfters zum Ausdruck.

In der Folge nach dem Herzinfarkt hat die Patientin immer wieder Angst, es könnte mit ihrem Herzen oder in ihrem Körper etwas nicht stimmen.

Was hilft dieser Patientin?

Meine Patientin hat eine hohe Compliance und hat sehr rasch eine Lebensstiländerung vorgenommen.

Sie hat sich ihr Burnout und ihre vitale Erschöpfung eingestanden und ist mehrere Monate nach dem Infarkt in Krankenstand geblieben.

Sie gesteht sich heute ihre Grenzen der Belastbarkeit ein und sorgt für Entlastung.

Sie hat ihre Arbeitszeit reduziert und gönnt sich regelmäßig eine Ruhephase nach der Arbeit.

Sie hat begonnen, Unterstützung anzunehmen und kommt sehr gerne zu ihrer Psychotherapie.

Unterstützung kann sie aber auch in ihrer Familien und ihrem Freundeskreis bekommen.

Bewegung in der Natur ist ihr zu einer ganz wichtigen Freude und Kraftquelle geworden.

Sie kümmert sich bewusst um ihren Körper und genießt ihr gutes Körpergefühl nach der Bewegung.

Sie geht täglich mit einer Freundin eine Stunde Walken und fühlt sich mittlerweile durch das regelmäßige Training gut fit. In ihrem Freundeskreis hat sie überprüft, wer ihr wirklich gut oder eher schadet und Energie von ihr abzieht. Von solchen Freunden hat sie sich distanziert. Sie hat gelernt, nein zu sagen, sich gegen übermäßige Forderungen ihres Chefs abzugrenzen, der ihr aufgrund ihrer hohen Leistungsbereitschaft die schwierigsten und aufwendigsten Arbeiten übertragen hatte.

Sie überdenkt auch ihren hohen Leistungsanspruch und übersteigerten Einsatz und ist dabei ihn zurück zu nehmen.

Insgesamt begleite ich diese Patientin zu einer immer besseren Selbstwahrnehmung und Lebensgestaltung, in der sie sich erfüllen darf, was ihr wichtig ist!

Burnout ist aus meiner Erfahrung und Sicht heute kein individuelles Phänomen mehr.

Vielmehr hat sich unsere Gesellschaft zu einer erschöpften Gesellschaft hin entwickelt und wir können das erschöpfte Selbst als die psychische Befindlichkeit und Krankheit unserer beschleunigten Zeit erkennen.

Auf einer Tagung im September in Salzburg im Herbst 2007 wurde hierzu ein recht genauer Befund von namhaften Experten dazu erhoben.

Lassen sie mich dazu nur ein paar Merkmale unserer Arbeitswelt bringen:

Schöne neue Arbeitswelt?

- Aus-und Weiterbildungsdruck
- Jung, dynamisch und flexibel
- Arbeitszeit und Freizeitstress
- Job on demand, Teilzeit, schichtarbeit
- Arbeitsmigration
- Konkurrenz, Mobbing, Leistungsdruck

- Unsicherheit, Zukunft

Wenn wir also den seelischen Befund erhoben haben rund um die Herzangst und die koronare Herzerkrankung – als auslösende Bedingungen dafür Angst und Depression, vitale Erschöpfung, Persönlichkeitsmerkmale, soziale Isolation und chronische berufliche Belastung und als wichtige prädiktive und prognostische Größen die Angst und Depression – so haben wir natürlich auch einen Befund erhoben über häufige Befindlichkeiten in unserer Leistungsgesellschaft.

Nicht nur genetische Dispositionen, individuelle seelische Bereitschaften und Verhaltensweisen, auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen können zu unserer Gefährdung, an einer koronaren Herzerkrankung zu erkranken, beitragen.

Was tun bei soviel Gefahr?

Vielleicht halten wir uns an einen Satz von Bonhöffer: Wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch!

Was vermag uns also zu schützen?

Schutzfaktoren nach Titscher (2000)

- Erfüllte, gute Partnerschaft
- Gute soziale Unterstützung
- Familie, Freunde
- Religion, Glaube
- Zufriedenheit und Humor

Hier spannt sich nun der Bogen meines Vortrags am Ende wieder zu jenem Thema, mit dem wir begonnen haben.

Es gibt nichts Wichtigeres für uns Menschen als die Liebe und das Gelingen von Liebes- und Beziehungsglück. Wir erwachsen in familiären Beziehungen und sind als Kind darauf angewiesen, bejaht, geliebt und umsorgt zu werden. Nichts bedroht uns so sehr, wie der Verlust naher Menschen oder wenn diese uns die Befriedigung wesentlicher seelischer Grundbedürfnisse versagen.

Von Anbeginn sind wir soziale Wesen und bedürfen wir der Liebe, sozialer Unterstützung, herzlicher, um mit Ainsworth zu sprechen: feinfühligere Beziehungen.

Im Positiven geht uns also das Liebeserleben besonders zu Herzen. Der Liebesgott Amor zielt mit seinen Liebespfeilen immer in das Herz der Liebenden. Und darin liegt ein ganz besonderer Schatz.

Ein erfülltes Liebesleben, eine erfüllte Partnerschaft ist ein ganz wesentlicher und in Studien bewiesener Schutzfaktor gegen die koronare Herzerkrankung.

Die soziale Unterstützung in der Partnerschaft und des weiteren auch in der Familie und im Freundeskreis gilt als bedeutendster protektiver also schützender Faktor!

Damit ist die „social support“-Forschung (Forschung zur sozialen Unterstützung) zu einem der wichtigsten Zweige der Psychokardiologie geworden.

Gemäß der Pufferthese der Stressforschung wirkt eine vertrauensvolle Beziehung als Antistressor!

Das bedeutet, dass emotionale Zuwendung die negativen psychischen Auswirkungen einer bedrohlichen Lebenssituation (wie z.B. eines Herzinfarkts) reduzieren kann.

Zudem beeinflusst die soziale Unterstützung das Ausmaß an Risikoverhalten. Viele Patienten sind entsprechend motiviert ihr Risikoverhalten zu reduzieren, eine Lebensstilveränderung zu machen, weil sie noch länger für ihren Lebenspartner, ihre Lieben da sein wollen.

Aus meiner langjährigen Erfahrung und Beobachtung von Menschen mit einer koronaren Herzerkrankung und nach Herzinfarkt habe ich auch bemerkt, wie heilsam eine Überprüfung der eigenen Werthaltungen und Prioritäten im Leben wirkt. Viele meiner Patienten haben sich nach dem Krankheitsereignis diesbezüglich neu orientiert und der Partnerschaft, freundschaftlichen Beziehungen und der Religion, dem eigenen Glauben einen wesentlich höheren Stellenwert eingeräumt.

Viele meiner Patienten hatten auch in diesen Erfahrungen der Krise, der Todesnähe erlebt, wer oder was sie am Leben hält!

Halt können wir finden in guten, vertrauensvollen Beziehungen zum Partner, zu den Kindern, Eltern, Freunden und/oder zu Gott.

Halt können wir nur finden, wo wir in der Krise, in der Not, nicht fallen gelassen werden, wo wir uns angenommen wissen, mit unseren Stärken und Schwächen, mit unseren Erfolgen und Misserfolgen im Leben.

Was ich hier aber in keinem Fall unerwähnt lassen möchte, ist die Liebe zu uns selbst.

Unsere Selbstliebe ist genauso wichtig wie die Liebe zu anderen Menschen. Zur Selbstliebe gehört, die eigenen Bedürfnisse ernst und wichtig nehmen, eine gute Selbstwahrnehmung und die Bereitschaft, dafür auch einzutreten. Zu sagen, fordern, was ich möchte. Selbstliebe meint hier nicht narzisstisches Selbstverliebt sein in die eigenen Stärken, sondern sich selbst annehmen, mit den eigenen Stärken und Schwächen, sich Aussöhnen mit Unerfülltem und aus dem Möglichen Zufriedenheit schöpfen.

Mit Humor schließlich können wir auch über Schwieriges leichter hinweg kommen.

Ich danke ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!