

Psychosomatische Erkrankung als biographisches Ereignis am Beispiel der Herzneurose

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der

Philosophischen Fakultät III
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von
Michael Hager
aus Würzburg

Würzburg

- 2004 -

Erstgutachter: Prof. Dr. G. Bittner

Zweitgutachter: Prof. Dr. H. Csef

Tag des Kolloquiums: 14. Juli 2005

Inhalt

Einleitung	1
1. Psychosomatische Erkrankungen, Psychosomatik und Psychosomatische Medizin – ein Überblick.....	9
1.1 Begriffliches.....	10
1.2 Zur Frage des Krankheitsmodells und der wissenschaftlichen Methode.....	26
1.3 Aus der Geschichte der Psychosomatik	32
1.4 Klassische Modelle psychosomatischer Erkrankungen – ein Überblick	39
1.4.1 Frühere Einteilungsmodelle mit speziellem Blick auf Flanders Dunbar	40
1.4.2 Psychoanalytische Modelle	44
1.4.2.1 Das Konversionsmodell.....	46
1.4.2.2.Theorie der De- und Resomatisierung nach Schur.....	56
1.4.2.3 Theorie der zweiphasigen Verdrängung nach Mitscherlich	58
1.4.2.4 Die Spezifitätshypothese nach Alexander.....	61
1.4.2.5 Die psychosomatische Struktur – die „pensée opératoire“ und die Alexithymie	66
1.4.2.6 Das Situationskreiskonzept v. Uexkülls.....	69
1.4.3 Neurohumorale Theorien	77
1.4.3.1 Zum Begriff „Stress“	78
1.4.3.2 Die Uniformitätshypothese nach Cannon	80
1.4.3.3 Die Stresstheorie nach Selye	81
1.4.3.4 Die psychologische Stresstheorie nach Lazarus	83
1.4.3.5 Die soziologische Stresstheorie nach Moss	84
1.4.4 Lerntheoretische Theorien	85
1.4.5 Sozialätiologische Theorien.....	89
1.5 Ausblick	91
1.6 Zwischenbilanz	92
2 Die ‚Herzneurose‘ – Annäherung an ein vielfach diskutiertes Störungsbild.....	93
2.1 Ein kurzer geschichtlicher Rückblick	97
2.2 Symptombeschreibung und Patientenverhalten einer hier noch nicht näher verorteten Störung	99
2.3 Zur Bezeichnung des Störungsbildes.....	108
2.4 Zur Verortung eines Krankheitsbildes – die Herzneurose als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne	111
2.4.1 Die Herzneurose – tatsächlich somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems nach ICD-10 oder doch Variante der Panikstörung nach DSM- IV?.....	113
2.5 Zur Diskussion um die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung	124
2.6 Differentialdiagnostische Überlegungen.....	138
2.7 Statistische Angaben	146
2.8 Therapeutische Möglichkeiten	153
2.8.1 Therapie psychosomatischer Erkrankungen allgemein.....	154
2.8.2 Therapiemöglichkeiten der Herzneurose	156

3	Krankheit als biographisches Ereignis. Ziel der Arbeit und Begründung der Themenwahl	171
3.1	Krankheit aus medizinischer Perspektive	171
3.1.1	Zur Definition von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘	173
3.1.2	Krankheit als Folge kritischer Lebensereignisse	176
3.1.3	Krankheit als kritisches Lebensereignis – der ‚Störfall‘ im Leben.....	182
3.1.4	‚Coping‘. Zur Bewältigung der Störfälle	186
3.1.5	Exkurs. Die psychoanalytische Abwehr.....	198
3.1.6	Zusammenfassung.....	203
3.2	Die Erweiterung(-sbedürftigkeit) der medizinischen Perspektive – Krankheit unter biographischem Aspekt	204
3.2.1	‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ als definitorisches Problem	210
3.2.2	Die Grenze moderner Klassifizierungssysteme mit Blick auf die Herzneurose	214
3.2.3	Unzulänglichkeit der Life-event- und Copingforschung.....	218
3.2.4	Nicht nur Störfall sondern auch Teil der conditio humana: Krankheit als zutiefst menschliches, biographisches und somit bildendes Ereignis.....	227
3.2.5	Zusammenfassung.....	243
4	Erhebung, Transkription und Interpretation – das Forschungsdesign der Arbeit.....	244
4.1	Ziel wissenschaftlicher Forschung und ihrer Methoden – ein allgemeiner Einstieg.....	247
4.2	Annäherung an die Erhebungsmethode der Arbeit	252
4.2.1	Qualitative und quantitative Sozialforschung.....	253
4.2.2	(Pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode und Gegenstandsbereich der qualitativen Sozialforschung.....	261
4.2.3	Das narrative (Leitfaden-)Interview als Spezialform qualitativer Interviews – zu einem gegenstandsangemessenen und in der Biographieforschung häufig angewandten Erhebungsinstrument.....	270
4.3	Die Transkription des Datenmaterials	279
4.4	Das Interpretationsverfahren der Arbeit.....	283
5.	Interpretationen des gewonnenen Datenmaterials – Ergebnisse des Forschungsprojekts ‚Psychosomatische Erkrankung als biographisches Ereignis am Beispiel der Herzneurose‘...292	
5.1	Interview 1 mit Herrn A	293
5.2	Interview 2 mit Herrn B	306
5.3	Interview 3 mit Frau C.....	317
5.4	Interview 4 mit Herrn D	326
5.5	Interview 5 mit Frau E.....	344
5.6	Interview 6 mit Frau F.....	357
5.7	Interview 7 mit Frau G	371
5.8	Interview 8 mit Frau H	384
5.9	Interview 9 mit Herrn J	399
5.10	Interview 10 mit Frau K	412
5.11	Interview 11 mit Herrn L.....	428
6	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	445
	Literaturverzeichnis	462
	Danksagung	481
	Lebenslauf des Doktoranden	482

Anhang

Selbstständigkeitserklärung

Einleitung

„Ein 36-jähriger Patient leidet seit ca. 1 Jahr unter anfallsweise auftretenden Herz-Kreislauf-Beschwerden, bei denen im Mittelpunkt Herzjagen, Schwächegefühle und Schweißausbrüche stehen. Begleitet werden diese Beschwerden von einem intensiven Gefühl der Todesangst. Der Patient, er ist von Beruf Bankkaufmann, schildert seine Lebenssituation, vor allem seine berufliche Situation als außerordentlich belastend. Er sei aus beruflichen Gründen häufig gezwungen, Überstunden zu machen und dann noch Arbeit mit nach Hause zu nehmen. Seine Frau, die zwar sehr verständnisvoll sei, habe ihm des öfteren Vorwürfe gemacht. Durch die Überlastung sei er insgesamt sehr reizbar, wenn seine Kinder nicht sofort gehorchten oder in der Schule Schwierigkeiten hätten. Zu einem erstem »Herzanfall«, der zu seiner Einweisung in das örtliche Kreiskrankenhaus führte, kam es, nachdem er nach einem intensiven Arbeitstag abends auf einer Veranstaltung eine Rede habe halten müssen. Als er anschließend in der Nacht nach Hause gekommen sei, habe ihm seine Frau Vorhaltungen gemacht. Etwas später sei er dann im Badezimmer zusammengebrochen, ohne jedoch bewußtlos zu sein, er habe intensive Todesangst verspürt, Herzjagen, Schwäche, Schweißausbrüche usw. Der von der Ehefrau herbeigerufene Hausarzt veranlaßte die sofortige Einweisung in das örtliche Kreiskrankenhaus, wo die Diagnose eines Herzinfarktes gestellt wurde. Bemerkenswert dabei ist, daß der genannte Hausarzt, mit dem der Patient befreundet ist, ihm wenige Tage vorher in bezug auf sein berufliches Verhalten Vorwürfe gemacht und geäußert hatte, wenn er so weitermache, würde es zwangsläufig zu einem Herzinfarkt kommen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus konnte er sich in seinem beruflichen Verhalten nicht ändern, er habe voll wieder einsteigen müssen, vor allem, nachdem durch seine Krankheit größere Mengen von Arbeit liegengeblieben seien. Nachdem es etwa ein halbes Jahr später zu einem erneuten »Herzanfall« gekommen war, wurden erneut extensive kardiologische Untersuchungen vorgenommen. Diese erbrachten keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen eines durchgemachten Herzinfarktes. So sprachen auch die vom Patienten im Zusammenhang mit seinem ersten »Herzinfarkt« geschilderten Beschwerden nicht für das Vorliegen eines solchen. Genau befragt gab der Patient dann später an, er habe ähnliche Beschwerden, wenn auch in geringerer Intensität, schon seit längerer Zeit vor seinem ersten »Herzinfarkt« gehabt, und zwar immer dann, wenn er öffentlich habe sprechen müssen. Er habe vor solchen Situationen intensive Angst gehabt, habe ihnen jedoch nicht ausweichen können, da seine berufliche Position derartige Reden notwendig machte. Er habe damals jedoch das Gefühl von Herzklopfen und Herzjagen, verbunden mit Mundtrockenheit und starkem Schwitzen, auf die Angst zurückgeführt und nicht das Gefühl gehabt, er sei in irgendeiner Form »herzkrank«. Dieses

Gefühl habe er erst nach seinem »Herzinfarkt« gehabt, als die geschilderten Beschwerden bei den entsprechenden Anlässen auch in größerer Intensität aufgetreten seien.“¹

Der einleitend dargestellte Fall beschreibt einen an einer Herzneurose leidenden Patienten.

Die Bezeichnung *Herzneurose* wird 1969 von Richter und Beckmann definiert und umfasst auf das Herz bezogene Beschwerden, die nicht organisch begründbar sind. Besonders dramatisch ist die Angst, an einer Herzerkrankung – etwa an einem Herzinfarkt – sterben zu können.

„Die aus dem Mittelalter datierte Bezeichnung ‚Anxietas cordis‘ sowie der später offenbar in Anlehnung daran von *Vogel* (1764) geprägte Begriff ‚Anxietas praecordialis‘ meinen offensichtlich schon – zumindest phänomenologisch – Symptomenkomplexe, die wir in unseren Fällen vor uns haben.“²

Beim Krankheitsbild der Herzneurose liegt ein psychosomatisches Geschehen vor.

Psychosomatische Erkrankungen³ lassen sich nach Csef in drei Hauptgruppen einteilen, nämlich in die so genannten **funktionellen Syndrome**, die nach ICD-10 nun **somatoforme Störungen** genannt werden, in die **psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne** (bei denen Organveränderungen nachweisbar sind) und die **somatopsychischen Störungen**, bei denen Angst die Folge einer organischen Erkrankung ist.

Bei den beiden ersten Gruppen hingegen ist Angst als wichtiger ätiologischer Faktor zu betrachten.⁴

Die **Herzneurose**, die nach Csefs Meinung in der Allgemeinpraxis bei 10–15% der Patienten vertreten ist,⁵ andere Angaben schwanken zwischen einer Häufigkeit von 2% bis ca. 12% in der Allgemeinbevölkerung,⁶ ist von den psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, wie

¹ Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 464

² Michaelis 1970, S. 10

³ zum Begriff siehe Kapitel 1.1

⁴ vgl. Csef 1994, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127

⁵ vgl. Csef 1996, S. 771

⁶ vgl. Schepank 1987, Dilling und andere 1984, zitiert nach Schonecke 1998, S. 40

zum Beispiel dem Magengeschwür, abzugrenzen,⁷ dennoch ist dieses Krankheitsbild ein psychosomatisches im weiteren Sinne.⁸

Nach dieser ersten Einführung in die Basisthematik der Arbeit soll nun dargestellt werden, welches Ziel die vorliegende Dissertation verfolgt und wie sich ihre Gliederung gestaltet.

Das **erste Kapitel** der vorliegenden Arbeit wird detailliert unterschiedliche Modelle psychosomatischer Erkrankungen darstellen. Die dabei gebotene Theoriemenge soll dabei *einmal* einen Einblick in unterschiedliche Denkweisen und Erklärungsversuche der Modelle psychosomatischer Erkrankungen geben, die Verfolgung eines *anderen* Ziels ist für den Gesamtkontext der Arbeit aber weitaus wichtiger.

Die unter Umständen beim Leser entstehende Verwirrung in Begriffen und Theoriekonstrukten – verbunden mit der Frage, welche Theorie und welche Definition denn die sei, die als ‚richtig‘ einzuschätzen ist – entspricht der Uneinigkeit in vielen Bereichen des **zweiten Kapitels**, in dem die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen diskutiert und dargestellt wird. Im ersten wie im zweiten Kapitel wird deutlich spürbar, worin *eine* Notwendigkeit und Absicht der vorliegenden Arbeit liegt – **der Patient als Subjekt muss wieder mehr Eingang in die Medizin finden**, weil er als Betroffener in der Diskussion um die passende Theorie psychosomatischer Erkrankungen und der Diskussion darum, was eine psychosomatische Erkrankung ist, zu sehr aus dem Blick gerät.

Die ersten beiden Kapitel können daher die Darbietung einer gewissen Theoriemenge nicht vernachlässigen, weil diese einmal eine profunde Einführung in die Fragen

- a) was eine psychosomatische Erkrankung, was Psychosomatik und was psychosomatische Medizin ist und
- b) welcher Wissensstand bezüglich dessen, was als ‚Herzneurose‘ bezeichnet werden kann, existiert,

bieten.

⁷ vgl. Bergmann & Hahn in Nutzinger und andere 1987, S. 75

⁸ vgl. Csef 1987, S. 172

Andererseits ist diese Menge an dargestelltem Wissen auch Programm der Arbeit, weil das geforderte Patienten-Subjekt sowie der soziale und biographische Aspekt der Erkrankung, und darum soll es hier gehen, sogar bei dieser Breite und Tiefe im Diskurs nicht vorkommen. Die ersten beiden Kapitel werden also zeigen, dass mittlerweile ein immenses Wissen über psychosomatische Erkrankungen sowie über das Krankheitsbild der Herzneurose existiert.

In diesem Zusammenhang ist mit Jacob unbedingt darauf hinzuweisen, dass uns die Medizin hier viele positive Aspekte liefert, die in keinem Fall herabgewürdigt werden dürfen: „Die heutige Medizin liefert uns eine Unmenge von Kenntnissen über die erfolgreiche Diagnostik und Therapie zahlreicher Krankheiten.“⁹

Allerdings ist unser Medizinsystem sowie das umfangreiche existente Wissen über Krankheiten auch von einer anderen Seite zu beleuchten, denn „Während auf der einen Seite eine ... Ausweitung des medizinischen Leistungsangebotes besteht, findet sich auf der anderen Seite ein unkritischer Reduktionismus.“¹⁰ Dieser besteht darin, dass der biographisch-soziale Hintergrund, der zum Patienten gehört, praktisch als unwichtig erachtet wird, wohingegen ein Befund im Bereich der Molekülebene ein bedeutsames Ansehen wissenschaftlicher Natur genießt.¹¹

Das **dritte Kapitel**¹² wird sich, wiederum ausführlich, mit dieser Thematik beschäftigen, indem hier entfaltet wird, dass die medizinische Wissenschaft ‚Krankheit‘ als ‚Störfall‘, als kritisches Lebensereignis betrachtet, das etwa durch andere ‚critical life events‘ hervorgerufen wird und durch die Einordnung in die modernen Klassifizierungssysteme ICD-10 und DSM-IV zur genauen Verortung gelangen soll, weil hierdurch eine auf die Erkrankung abgestimmte Therapie ermöglicht wird, die sich im pharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Bereich bewegt.

Dabei wird im Prinzip jeglicher Umgang mit einer Krankheit als ‚Coping‘ verstanden, das der Frage nachgeht, wie der Patient mit dem ‚Störfall Krankheit‘ umgeht beziehungsweise wie er ihn bewältigt.

⁹ Jacob in Jacob & Schipperges 1981, S. 201

¹⁰ Lamprecht in Janz 1999, S. 160

¹¹ vgl. Lamprecht in Janz 1999, S. 162

¹² siehe Kapitel 3.1

Im weiteren Verlauf des Kapitels¹³ wird dann eine **völlig andere** Sichtweise von ‚Krankheit‘ dargestellt, die gleichzeitig eine wichtige Grundlage und *weitere* Basis der hier durchgeführten Studie ist: ‚Krankheiten‘ werden dabei als Vorgänge betrachtet, die schlicht zum menschlichen Leben gehören. Dadurch wird Krankheit nicht mehr nur als Störfall innerhalb der individuellen Biographie verstanden, sie wird vielmehr unter dem Aspekt der *Bildung* betrachtet, weil Krankheit zum menschlichen Leben, das immer auch Bildung ist, gehört.¹⁴

Insgesamt soll somit am Beispiel des Herzneurotikers dargestellt werden, wie sich diese häufige und zugleich unbekannte Erkrankung auf Bereiche des alltäglichen Lebens wie etwa Beruf und Partnerschaft auswirkt, wie sie diese Bereiche beeinflusst und verändert, kurzum was diese Erkrankung aus dem Leben der Betroffenen macht und was diese aus ihr machen, wie die Herzneurose als Ereignis innerhalb der individuellen Biographie wirkt, was sie als **biographisches Ereignis** ausmacht.

Aussagen wie

„Die Wissenschaft von lebenden Wesen hat es mit Objekten zu tun, welche selbst ein Subjekt enthalten.“¹⁵

oder

„Indem ich den Menschen wissenschaftlich definiere und so tue, als ob er ein wissenschaftlicher Gegenstand sei, vernichte ich den Menschen, der seinem Wesen nach gar nicht wissenschaftlich ist, anstatt ihn zu vermenschlichen.“¹⁶

beziehungsweise

„Gemeint ist, daß keine Sache und kein Ding, sondern etwas Menschliches, das Menschliche im Menschen, zur Sprache kommen soll.“¹⁷

¹³ siehe Kapitel 3.2

¹⁴ genaue Ausführungen zu dieser These folgen in den entsprechenden Kapiteln

¹⁵ v. Weizsäcker 1950, S. 92

¹⁶ v. Weizsäcker 1950, S. 232

¹⁷ v. Weizsäcker 1967, S. 7

stellen den *grundsätzlichen Bezugsrahmen* dieser Arbeit dar, weil sie dafür plädieren, den Patienten wieder in den Mittelpunkt der Medizin zu stellen.

Das dritte Kapitel ist somit als *fruchtbar gedachte Kritik an der häufig anzutreffenden Einseitigkeit der Medizin, Skizzierung des Forschungsvorhabens und Begründung des pädagogischen Interesses an einem medizinischen Thema zu verstehen*, das durch das **vierte Kapitel**, in dem es um die Methode der Studie, also das Verfahren der Datenerhebung und der Dateninterpretation geht, grundlegend ergänzt wird.

Dabei wird neben dem Ablauf der Datenerhebung und –interpretation sowie einer Einführung in qualitative versus quantitative Forschungsmethoden, soweit dies für das Verständnis der vorliegenden Arbeit notwendig ist, dargestellt, dass die Einführung des Patienten-Subjekts in die Medizin nur mit ausführlichen narrativen Interviews, die in dieser Studie zum Einsatz kommen, gelingen kann, weil diese Art der qualitativen Datenerhebung dafür sorgt, dass die *Kranken-* sowie die krankheitsbedingte *Lerngeschichte* im Mittelpunkt der Betrachtung steht.

Im **fünften Kapitel** findet die Interpretation und Auswertung der einzelnen Patientengeschichten statt,¹⁸ im **sechsten Kapitel** findet der Leser eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie.

Auf den Punkt gebracht und im Gesamtüberblick sind die Hauptziele der vorliegenden Arbeit also folgende:

- 1) Eine Betrachtung des Patienten-Subjekts nach der Idee von Victor von Weizsäcker zu ermöglichen, um die Auswirkungen der Herzneurose auf das Leben der Patienten mittels deren Erzählungen zu erhellen und somit ein anderes und erweitertes Verständnis für diese Erkrankung herzustellen, indem die **Innenperspektive des autobiographischen Erzählers** im Gegensatz zu objektiven Fakten über die Erkrankung in den Mittelpunkt rückt.
- 2) Kritik an der Einseitigkeit einer naturwissenschaftlichen und ICD-10-orientierten Medizin zu üben, die Krankheit ausschließlich als Störfall beziehungsweise Folge so genannter kritischer Lebensereignisse betrachtet und mittels Prozessen des Coping versucht, Krankheiten zu

¹⁸ zum Verfahren siehe Kapitel 4.4

bewältigen, wobei hierbei die Grenzen moderner medizinischer Klassifizierungssysteme ebenso deutlich werden wie die Unzulänglichkeiten der Life-Event- beziehungsweise der Coping-Forschung.

- 3) Die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen unter dem Aspekt der Bildung zu betrachten, denn Krankheit gehört zum menschlichen Leben und verfügt daher immer über bildende Aspekte, weil sie das Leben der Betroffenen verändern kann – umgekehrt wirkt auch der Betroffene auf seine Erkrankung ein.¹⁹

Alle drei genannten Ziele werden nicht nacheinander und streng getrennt verfolgt, vielmehr bilden sie von Anfang an die Basis, auf der die gesamte Arbeit aufbaut.

¹⁹ zum genauen Zusammenhang von Biographie und Bildung siehe Kapitel 3.2.4

„Früher sagte man, daß sich die Kultur eines Volkes daran messen lasse,
wie es mit seinen Geisteskranken umgeht.

Ich würde in Abwandlung dieses Satzes sagen,
daß die Kultur unserer heutigen und der zukünftigen Psychiatrie
und wahrscheinlich auch der ganzen Medizin sich daran messen läßt,
wie die Krankengeschichte gehandhabt wird.“²⁰

²⁰ Müller in Janz 1999, S. 103

1. Psychosomatische Erkrankungen, Psychosomatik und Psychosomatische Medizin – ein Überblick

Eine wissenschaftliche Arbeit, die sich, wenn auch im pädagogischen Kontext, mit psychosomatischen Krankheiten beschäftigt, muss zunächst einmal definieren, was man unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen hat.

Die Intention dieses ersten Kapitels, das trotz pädagogischer Richtung der Arbeit insgesamt eher medizinisch angelegt ist, besteht darin, dem Leser eine erste Einordnung und ein Verständnis dessen zu ermöglichen, was unter einer psychosomatischen Krankheit, Psychosomatik und psychosomatischer Medizin zu verstehen ist.

Dabei sollen zunächst Begriffe erläutert werden, um darauf aufbauend die wissenschaftliche Methode und das Krankheitsmodell der Psychosomatik darzustellen. Im weiteren Verlauf des ersten Kapitels soll dann ein Exkurs zur Geschichte psychosomatischer Medizin unternommen werden, um schließlich einige Modelle psychosomatischer Erkrankungen vorzustellen.

Es ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass dieses erste Kapitel keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt; soll doch lediglich ein Grundriss dessen skizziert werden, was zum besseren Verständnis der nachfolgenden Kapitel unerlässlich ist.

1.1 Begriffliches

Bevor der Versuch einer Definition dessen unternommen wird, was sich ‚psychosomatische Erkrankung‘ nennt, soll kurz aufgezeigt werden, mit welchem Grundproblem die Psychosomatik beschäftigt ist.

Das traditionsbehaftete und gerade in der medizinischen Praxis ständig vorfindbare und prä-sente biomedizinische Modell linearer Ursache – Wirkungs – Ketten ist ungeeignet, alle Phänomene innerhalb der medizinischen Wissenschaft zu erklären.

„Das traditionelle Modell erklärt die Kontraktionen der Fingerarterien von Kettenrauchern als biologische Reaktion auf Nikotin, das bei der Inhalation von Zigarettenrauch in das Blut gelangt. Auf die Frage nach den Beziehungen des Rauchers zu seiner Umgebung und auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem biologischen Vorgang der Gefäßkontraktion und dem psychischen Geschehen, das der Anblick einer Zigarettschachtel bei dem Kettenraucher auslöst, gibt das Modell keine Antwort.“²¹

Aber nicht nur das biomedizinische Modell linearer Ursache – Wirkungs – Ketten ist ungeeignet, die Wirklichkeit in der Medizin im Ganzen zu erfassen und zu erklären:

„Die Modelle der Psychoanalyse und der Verhaltensmedizin erklären die psychischen und sozialen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umgebung. Sie geben aber keine Antwort auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen diesen Beziehungen und den biologischen Vorgängen in ihrem Körper. Viele meinen, dieser Dualismus in der Medizin sei unvermeidlich, weil die Realität, wie Descartes gezeigt habe, aus physisch-materiellen und psychisch-spirituellen Anteilen zusammengesetzt sei.“²²

Haben wir es bei den Phänomenen des Körpers einerseits und der Psyche andererseits aber tatsächlich mit zwei unterschiedlichen Phänomenen zu tun, denen im besten Fall gleichzeitige Existenz zugebilligt wird? Können wir wirklich von einer physischen und psychischen Parallelität sprechen, ohne dabei die Wirklichkeit aus den Augen zu verlieren?

²¹ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 4

²² Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 4

Adler und v. Uexküll geben auf diese Frage eine einleuchtende Antwort, wenn sie die Wichtigkeit betonen, dass dieser in der Medizin vorherrschende Dualismus ausschließlich durch die Modelle produziert und am Leben erhalten wird, mit denen wir an die Wirklichkeit herantreten.²³

Dabei lasten sie die Schuld an der Inkompatibilität der medizinischen Modelle Ärzten an, „... die – von Galen über Morgagni und Virchow – bis heute die Ursachen für Krankheiten nicht in gestörten Lebensfunktionen, sondern in Strukturveränderungen toter Gewebe und Zellen suchen würden, die sie bei den Sektionen von Leichen finden.“²⁴

Weil innerhalb derartiger medizinischer Modelle keine Möglichkeit besteht, Beziehungen zwischen einem lebenden Organismus und seiner Umgebung abzubilden, kommen die beiden Autoren fast schon ironisch anmutend zu folgendem Schluss:

„William Hervey hätte es schwer gehabt, den Blutkreislauf an einer Leiche zu demonstrieren. Dieser Hinweis macht darauf aufmerksam, daß unser Leib-Seele-Dualismus in Wahrheit ein Leiche-Seele-Dualismus ist und daß Vorstellungen, welche den Körper mit der Leiche identifizieren, für das Modell der somatischen Medizin Pate gestanden haben: Die Beziehungen zwischen einer Leiche und ihrer Umgebung lassen sich mit Hilfe linearer Ursache – Wirkungs – Ketten beschreiben und in Mechanismusmodellen abbilden, da bei einer Leiche die Frage nach einer Unterscheidung zwischen psychischen und sozialen Vorgängen gar nicht auftaucht: ...“²⁵

An dieser Stelle kann man nun die Frage stellen, ob und warum diese mechanischen Vorstellungen über den Menschen überhaupt überwunden werden sollen. Ist es für die **Medizin** tatsächlich von Interesse, welche Beziehungen ein Mensch zu seiner Umgebung hat? Und weiter – gibt es überhaupt einen Zusammenhang zwischen Soma und Psyche in Bezug auf die Genese von Krankheiten? Diese Fragen können mit einer Aussage von Zepf sicher bejaht werden, ohne dass seine Aussage näher erklärt werden müsste:

„Die Behauptung der Existenz psychosomatischer Erkrankungen folgt der klinischen Beobachtung, daß es organische und funktionelle Störungen gibt, die nicht organisch verursacht sind.“²⁶

²³ vgl. Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 4

²⁴ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 4

²⁵ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 4 f

²⁶ Zepf 1973, S. 9

In diesem Zusammenhang stellt sich noch eine weitere Frage: Wenn also von der Existenz einer Wechselwirkung zwischen Soma und Psyche bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten ausgegangen wird, wann ist eine Krankheit dann physisch und wann psychisch hervorgerufen?

Hier scheint der Hinweis wichtig zu sein, dass gerade nicht zu fragen ist, ob eine Erkrankung als psychisch oder organisch einzuschätzen ist, weil immer beide Faktoren beteiligt sind – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.²⁷

Nach diesen einführenden Gedanken ist es nun an der Zeit den Versuch zu unternehmen, etwas genauer zu beschreiben, in welchem Bereich sich diese Arbeit bewegt. Deshalb soll nun die Definition der „Psychosomatik“, der „psychosomatischen Erkrankung“ und der „psychosomatischen Medizin“ zu Papier gebracht werden.

In der nicht medizinischen Öffentlichkeit besteht offensichtlich Konsens darüber, was psychosomatische Erkrankungen sind, nämlich:

„... organische Erkrankungen, die nicht allein durch somatische Faktoren bedingt sind und erklärt werden können, sondern deren Auftreten in Zusammenhang gebracht werden muß mit psychischen Gegebenheiten.“²⁸

Obwohl Einigkeit über diese Definition zu vermuten ist, vertritt Köhler die Meinung, dass es die Definition psychosomatischer Erkrankungen nicht gibt:

„Definitionen psychosomatischer Krankheiten gibt es nicht viel weniger als Abhandlungen zu diesem Thema und es ist nicht zu erwarten, daß die Diskussion über die zweckmäßigste davon in den nächsten Jahren abgeschlossen sein wird.“²⁹

²⁷ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 121

²⁸ Franke 1981, S. 11

²⁹ Köhler 1995, S. 15

Köhler selbst gibt folgende Definition:

„Psychosomatische Krankheiten seien ... definiert als Störungen körperlicher Funktionen, die sich mittels eines bekannten pathophysiologischen Prozesses erklären lassen und die den Stellenwert von eigenständigen Symptomen haben oder als morphologische Schädigungen an vegetativ (oder gewebshormonell) gesteuerten Organen, für deren Genese und Aufrechterhaltung psychologische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.“³⁰

In Ergänzungsabsicht nimmt er allerdings eine Einschränkung vor, die im weiteren Verlauf der Arbeit noch aufgegriffen wird, an dieser Stelle soll aber noch nicht näher darauf eingegangen werden:

„Alle jenen Beschwerden, für die sich keine organische Grundlage angeben läßt, werden ebenfalls³¹ nicht hinzugerechnet, obwohl gerade diese im allgemeinen Sprachgebrauch gerne mit der Bezeichnung »psychosomatisch« belegt werden.“³²

Er weist aber selbst darauf hin, dass es sich hierbei um eine eher eng gefasste Definition handelt:

„Die hier gegebene enge Definition deckt sich mit der des DSM-III und DSM-IV³³ (...), in der die Kategorie »psychological factors affecting physical condition« nur auf körperliche Zustände angewendet werden darf, die entweder eine nachweisbare Organpathologie oder einen bekannten pathophysiologischen Prozess zur Grundlage haben. Davon wird in diesen diagnostischen Manualen ausdrücklich die Gruppe der »somatoform disorders« abgegrenzt, die zwar von der Symptomatologie eine körperliche Störung nahelegen, für die sich jedoch keine organische Veränderungen oder ein sie erklärender bekannter physiologischer Mechanismus angeben lassen.“³⁴

³⁰ Köhler 1995, S. 15

³¹ es werden in dieser Definition auch konversionsneurotische Störungen, bei denen sich weder funktionelle noch morphologische Veränderungen nachweisen lassen, ausgeklammert (vgl. Köhler 1995, S. 15)

³² Köhler 1995, S. 15

³³ ‚DSM‘ bedeutet ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³⁴ Köhler 1995, S. 15

Hinzuweisen ist ferner auf folgende Bemerkung:

„Von den hier besprochenen Störungen der Funktion wird verlangt, daß sie den »Stellenwert von eigenständigen Symptomen« haben, d. h. an sich ein Leiden darstellen; nicht gemeint sind damit vegetative Störungen wie Tachykardien, Hyperventilation oder Durchfall, die beispielsweise im Rahmen einer Angstsymptomatik oder Depression auftreten und mit dieser wieder verschwinden.“³⁵

Köhler begründet die hier vorgenommene Definition folgendermaßen:

„Eine Unterscheidung zwischen psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne mit morphologisch faßbaren Veränderungen und psychosomatischen Störungen im weiteren Sinn mit nur funktionellen reversiblen Veränderungen, ..., schien unzweckmäßig, weil den morphologischen Schädigungen vieler Krankheiten funktionelle Veränderungen vorausgehen (...) und eine genaue Trennung zwischen Störung und Krankheit daher oft gar nicht möglich ist.“³⁶

An anderer Stelle in dieser Arbeit wird dennoch versucht, die Herzneurose³⁷ als psychosomatische Erkrankung zu verorten; hier soll jedoch nur auf die Definitionsproblematik hingewiesen werden.

Nach Franke prägt der Psychiater Heinroth im Jahre 1818 den Begriff der Psychosomatik und verstand unter psychosomatischen Krankheiten „... somatische Gebrechen, die durch psychische Einflüsse entstanden, wobei er davon überzeugt war, daß die meisten Krankheiten dieser Gruppe zugehören.“³⁸

Neben dem Begriff der **psychosomatischen Erkrankung** findet man in der Literatur auch immer wieder den der **Psychosomatik** und die Fachdisziplin der **psychosomatischen Medizin**. Diese beiden Begriffe sollen im folgenden Teil Gegenstand der Darstellung sein.

³⁵ Köhler 1995, S. 15 f

³⁶ Köhler 1995, S. 16

³⁷ diese Bezeichnung wird in der aktuellen Diskussion immer seltener verwendet, findet in der Literatur aber immer wieder ihren Niederschlag

³⁸ Franke 1981, S. 14

Der Begriff der **psychosomatischen Erkrankung** wird dann aber vertieft und im weiteren Verlauf der Arbeit parallel zu den anderen beiden Bezeichnungen verwendet.

Franke macht auf die Auffälligkeit aufmerksam, dass der Begriff der Psychosomatik dem psychosomatischer Medizin in der Literatur gleichgesetzt wird. „Dies verweist zum einen auf die historische Tatsache, daß Psychosomatik in der Medizin entwickelt wurde.“³⁹

„Zum zweiten verweist diese Gleichsetzung darauf, daß, innerhalb der Medizin, die Psychosomatik als ein separates Fachgebiet angesehen wurde und von manchen noch heute so betrachtet wird.“⁴⁰

Auch bei Weber ist diese auffällige Gleichsetzung der Begriffe in seiner Definition von Psychosomatik zu finden: „Psychosomatik oder psychosomatische Medizin ist die Lehre von den seelisch-körperlichen Wechselwirkungen. Sie beschäftigt sich damit, wie sich Seelisches auf den Körper auswirkt oder sich durch den Körper ausdrückt, und wie Körperliches seelisch erlebt wird.“⁴¹ Ergänzend macht er jedoch darauf aufmerksam, dass die Trennung der Begriffe ‚psychisch‘ und ‚somatisch‘ eigentlich nicht korrekt ist, weil man bei der Auseinandersetzung mit Psychosomatik zu der Einsicht gelangt „...., daß es keine Grenze zwischen Körper und Seele gibt in der Art, wie wir es von Kindesbeinen an zu wissen glaubten.“⁴²

Lamprecht spricht nicht gleichzeitig von Psychosomatik und psychosomatischer Medizin, dafür bringt er die psychosomatische mit der psychotherapeutischen Medizin in Verbindung: „Das Aufgabengebiet der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin bezieht sich auf die Erforschung der Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Faktoren gelegt, die den biographischen Kontext einer Erkrankung darstellen, die einer Genesung entgegenwirken oder diese begünstigen.“⁴³

Auf gleiche Weise verbindet auch Ermann psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, grenzt aber den Begriff der Psychosomatik davon ab: „Die psychotherapeutische und psycho-

³⁹ Franke 1981, S. 12

⁴⁰ Franke 1981, S. 12

⁴¹ Weber 1984, S. 11

⁴² Weber 1984, S. 11

⁴³ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 121

somatische Medizin widmet sich als Spezialdisziplin den seelischen Einflüssen bei der Krankheitsentstehung, Krankheitsverarbeitung und Behandlung.“⁴⁴

Dagegen ist „Psychosomatik ... die Lehre von der Wechselwirkung zwischen seelischen, psychosozialen und körperlichen Prozessen in Gesundheit und Krankheit.“⁴⁵

Man kann also sagen, dass Psychosomatik eine integrative Wissenschaft ist „..., deren Notwendigkeit sich aus den Erkenntnissen ableitet, die in den Human- und Sozialwissenschaften über die Beziehungen zwischen ‚mind-body-environment‘ gemacht worden sind.“⁴⁶

Er fasst die Bezeichnung ‚psychosomatisch‘ jedoch noch weiter und bezieht sie auf eine ärztliche bio-psycho-soziale Orientierung⁴⁷ „..., die ein integrativer Bestandteil des ärztlichen Handelns ist. Sie ist darum bemüht, seelische, soziale und körperliche Aspekte des Krankseins zu integrieren und bei der Behandlung von Kranken gleichrangig zu beachten.“⁴⁸

Zur Entstehung⁴⁹ sagt Ermann, das psychosomatische Denken sei als Reaktion auf die moderne naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin zu verstehen; der einzelne Mensch sei im Gegensatz zu einer eher somatisch orientierten Medizin mitsamt seinem Erleben, seinem Schicksal und seiner Geschichte ins Zentrum gerückt.⁵⁰

„Das Programm der allgemeinen psychosomatischen Orientierung in der neuzeitlichen Medizin war und ist es, verstärkt wieder ‚das Subjekt in die Medizin einzuführen‘.“⁵¹

Wie Weber weist auch Alexander auf die Problematik des Ausdrucks ‚Psychosomatik‘ in Bezug auf die scheinbar enthaltene Spaltung zwischen Leib und Seele hin, weil genau diese Trennung nicht beabsichtigt ist, wenn man einen psychosomatischen Standpunkt einnimmt.⁵²

⁴⁴ Ermann 1999, S. 15

⁴⁵ Ermann 1999, S. 15

⁴⁶ Franke 1981, S. 13

⁴⁷ vgl. v. Uexküll & Wesiack 1996, zitiert nach Ermann 1999, S. 15

⁴⁸ Ermann 1999, S. 15

⁴⁹ hierzu wird ausführlich im Teil über die geschichtliche Entwicklung psychosomatischer Denkweise berichtet

⁵⁰ vgl. Ermann 1999, S. 16

⁵¹ v. Weizsäcker 1940, zitiert nach Ermann 1999, S. 16

⁵² vgl. Alexander 1985, S. 28

Alexander fügt hinzu, dass unter ‚Psychosomatik‘ ausschließlich eine Vorgehensweise in Forschung und Praxis verstanden werden soll, „... eine Methode nämlich, die sich auf die gleichzeitige und koordinierte Verwertung von somatischen – das heißt physiologischen – Methoden und Vorstellungen auf der einen Seite und psychologischen Methoden und Vorstellungen auf der anderen Seite stützt. Besonderer Wert muß auf den Ausdruck ‚koordinierte Verwertung‘ gelegt werden, mit dem gesagt sein soll, daß die beiden Methoden innerhalb des Begriffsgebäudes der kausalen Abläufe angewendet werden sollen.“⁵³

Was versteht Alexander nun genau unter koordinierter Verwertung der beiden Methoden? Er gibt ein Beispiel: „Psychosomatische Erforschung der Magensaftsekretion erfaßt ... nicht nur einen Teil dieses komplexen Prozesses, sondern tritt ihm in seiner Totalität entgegen. Sie schließt deshalb zentrale kortikale Reize ein, von denen die Magensaftsekretion beeinflusst wird und die nur mit psychologischen Methoden beschrieben und untersucht werden können.“⁵⁴

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die von ihm aufgeworfene Frage, „... ob das psychosomatische Vorgehen nur als eine vorübergehende Methode betrachtet werden sollte, die wieder fallen zu lassen ist, sobald wir in der Lage sind, mit verbesserten elektroencephalographischen und anderen physiologischen Methoden diejenigen Hirnprozesse zu untersuchen, die sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur mit psychologischen Methoden erfassen lassen.“⁵⁵

Er relativiert diesen (nicht so recht passenden, M. Hager) Gedankengang aber gleich wieder mit der Bemerkung, dass es doch eher wahrscheinlich sein dürfte, zwischenmenschlichen Beziehungen zugehörige Hirnprozesse nur in soziologischen und psychologischen Ausdrücken beschreiben zu können⁵⁶ und ergänzt: „Eine biochemische Formel, die ein rezeptives Verlangen irgendwo in der Hirnrinde beschreibt, wird niemals zwischenmenschliche Umstände, denen zufolge dieses Verlangen auftrat oder verstärkt wurde, ausweisen.“⁵⁷

Nachdem also jetzt eine erste Einsicht in das, was **Psychosomatik** ist, ermöglicht wurde, soll jetzt umrissen werden, was es mit **psychosomatischer Medizin** auf sich hat. Handelt es sich dabei, um mit v. Weizsäckers Worten zu sprechen, nur um eine die Psychologie und Natur-

⁵³ Alexander 1985, S. 28 f

⁵⁴ Alexander 1985, S. 29

⁵⁵ Alexander 1985, S. 29

⁵⁶ vgl. Alexander 1985, S. 29

⁵⁷ Alexander 1985, S. 29

wissenschaft irgendwie verbindende Wissenschaft?⁵⁸ Oder ist psychosomatische Medizin doch „... ein umfassendes Konzept, das den Gesamtbereich der Medizin umfaßt und sich als Alternativkonzept zur herkömmlichen Medizin versteht?“⁵⁹

„Der Begriff ‚psychosomatische Medizin‘ geht zurück auf Heinroth (1818), einen Arzt der Romantischen Medizin, der eine Psychogenese der meisten körperlichen Krankheiten vertrat, ohne damit aber einen breiteren und dauernden Einfluß auszuüben. Neu eingeführt als Begriff, Theorie und Behandlungsmethode wurde psychosomatische Medizin Anfang dieses Jahrhunderts⁶⁰ durch Psychoanalytiker (...), durch Internisten (...) und Physiologen (...).“⁶¹

Dabei ist der Begriff nicht in einer alleinigen Definition zu fassen; er muss in mehreren Ansätzen reflektiert werden.⁶²

Heinroth, der unter psychosomatischen Krankheiten somatische ‚Gebresten‘ verstand, die psychisch beeinflusst entstehen, schwamm mit dieser Definition ganz auf der Linie der Philosophie seiner Zeit, die vom Leib-Seele-Dualismus ausging.⁶³

„Im neueren Schrifttum wurde die Bezeichnung ‚psychosomatische Medizin‘ erstmals 1922 von Felix Deutsch (1922) verwendet und hat sich dann in den dreißiger Jahren durch die Arbeiten von Flanders Dunbar (1954), F. Alexander und Th. M. French (1948, 1951) sowie anderen in Amerika und nach 1945 durch v. Weizsäcker, A. Mitscherlich und die Heidelberger Schule rasch verbreitet. Heute ist dieser Terminus aus der medizinischen Literatur nicht mehr wegzudenken. Man muß aber leider feststellen, daß er inzwischen zu einem Modewort geworden ist, bereits Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch gefunden hat und von vielen gerade dann verwendet wird, wenn klares und kritisches Denken aufhört.“⁶⁴

Während Bräutigam und Christian die Meinung vertreten, dass man über psychosomatische Medizin in einer ersten Annäherung sagen könne, dass sie eine Art der Betrachtung sei, die

⁵⁸ vgl. v. Weizsäcker 1950, S. 154

⁵⁹ Franke 1981, S. 12, siehe auch die Ausführungen von Alexander zur koordinierten Verwertung somatischer und psychologischer Methoden zur Diagnose und Therapie der Krankheit

⁶⁰ damit ist der Beginn des 20. Jahrhunderts gemeint

⁶¹ Bräutigam & Christian 1981, S. 2

⁶² vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 2

⁶³ vgl. Franke 1981, S. 14

⁶⁴ Wesiack in Loch 1998, S. 291

sowohl bei Krankheiten als auch bei ihrer Behandlung den Einfluss verfolgt, den die Seele auf das Geschehen nimmt⁶⁵, ist Wesiack der Auffassung, dass die Definition psychosomatischer Medizin durchaus problematisch ist: „Die Frage, was psychosomatische Medizin eigentlich ist, wird häufig sehr unterschiedlich beantwortet. Zusammengesetzt aus den Termini ‚Psyche‘ (Seele) und ‚Soma‘ (Körper), umfaßt er nicht nur alle Mehrdeutigkeiten dieser beiden Wirklichkeitsbereiche, sondern auch die ungeklärte Beziehungsproblematik dieser beiden Bereiche zueinander.“⁶⁶

Wesiack ergänzt, dass innerhalb dieser Problematik der Begriff des Körpers deutlich unproblematischer ist als der Seelenbegriff⁶⁷, weil die Tatsache erhalten geblieben ist „..., daß der Körper räumlich ausgedehnt, sinnlich wahrnehmbar und daher auch meßbar ist“⁶⁸, während der Begriff der Seele „... zu allen Zeiten in hohem Maße spekulativ und von den jeweils herrschenden philosophischen und theologischen Positionen her bestimmt“⁶⁹ war.

Trotz dieser ‚schlechten‘ Definitionsvoraussetzungen wagt sich Wesiack weiter und sagt: „Die psychosomatische Medizin, wie wir sie verstehen, bemüht sich, die somatischen, die psychischen und die sozialen Aspekte des gesunden wie des kranken Menschen integrativ zu erfassen und in die Therapie einzubinden ...“⁷⁰, wobei er drei im Grundsatz verschiedene Positionen der psychosomatischen Medizin unterscheidet, nämlich die vorwissenschaftlich-ganzheitliche, die reduktionistisch-psychologische und die integrativ-patientenzentrierte.⁷¹

Zwischen den nun im Grundsatz definierten Begriffen der ‚psychosomatischen Medizin‘, der ‚Psychosomatik‘ und der ‚psychosomatischen Erkrankung‘ soll im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr in der Art unterschieden werden, wie es im vorangegangenen Abschnitt der Fall war. Ziel soll es jetzt sein, sich von der ‚oberflächlichen‘ Begriffsunterscheidung zu trennen und tiefer in den eigentlichen Gegenstandsbereich einzudringen.

Zur Wiederholung sei noch einmal darauf verwiesen, dass „Traditionelles Wissens- und Arbeitsgebiet der Psychosomatik ... die Krankheiten (sind, M. Hager), bei denen das Seelische und die

⁶⁵ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 2

⁶⁶ Wesiack in Loch 1998, S. 292

⁶⁷ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 292

⁶⁸ Wesiack in Loch 1998, S. 292

⁶⁹ Wesiack in Loch 1998, S. 292

⁷⁰ Wesiack in Loch 1998, S. 292

⁷¹ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 292

psychosoziale Situation erhebliches Gewicht bei der Entstehung und der Überwindung eines Krankheitszustandes haben."⁷²

Und weiter: „Eine ebenso große Bedeutung hat die psychosomatische Perspektive heute aber bei primär körperlichen Erkrankungen und ihrer Behandlung, wo das Seelische in der Verarbeitung und für den Krankheitsverlauf erfahrungsgemäß Einfluß hat. Psychosomatik erscheint damit als eine Weise des verstehenden Zuganges und der Behandlung, die bei jedem Krankheitszustand Bedeutung gewinnen kann.“⁷³ Der Begriff der Psychosomatik verweist in diesem Zusammenhang einmal „... auf eine Ganzheit, die Einheit nämlich von Psyche (Geist, Seele) und Soma (Körper). Zum zweiten bedeutet Psychosomatik aber auch, daß Psyche und Soma jeweils getrennt betrachtet und in ihren Beziehungen zueinander untersucht werden können.“⁷⁴

An dieser Stelle aber unterscheiden sich die Meinungen deutlich voneinander: „Auf der einen Seite stehen diejenigen, die von einer kausalen Einflußnahme des Psychischen auf den Körper ausgehen; dieser Ansatz wird als Psychogenese bezeichnet.“⁷⁵

Heinroth, der diesen Ansatz vertrat, verstand dabei unter den Krankheitsverursachern psychischer Art sexuelle und sündhafte Leidenschaften.⁷⁶

Der Heidelberger Internist Krehl dagegen betrachtete ungefähr 100 Jahre später Emotionen als verantwortlich dafür, „... daß bestimmte physiologische Erregungsabläufe in Bewegung gesetzt werden, die dann bei hoher Frequenz oder langer Dauer zu Dysfunktionen oder Organschädigungen führen können.“⁷⁷

In Anlehnung an Alexander kann aber auch die Meinung vertreten werden, dass bei der Entstehung einer psychosomatischen Erkrankung Multikausalität zu beachten ist, die somatische und psychologische Faktoren in die Überlegung einbeziehen:

⁷² Bräutigam & Christian 1981, S. 2

⁷³ Bräutigam & Christian 1981, S. 2 f

⁷⁴ Franke 1981, S. 15

⁷⁵ Franke 1981, S. 15

⁷⁶ vgl. Franke 1981, S. 15

⁷⁷ Franke 1981, S. 15

„Psychologische und somatische Phänomene finden in demselben Organismus statt und sind nur zwei Seiten des gleichen Vorgangs. Im lebenden Organismus werden gewisse physiologische Vorgänge subjektiv als Gefühle, Ideen und Antriebe wahrgenommen.“⁷⁸

Es stellt sich weiterhin die Frage, ob psychische und somatische Faktoren ausreichen, um derartige Störungsbilder zu verstehen. „An dieser Stelle greifen die Verhaltenswissenschaftler⁷⁹ weiter, die neben psychischen und somatischen auch soziale Faktoren berücksichtigen.“⁸⁰

Zu fragen ist unbedingt auch, wie weit oder wie eng der Begriff der psychosomatischen Erkrankung gefasst werden soll:⁸¹

„Von psychosomatischen Krankheiten spricht man in drei verschiedenen Zusammenhängen:

1. Im engeren Sinne des Wortes bezeichnet man als psychosomatische Krankheitsbilder solche, bei denen sichtbare organische oder zumindest funktionelle Veränderungen, die den Stellenwert von Symptomen haben, in ihrer Entstehung und ihrer Behandlung entscheidend durch die Psyche des Kranken bestimmt sind.⁸² ...
2. Zu einer weiteren Fassung des Begriffes psychosomatischer Krankheiten kommt man, wenn auch körperliche Beschwerdebilder ohne organisches Substrat einbezogen werden. Sehr häufig handelt es sich um Äquivalente intensiver Gefühlszustände: Begleiterscheinungen von Ängsten wie Herzjagen und Atemenge oder von Verstimmungen mit Druck auf die Brust, Spannungen im Kopf, etc. Auch konflikthaft besetzte Vorstellungen wie sexuelle Phantasien, Gedanken um Ärger oder Schuld können intensive körperliche Spannungs- oder Schmerzzustände hervorrufen, vor allem, wenn ihre Bewußtwerdung unterdrückt, wenn sie abgewehrt werden. Diese Somatisierungen werden als ‚psychogen‘, ‚hysterisch‘, ‚funktionell‘, ‚hypochondrisch‘ oder häufig als ‚vegetative Störungen‘ bezeichnet. ...

⁷⁸ Alexander 1971, zitiert nach Franke 1981, S. 16

⁷⁹ etwa Linn 1977, Dubos 1968 und Lipowski 1976

⁸⁰ Franke 1981, S. 17

⁸¹ vgl. Franke 1981, S. 18

⁸² zu dieser Gruppe werden z. B. Magengeschwüre oder bestimmte Formen der Hypertonie gezählt (vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 3)

3. Den psychosomatischen Wirkungen stehen nicht weniger bedeutsam somatopsychische Einflüsse⁸³ gegenüber. Im Hinblick auf die somatopsychosomatischen Wechselwirkungen reicht es nicht aus, bestimmte Symptome oder Krankheiten von vornherein als psychosomatisch oder psychogen zu definieren. Der seelische und der körperliche Anteil ist in jedem einzelnen Fall von unterschiedlichem Gewicht und verschiedener Art. Psychosomatik ...; ... erfordert die Einführung des Subjektes."⁸⁴

Auch in der aktuellen Diskussion unterscheidet man zwischen psychosomatischen Erkrankungen im engeren und weiteren Sinn. „Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn sind körperliche Erkrankungen mit definiertem *morphologischen Substrat* und *objektivierbaren organpathologischen Befunden*. Bei ihnen sind jedoch im Unterschied zu anderen internistischen Erkrankungen sowohl bei der Auslösung als auch im Verlauf psychische Faktoren von großer Bedeutung.“⁸⁵

Dabei spielt in diesem Zusammenhang ‚Angst‘ eine wesentliche Rolle, weil diese schon immer als psychosomatische Erscheinung gewertet wird.⁸⁶

Die Psychophysiologie macht hier deutlich, dass ‚Angst‘ mit vielen physiologischen Vorgängen verschmolzen ist. Dies bedeutet, dass physiologische Angst nicht von psychischer Angst isoliert auftritt, gleiches gilt umgekehrt. Bereits Freud hat in der ersten großen Arbeit über die Angstneurose Angst als psychosomatische Erscheinung beschrieben.⁸⁷

„Diese tiefen Einsichten bereits vor der Jahrhundertwende zeichnen Freud als Wegbereiter der Psychosomatik aus. Freud erkannte zudem schon 1895, daß die Vielzahl körperlicher Symptome, die den Angstanfall begleiten oder vertreten, auch in *chronischer* Weise vorkommen. Freud beschrieb also die *Langzeitwirkung der in ein psychosomatisches Symptom verwandelten Angst*.“⁸⁸

⁸³ damit sind normale und krankhaft gesteigerte seelische Reaktionen auf körperliche Leiden gemeint (vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 4)

⁸⁴ Bräutigam & Christian 1981, S. 3f

⁸⁵ Csef in Nissen 1995, S. 129

⁸⁶ vgl. Elhardt 1959, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 126

⁸⁷ vgl. Csef in Nissen 1995, S. 126

⁸⁸ Csef in Nissen 1995, S. 126 f

Versteht man also ‚Angst‘ als Motor psychosomatischer Krankheiten, wird sie im Krankheitsprozess zum bewegenden Element;⁸⁹ es bleibt festzuhalten, dass der Symptomentstehungsprozess sowohl durch das Erleben als auch durch die Abwehr von Angst geprägt ist.⁹⁰

Die Abwehr von Angst wird nämlich dadurch erkennbar, dass der psychosomatisch Erkrankte gegenüber dem Arzt nicht von ‚Angst‘ spricht, sondern er beschreibt sein Symptom quasi so, als ob es nicht zu ihm und seiner Empfindung entspräche; vielmehr äußert er etwa Bemerkungen wie ‚die Pumpe macht nicht mehr mit‘ oder ähnliche Dinge und verdeutlicht dadurch, dass er von seinem Körper ein mechanistisches Bild hat.⁹¹ Der hier dargelegte Sachverhalt ist ein Beispiel dafür, was im weiteren Verlauf (Kapitel 1.4.2.5) mit der Bezeichnung ‚Alexithymie‘ betitelt wird, denn Patienten, die keine Möglichkeit haben, in ihre Gefühlswelt einzudringen und entsprechend ihren Emotionen einen Namen zu geben, werden durch diesen Fachbegriff charakterisiert.⁹²

Neben den psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne (siehe Definition oben) gibt es aber noch psychosomatische Störungen im weiteren Sinne. Diese so genannten ‚funktionellen Syndrome‘, die nach DSM-III-R und ICD-10 jetzt ‚somatoforme Störungen‘ genannt werden,⁹³ machen bei Internisten den Hauptteil der Patienten aus.⁹⁴

Weil auch die Herzneurose⁹⁵ unter anderem als Subtyp funktioneller Herzsyndrome (somatoformer Herzsyndrome) verstanden werden kann,⁹⁶ erscheint es notwendig, weitere wesentliche Aussagen bezüglich der somatoformen Störungen zu machen.

Auf den Umstand, dass diese Störungsbilder beim Internisten häufig vertreten sind, wurde gerade aufmerksam gemacht. Aber auch in allgemein medizinischen Praxen leiden mindestens 12% der Patienten unter so genannten ‚psychogenen Störungen‘, wobei die Menge funktioneller (somatoformer) Störungen hier am häufigsten vertreten ist.⁹⁷

⁸⁹ vgl. Csef in Nissen 1995, S. 127

⁹⁰ vgl. Rudolf 1984, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127

⁹¹ vgl. Csef in Nissen 1995, S. 127

⁹² vgl. v. Rad 1983, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127

⁹³ vgl. Csef 1994, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127

⁹⁴ vgl. Loo, van de 1992, zitiert nach Csef 1995, S. 275

⁹⁵ zur Begrifflichkeit siehe Kapitel 2

⁹⁶ vgl. Csef in Wyss 1987, S. 261

⁹⁷ vgl. Csef in König und andere 2000, S. 396

Ferner machen die somatoformen Störungen zahlenmäßig auch im psychosomatischen Bereich die umfangreichste Gruppe der Symptombildungen aus.⁹⁸ Die grundlegende Problematik dieser Störungsbilder kann folgendermaßen umrissen werden: „Sie sind zunächst negativ dadurch definiert, daß sie sich nicht nachweisbar auf eine organische Krankheit oder auf pathophysiologische Mechanismen einer körperlichen Störung (z. B. Medikamente, Drogen, Alkohol oder Verletzungsfolgen) zurückführen lassen. Dadurch fallen sie aber aus dem nosologischen Raster und damit auch aus den ätiopathogenetischen Denkkategorien einer nur naturwissenschaftlich fundierten Medizin heraus, die ‚Krankheit‘ mit morphologischen, molekularbiologischen, biochemischen, physiologischen oder genetischen Methoden identifiziert und erklärt und jeweils bestimmten Geweben, Organen oder Organsystemen zuordnet.“⁹⁹

Vereinfacht gesagt gilt also, dass somatoforme Störungen körperliche Symptome ohne organisch feststellbare Ursache sind.¹⁰⁰

Nach der aktuellen ICD-10-Klassifikation gilt: „Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren; sogar bei offensichtlich depressiven und Angstsymptomen kann es sich so verhalten. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend.“¹⁰¹

Die einzige Gemeinsamkeit der sehr heterogen organisierten Gruppe der somatoformen Störungen ist die körperliche Symptomatik ohne organischen Befund. Nach ICD-10 wird folgende Einteilung vorgenommen:

⁹⁸ vgl. Tress, Manz, Solon-Mossler in v. Uexküll 1990, zitiert nach Csef 1995, S. 275

⁹⁹ Buchhorn 1991, zitiert nach Csef 1995, S. 275

¹⁰⁰ vgl. Csef 1995, S. 275

¹⁰¹ vgl. ICD-10 1991, zitiert nach Csef 1995, S. 275 f

- F 45 .0 Somatisierungsstörung
- F 45 .2 hypochondrische Störung
- F 45 .3 somatoforme autonome Funktionsstörung
- F 45 .4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F 45 .8 sonstige somatoforme Störungen
- F 45 .9 nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen.¹⁰²

Dabei findet sich unter F 45. 3 die weitere Unterteilung in u. a.¹⁰³ die somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (F 45. 30). Hierzu gehören schließlich die Begriffe

- Herzneurose
- Neurozirkulatorische Asthenie und
- Da-Costa-Syndrom.¹⁰⁴

Um zu vermeiden, dass bereits an dieser Stelle der Arbeit zu sehr auf die Herzneurose als psychosomatische Erkrankung eingegangen wird (der Beweis, dass es sich bei der Herzneurose tatsächlich um eine psychosomatische Erkrankung handelt – wenn auch im weiteren Sinne – ist vorläufig erbracht), soll der Diskurs zur Definition somatoformer Störungen beendet und in Kapitel 2 weitergeführt werden, um dort dann eine konkrete Verortung der herzneurotischen Symptomatiken zu versuchen – ‚versucht‘ wird dies deshalb, weil die aktuelle Diskussion durch eine gewisse Unstimmigkeit bezüglich dieser Einordnung charakterisiert ist.

Neben der Weite der Definition dessen, was man unter einer psychosomatischen Erkrankung versteht, ist auch eine Unterscheidung zwischen den Begriffen **psychosomatisch** und **somato-psychisch** notwendig.¹⁰⁵ Dabei beinhaltet der Begriff ‚psychosomatisch‘ „... den Einfluß psychologischer Instanzen auf den Körper, wohingegen somatopsychisch den Einfluß körperlicher Vorgänge auf den psychischen Zustand beschreibt.“¹⁰⁶

¹⁰² vgl. Morschitzky 2000, S. 60

¹⁰³ die komplette Aufschlüsselung in dieser Kategorie wird in Kapitel 2.4.1 vorgenommen

¹⁰⁴ vgl. Csef 1995, S. 276

¹⁰⁵ Csef stuft die somatopsychischen Störungen neben somatoformen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne als dritte Hauptgruppe psychosomatischer Krankheiten ein (vgl. Csef 1994, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127)

¹⁰⁶ Franke 1981, S. 18

1.2 Zur Frage des Krankheitsmodells und der wissenschaftlichen Methode

Nach der so genannten vorwissenschaftlich-ganzheitlichen Position wird der Mensch „... als psychophysische Einheit aufgefaßt, unabhängig von den wechselnden theoretischen Konzepten.“¹⁰⁷

Diese vorwissenschaftlich-ganzheitliche Position wurde allerdings durch den Siegeszug naturwissenschaftlich geprägter Methodik in der Medizin erschüttert.¹⁰⁸

Wie bei allen wissenschaftlichen Methoden wird auch bei den naturwissenschaftlichen der Mensch in seiner Ganzheit psychophysischer Art reduziert, und zwar „... auf einen seiner Aspekte, nämlich auf den physikalisch-chemischen, ...“¹⁰⁹

„Gegen diese ausschließlich auf den physikalisch-chemischen Aspekt des Menschen reduzierte Medizin entwickelte sich antithetisch eine ebenfalls reduktionistische psychologische Medizin.“¹¹⁰ Es erscheint logisch, dass dieser Ansatz dann den physikalisch-chemischen Aspekt des Menschen ausklammerte.

Das eben erwähnte **medizinisch-naturwissenschaftliche Krankheitsmodell** „... läßt sich im wesentlichen durch drei Charakteristika beschreiben:

- Krankheiten sind durch störende Veränderungen der biochemischen und physiologischen Funktionsabläufe des Körpers verursacht.
- Die äußerlichen Symptome von Krankheiten sind Ausdruck der zugrundeliegenden organischen Prozesse.
- Die organischen Dysfunktionen lassen sich objektiv messen.

Für psychische Störungen wird dieses Modell vor allem aus folgenden Gründen zurückgewiesen:

- Eine organ-pathologische Grundlage ist bei psychischen Störungen nicht nachzuweisen.

¹⁰⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 292 f

¹⁰⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 293

¹⁰⁹ Wesiack in Loch 1998, S. 293

¹¹⁰ Wesiack in Loch 1998, S. 293

- Die Annahme, daß psychische Störungen Symptome sind für zugrundeliegende Prozesse, ist auch dann nicht haltbar, wenn anstelle der organischen psychische Prozesse angenommen werden; das sogenannte Symptom ist nicht Zeichen für etwas, sondern selbst das relevante Phänomen.
- Abweichung läßt sich nicht objektiv bestimmen, sondern sie wird als solche im Rahmen eines sozialen Normensystems definiert.¹¹¹

Dieses medizinisch-naturwissenschaftliche Denkmodell in der Medizin herrscht etwa bis zum Ende des Ersten Weltkrieges vor, denn die Bemühungen haben bis zu diesem Zeitpunkt die Intention, „... sich auf somatisch-pathologische Phänomene (zu, M. Hager) konzentrieren. Doch mit der Verbreitung der Psychoanalyse hatte dies ein Ende: Man kam mit dem Begriffsinventar einer rein auf das Organische bezogenen Sprache nicht mehr aus. Dies ist der Beginn der Ära psychosomatischer Krankheitsmodelle.“¹¹²

Mit Wesiack kann man also sagen, dass Freud nicht nur der Schöpfer der Psychoanalyse ist; er wurde auch „... in direkter und indirekter Hinsicht zum Initiator der modernen psychosomatischen Medizin.“¹¹³

Jetzt wurde Krankheit verstanden „...

- als der körperliche Ausdruck seelischer Störungen und unbewältigter Konflikte (Freud)
- als Ausdruck geheimer Wünsche der Seele im Körper (von Weizsäcker)
- als Folge unausgelebter Emotionen (Dunbar, Alexander)
- als verfehlter Lebenssinn, Ausdruck eines Lebens gegen das Gewissen und gestörter Entfaltung (Jores)
- als pathologische Organveränderungen und Funktionsstörungen bedingt durch zu intensive, heftige oder lang andauernde physiologische und motorische gelernte Reaktionen auf emotionale Reize (Birbaumer, Lachman).

Psychosomatisch werden diese und ähnliche Krankheitskonzepte genannt, weil sie psychischen Faktoren einen Anteil am Geschehen Krankheit zubilligen.“¹¹⁴

¹¹¹ Franke 1981, S. 22

¹¹² Franke 1981, S. 24

¹¹³ Wesiack in Loch 1998, S. 293

Zwar sagt Rothschuh hierzu, dass der Mensch eine leib-seelische Einheit ist, was zu dieser Auffassung von Krankheit beigetragen hat¹¹⁵, fraglich scheint aber doch zu sein, ob die hier aufgeführten Auffassungen tatsächlich revolutionär über das klassische organpathologische Krankheitsmodell hinausreichen.¹¹⁶

Nach Meinung von Franke „... haben sie mit diesen¹¹⁷ folgende drei Dinge gemeinsam:

1. Sie gehen von der objektiven Feststellbarkeit, Diagnostizierbarkeit eines von der Regel abweichenden Zustandes aus.
2. Sie suchen nach einem allgemeinen Prinzip von Krankheit, einem allen Krankheiten gemeinsamen Charakteristikum, einem eindeutigen Diskriminanzkriterium für Krankheit.
3. Sie betrachten Krankheit als etwas, das im Körper ist, einen Prozeß oder Zustand, der – irgendwie von außen hereingekommen – nun selbständig im Körper stattfindet.“¹¹⁸

Zu dem Punkt, dass psychosomatische Erkrankungen objektiv feststellbar seien, lässt sich anmerken, dass generell hinterfragt werden muss, ob Krankheiten körperlicher Natur absolut feststellbar sind. Damit hängt zusammen, dass die Grenze zwischen dem, was gesund ist und dem, was als krank bezeichnet wird, auch in der Organmedizin immer mehr verschwindet. Daher kann auch an der Voraussetzung eines Organbefundes, der objektiv feststellbar ist und als Kriterium der Diagnose für psychosomatische Erkrankungen dient, nicht festgehalten werden, weil man diesen organmedizinisch nicht ausreichend definieren kann.

Auch die Auffassung, psychosomatische Erkrankungen würden ein ihnen gemeinsames Charakteristikum besitzen, ist zu hinterfragen, weil sämtliche Theorien letztlich immer nur Ausschnitte beschreiben und zusätzlich auch abhängig vom jeweiligen Wissensstand sind. Schließlich kann man zu der Aussage, psychosomatische Krankheiten seien im Körper ablaufende Prozesse, die durch äußere Reizeinwirkung entstünden, sagen, dass die Annahme einer Ursache – Wirkungs – Relation nicht haltbar ist.¹¹⁹

¹¹⁴ Franke 1981, S. 24

¹¹⁵ vgl. Rothschuh 1975, zitiert nach Franke 1981, S. 24

¹¹⁶ vgl. Franke 1981, S. 24

¹¹⁷ den organpathologischen Krankheitsmodellen

¹¹⁸ Franke 1981, S. 24 f

¹¹⁹ vgl. Franke 1981, S. 26 f

Das Krankheitsmodell der Medizin trifft also auf den Bereich psychosomatischer Erkrankungen nicht zu.

Weil aber die Existenz psychosomatischer Erkrankungen nicht abstreitbar ist,¹²⁰ dürfen weitere Überlegungen zu dieser Problematik nicht außer Acht gelassen werden. Zum Verständnis der Gesamtproblematik lassen sich an dieser Stelle Aussagen von Lohmann und Carpentier zitieren:

„Die größte – sowohl theoretische als auch praktische – Schwierigkeit, der sich Szasz und ihre Anhänger gegenübersehen, dürfte auf dem Gebiet der psychosomatischen Krankheiten liegen. Sowohl die klinische Erfahrung als auch ständig neue Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Krankheitsbilder mit ausschließlich körperlichen Symptomen psychische und soziale Ursachen haben können. In welchem Ausmaß diese zur Entstehung von Krankheiten wie Magengeschwür, Asthma, ... usw. beigetragen, ist immer noch nicht eindeutig festgestellt, aber das gleiche gilt für die somatischen Risikofaktoren, von denen man annimmt, daß sie zu diesen Störungen prädisponieren oder sie »verursachen«. Was all diese ... betrifft ... so steht der Arzt hier Patienten gegenüber, bei denen körperliche und psychosoziale Faktoren zusammen den Zustand des Unbehagens verursachen, der den Patienten zum Arzt führt. Bei Patienten dieser Art kann man die »Krankheitsmodelle« der traditionellen Medizin nur unter großen Schwierigkeiten und keineswegs einseitig gelten lassen. Ebenso wenig aber lassen sich Beschwerden ausschließlich durch ein »soziales Lernmodell« erklären: Solche Krankheiten ... oder wie immer man diese Zustände etikettieren will ... sind Resultat des Zusammenwirkens vieler Faktoren (oder können es zumindest sein).“¹²¹

„Eine konsequente Fortführung des psychosomatischen Ansatzes führt nicht nur zum Miteinbeziehen des ganzen Körpers (Körper, Geist und soziales Milieu). Auch wenn es im psychischen Bereich keine Kontinuität gibt, auch wenn die Zusammenhänge unterschiedlicher Art sind ... jede Einsicht, die nicht von einer ganzheitlichen Sicht herrührt, ist nur eine Teilwahrheit, nicht die Wahrheit. Die soziale Dimension der Krankheit zu betonen heißt nicht, ein somatisches Konzept durch ein soziologisches zu ersetzen: Es dreht sich nur darum, beide Bereiche nicht zu trennen.“¹²²

¹²⁰ vgl. Zepf 1973, S. 9

¹²¹ Lohmann 1978, zitiert nach Franke 1981, S. 28 f

¹²² Carpentier 1979, zitiert nach Franke 1981, S. 29

Aus dem Dargestellten wird deutlich, dass das klassische medizinische Krankheitsmodell nicht auf den Bereich der psychosomatischen Erkrankungen zu übertragen ist. Trotzdem besteht natürlich die Notwendigkeit, psychosomatisch zu denken und auch entsprechend zu handeln:

„Die Notwendigkeit, psychosomatisch zu denken und zu handeln, ist in der Klinik entstanden. Aus dieser klinischen Erfahrung ein wissenschaftliches Fachgebiet zu entwickeln, stößt auf mannigfaltige methodische und praktische Schwierigkeiten. Sie werden im Grundsätzlichen gewöhnlich als Leib-Seele-Problematik behandelt, wobei der körperliche und der seelische Aspekt voneinander abgegrenzt, vergegenständlicht und einander gegenübergestellt werden. Dabei werden, ..., die naturwissenschaftliche Methode des Erklärens körperlicher Zusammenhänge und die geisteswissenschaftliche des Verstehens gegenübergestellt. Die psychosomatische Medizin muss Beobachtungen und Befunde aus methodisch unterschiedlichen Bereichen benutzen. Ihr Ziel ist es, körperliche Befunde und seelische Erfahrung in Beziehung und in eine verstehbare und gesetzmäßige Verbindung zu bringen. Das Verstehen der Mitteilungen des Patienten¹²³ geschieht aus einem natürlichen Bewußtsein und Vorverständnis. Die Reflektion und Interpretation erfolgt im Rahmen bestimmter Begriffe und Theorien, z. B. der psychoanalytischen. Das interpretierende Vorgehen wird als hermeneutische Methode bezeichnet (...). Die Mitteilungen des Patienten geben zu Beobachtungen und Aussagen Anlaß, die einer empirisch-analytischen Untersuchungsmethodik offenstehen: Neigen Patienten mit anaklitischen Beziehungsmustern (...) mehr als andere zu Durchfallerkrankungen (...) ? ... Finden sich häufiger fehlende Trauerarbeit (...) und in Verbindung damit diese oder andere körperliche Symptombildungen? Hier werden Fragestellungen als Hypothesen formuliert und im Hinblick auf überindividuell gültige Gesetzmäßigkeiten Daten gesammelt und ausgewertet, um die Hypothese zu bestätigen oder zu widerlegen. Schließlich werden körperliche Befunde erhoben, die der empirisch-analytischen Untersuchungsmethode mit naturwissenschaftlichen Techniken zugänglich sind: Die Stuhluntersuchung des Patienten ergab makroskopisch Hinweise auf Blutbeimengungen, die bei einer chemischen Analyse zu bestätigen waren. Die psychoanalytische Praxis und Theorie wird gewöhnlich zu den verstehend hermeneutischen Methoden gerechnet. Wenn die psychosomatische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungspraxis auch Beobachtungen aus mehreren methodischen Bereichen benutzt und es ihr besonderes Interesse ist, sie in Verbindung zu setzen, so ist das nicht mit einer Identitätslehre von Leib und Seele, der Behauptung einer leibseelischen Einheit oder eines einfachen gesetzmäßigen Parallelismus

¹²³ der angesprochene Patient hat seinen Bruder bei einem Unfall verloren, dieser Bruder hat für den Patienten die Stelle des Vaters eingenommen – nun klagt der Patient über Durchfälle, die einige Tage nach dem Vorfall aufgetaucht sind (vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 5)

identisch. Sie betont vielmehr die gesetzmäßige Eigenart, ja Gegensätzlichkeit (...) und betont die unterschiedlichen methodischen Zugänge, die durch den Bereich der subjektiven Erfahrungen und der Phänomenologie der Erlebniswelt einerseits und durch den Bereich der objektivierenden Beobachtungen andererseits gestiftet werden."¹²⁴

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Äußerungen über das Krankheitsmodell in der psychosomatischen Medizin, die damit verbundene wissenschaftliche Methode und das Leib-Seele-Problem können im Rahmen dieser Arbeit leider nur gestreift werden, weil sonst das eigentliche Thema, für dessen besseres Verständnis das erste Kapitel dient, vernachlässigt werden würde.

In diesem Sinne sei auf die weit reichende Literatur zu dieser Diskussion verwiesen.

¹²⁴ Bräutigam & Christian 1981, S. 5 ff

1.3 Aus der Geschichte der Psychosomatik

Die psychosomatische Medizin kann auf eine lange Tradition zurückblicken, denn „Die Wurzeln der Psychosomatischen Medizin lassen sich bis auf Plato, Hippokrates und Galen zurückverfolgen.“¹²⁵

Dieser Meinung sind auch Bräutigam und Christian, wenn sie schreiben, dass „In der griechischen Philosophie ... der Gedanke von Einwirkungen der Psyche und des Geistes auf das Soma durchaus geläufig“¹²⁶ war.

Köhler hingegen relativiert diese frühen Wurzeln: „Sieht man von mehr spekulativ-intuitiven Gedanken über psychosomatische Zusammenhänge in der Antike und speziell in der deutschen Romantischen Medizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts ab, so muß man den Beginn einer systematischen psychosomatischen Forschung kurz nach der Jahrhundertwende mit den Arbeiten des Kreises um Sigmund Freud ansetzen.“¹²⁷

Während Köhler von der Romantischen Medizin des 19. Jahrhunderts absehen möchte, weisen Bräutigam und Christian darauf hin, dass der *Begriff* der psychosomatischen Medizin am Anfang des 19. Jahrhunderts, also in der Periode Romantischer Medizin, aufkam. „Es wurden viele körperliche Krankheiten psychogenetisch interpretiert, allerdings unter ethischen Aspekten. Es wurden böse und sündhafte, vor allem sexuelle Leidenschaften als Ursache von Tuberkulose, Epilepsie, Krebs angesehen. 10 Jahre später wurde der Begriff somatopsychisch als Entgegnung und Ergänzung von Jakobi eingeführt.“¹²⁸

Eine weitere wichtige Etappe kann in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg gesehen werden, denn nun „... wurde in der Schule des Internisten Krehl in Heidelberg psychophysischen Wechselwirkungen in der Physiologie, dem Einfluß von Affekten auf die körperlichen Funktionen und auf körperliche Krankheiten große Beachtung geschenkt. Gegenüber einer unpersönlichen Pathologie wurde antithetisch die Person des Kranken in den Blickpunkt gestellt. Dieser Gedanke wurde vor allem in dem Lebenswerk Viktor v. Weizsäckers (...) weiter entwickelt. Psychosomatik ist nicht additives Zusammenkommen qualitativ gleichartig gedachter Faktoren wie

¹²⁵ Hoffmann, Schepank, Speidel 1990, S. 3

¹²⁶ Bräutigam & Christian 1981, S. 8

¹²⁷ Köhler 1995, S. 18

¹²⁸ Bräutigam & Christian 1981, S. 9

Seele und Körper: Eine neue Dimension im leib-seelischen Gefüge eröffnet sich mit der Bezogenheit jeder Erlebnisverarbeitung auf eine gegebene lebensgeschichtliche Situation, durch den Stellenwert dieser Situation in der besonderen inneren Lebensgeschichte und in der leiblichen Einstellung und Reaktionsweise des Subjektes in einer Krise."¹²⁹

Von internistischer Seite wurde die Psychosomatik in Deutschland sehr entscheidend durch v. Bergmann in Berlin geprägt, „... dessen Beobachtungen Stadien einer funktionellen ‚Betriebsstörung‘ vor dem anatomischen Organbefund nachwiesen.“¹³⁰

Dieser internistischen Schule entsprangen dann auch „... die Arbeiten des psychosomatischen Forschers Th. V. Uexküll, der bei den psychosomatischen Krankheiten durch innere Motivkonstellationen ausgerichtete Handlungsbereitschaften als chronische psychophysiologische Reize beschrieb. Die psychosomatische Störung ist psychologisch das nicht zum Austrag kommende Handlungsbruchstück, im physiologischen Korrelat eine anhaltende Bereitstellung, die dadurch, daß sie nie abgerufen wird, pathogen wirkt.“¹³¹

Auch Bräutigam und Christian kommen zu dem Schluss, dass auch die Psychoanalyse ihren Beitrag zur Entwicklung der Psychosomatik geleistet hat: „1908 schrieb der Dresdner Arzt und Psychoanalytiker Stegmann eine erste Arbeit über Asthma bei Kindern. 1913 stellte Federn in der ‚Wiener Psychoanalytischen Vereinigung‘ einen Fall von Asthma vor.“¹³²

Weil die Psychoanalyse im Zusammenhang mit der Entwicklungsgeschichte der Psychosomatik immer wieder in der Literatur zu finden ist, soll dieser Punkt nicht zu kurz kommen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Köhler (1995) den Beginn einer systematischen psychosomatischen Forschung mit Freud in Verbindung bringt. Allerdings äußert Köhler Zweifel, ob man ihn als Begründer der psychosomatischen Medizin einstufen kann¹³³, „... - immerhin aber versuchte er bereits 1895 im erst posthum veröffentlichten sogenannten Manuskript I, die Entstehung der Migräne zu erklären, für die er eine sexualchemische Genese annahm und sie so konzeptuell in die Nähe der Aktualneurose rückte.“¹³⁴

¹²⁹ Bräutigam & Christian 1981, S. 9

¹³⁰ Bräutigam & Christian 1981, S. 9

¹³¹ Bräutigam & Christian 1981, S. 10

¹³² Bräutigam & Christian 1981, S. 10

¹³³ wie dies etwa Cremerius tut

¹³⁴ Köhler 1995, S. 18

„In jedem Fall aber hat Freud die psychosomatische Forschung angeregt und ihr eine Reihe von Konzepten gegeben: Seine Phasenlehre betont ausdrücklich eine Parallelität von seelischer und körperlicher Entwicklung; in seinen Arbeiten über Hysterie hat er die Entstehung körperlicher Symptome aus psychischen Konflikten herzuleiten versucht und dafür das Konversionsmodell entwickelt; schließlich ist auch seine Unterscheidung zwischen Psychoneurosen einerseits mit starker Phantasietätigkeit und Symbolisierungstendenz der Patienten (...) und Aktualneurosen andererseits mit ausgeprägten vegetativ-körperlichen Symptomen, die eine Interpretation als Symbolisierung von intrapsychischen Konflikten nicht zulassen (...), bis heute grundlegend geblieben und nach wie vor auch von Bedeutung in der psychosomatischen Theoriebildung.“¹³⁵

Dass Wesiack in Freud einen Initiator der modernen psychosomatischen Medizin sieht¹³⁶, wurde bereits an anderer Stelle erwähnt. Wesiack führt seine Überlegungen aber noch weiter und sagt: „Hier ist vor allem zunächst Freuds Triebbegriff zu nennen, Er unterschied

- a) die somatische Triebquelle,
- b) die psychische Repräsentanz des Triebes sowie
- c) das Triebziel und
- d) das Triebobjekt.

Indem Freud eine somatische Triebquelle annahm, die psychisch repräsentiert werde, nahm er eine Übersetzung aus einem somatischen in ein psychisches Zeichensystem an, lange bevor die Zeichentheorie wissenschaftliches Allgemeingut wurde, die ersten Hormone entdeckt waren und die Neuroendokrinologie und die Neuroimmunologie eigene Spezialdisziplinen wurden.“¹³⁷

Wesiack zieht darüber hinaus noch weitere Belege für Freud als Initiator moderner psychosomatischer Medizin heran: „Des weiteren muß in diesem Zusammenhang Freuds Konzept des Unbewußten erwähnt werden, das ebenfalls biologische Wurzeln hat und mit dem Triebbegriff eng verwandt ist. Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, daß Freud der Entdecker der Beziehungsdiagnose, der Beziehungspathologie und der Beziehungstherapie ist, die in der

¹³⁵ Köhler 1995, S. 18

¹³⁶ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 293

¹³⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 293

psychosomatischen Medizin eine ganz zentrale Rolle spielen. Wir können also Freud in mehrfacher Hinsicht als den großen Initiator der modernen psychosomatischen Medizin nennen.“¹³⁸

Als ‚offiziellen Geburtstag‘ der modernen und insbesondere der psychoanalytischen psychosomatischen Medizin nennt er den 8. Januar 1913, an dem Federn erstmals über eine Behandlung psychoanalytischer Art bei einem Patienten mit Bronchialasthma referiert.¹³⁹ „In den Jahren nach 1920 fanden psychophysiologische Experimente an verschiedenen Orten in Deutschland großes Interesse. Dabei zeigten sich in Hypnoseversuchen relativ spezifische Einflüsse seelischer Erregungen und Vorstellungen auf Körperfunktionen, z. B. am Magen wie auch an der Galle (...). In den ‚Studien zur Pathogenese‘ hat v. Weizsäcker ... Kranke mit Angina tonsillaris, Diabetes insipidus, paroxysmaler Tachykardie zum Gegenstand psychologischer und medizinisch-anthropologischer Betrachtungen gemacht.“¹⁴⁰ Zwar wendet sich Köhler von der Idee ab, Freud könnte der Begründer der psychosomatischen Medizin sein, er hält die Psychoanalyse aber doch im Hinblick auf die Psychosomatik für sehr bedeutsam: „Als eigentlichen Begründer der Psychosomatik hat man ebenfalls den der Psychoanalyse nahestehenden Arzt Groddeck bezeichnet, der das Freudsche Konversionsmodell auf sämtliche inneren Krankheiten anwandte und sie als symbolische Äußerungen von Kräften im »Es« interpretierte – ein Ansatz, der allerdings im Bereich der ernster zu nehmenden Psychosomatik heute nur noch historische Bedeutung hat.“¹⁴¹

Auch Bräutigam und Christian sind der Auffassung, dass Groddecks Ansatz als eher eigenwillig einzustufen ist: „Eigene Wege ging der eigenwillige, von Freud beeinflusste Arzt Groddeck. Er führte den Begriff des ‚Es‘ ein als den Bereich, von dem wir gelebt werden, ein Begriff, den Freud übernahm. Groddeck führte bereits 1917 psychoanalytische Behandlungen bei internistisch Kranken durch und interpretierte diese Krankheitsvorgänge als sinnvolle Leistungen des Es.“¹⁴²

In der Zeit nach 1930 sorgen insbesondere nach Amerika ausgewanderte Psychoanalytiker für einen Antrieb der psychosomatischen Medizin; so beschreibt Dunbar bereits im Jahre 1935

¹³⁸ Wesiack in Loch 1998, S. 294

¹³⁹ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 294

¹⁴⁰ Bräutigam & Christian 1981, S. 10

¹⁴¹ Köhler 1995, S. 19

¹⁴² Bräutigam & Christian 1981, S. 11

differenzierte Persönlichkeitsprofile für die unterschiedlichen psychosomatischen Krankheitsbilder.¹⁴³

Auch die weitere Entwicklung steht unter psychoanalytischem Einfluss: „Die psychoanalytische Entwicklungslehre, ihre Konfliktpsychologie, die Einbeziehung unbewußter Motivationen gaben der Psychosomatik als Pathologie und als Heilkunde entscheidende neue Impulse, vor allem Franz Alexander, der spezifische, psychodynamische, unbewußte Konfliktsituationen bestimmten Krankheiten zuordnete.“¹⁴⁴

Positiv über Alexanders Beitrag äußert sich auch Köhler und nennt weitere psychoanalytische Denkrichtungen, die für die Psychosomatik wertvoll erscheinen: „Die umfassendste und am besten ausgearbeitete Theorie psychosomatischer Erkrankungen ist die der krankheitsspezifischen Konflikte von Franz Alexander; ebenfalls gewisse Bedeutung hat Mitscherlichs Konzept der zweiphasigen Verdrängung erhalten; der Psychoanalyse nahe stand auch Victor von Weizsäcker mit seiner medizinischen Anthropologie.“¹⁴⁵

Der Erfolg dieser psychoanalytischen Richtungen wird von Bräutigam und Christian mit dem Zusammenbruch Deutschlands im Krieg, den überkommenen Wertvorstellungen und der damit immer dringlicher werdenden Frage nach einem neuen Menschenbild in der Medizin begründet. Zur Folge dieser Entwicklung schreiben sie: „In Deutschland wurde 1948 durch Alexander Mitscherlich in Heidelberg die erste psychosomatische Klinik an einer deutschen Universität gegründet. Dem folgten ... weitere psychosomatische Kliniken und Abteilungen, 1954 kam es in Deutschland zur Gründung einer ‚Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse‘, die ebenfalls auf psychoanalytischen Auffassungen gründet.“¹⁴⁶

Eine andere Art der Denkweise im Bereich psychosomatischer Forschung wird auf die 50er Jahre des letzten Jahrhunderts datiert. Während nämlich über viele Jahrzehnte hinweg Psychosomatik in den USA und Westeuropa fast ausschließlich in der Hand der Psychoanalyse war, wohingegen Osteuropa die Psychosomatik auf den pawlowschen Prinzipien aufbaute, wurde erst „... etwa Mitte der 50er Jahre ... in breiterem Rahmen begonnen, eine streng empirische und experimentelle Psychosomatikforschung zu betreiben, aufbauend etwa auf den frühen Arbeiten zur

¹⁴³ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 11

¹⁴⁴ Bräutigam & Christian 1981, S. 11

¹⁴⁵ Köhler 1995, S. 19

¹⁴⁶ Bräutigam & Christian 1981, S. 11

Emotionspsychophysiologie von Cannon, den Studien zur Erzeugung experimenteller Neurosen bei Tieren sowie der Streßforschung. Mehr als bisher wurden Studien zur psychometrischen Persönlichkeits- und zur Life Event-Forschung, psychophysiologische Untersuchungen am Menschen sowie eine Reihe von Tierstudien zur Konditionierung vegetativer Reaktionen und zur experimentellen Induktion somatischer Symptome durchgeführt.“¹⁴⁷

Speziell in England wurde in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts eine psychosomatische Bewegung eingeläutet, „... die sich streng empirisch und experimentell orientierte und gegenüber allen interpretierenden Theorien zunächst distanziert blieb. ..., es komme (nämlich, M. Hager) darauf an, operationale und statistisch kontrollierbare Hypothesen zu entwickeln. Es gehe um die exakte Kenntnis psychosomatischer und somatisch-psychischer Interaktionen, eine Kenntnis, die noch sehr gering sei: ...“¹⁴⁸ Man kann somit sagen, dass der Fokus dieses Forschungsstranges im Gegensatz zur psychoanalytischen Auffassung also auf epidemiologischen und experimentellen Untersuchungen liegt.

Ein weiteres Kapitel der psychosomatischen Denkrichtung wird Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts aufgeschlagen, als die Strömung der Verhaltensmedizin noch strenger versucht „..., Ergebnisse der experimentellen Forschung und daraus abgeleitete Techniken auf die Erklärung und Behandlung körperlicher Störungen anzuwenden (...)“¹⁴⁹ „¹⁵⁰

Die Entwicklung neuer Denkansätze aber hat nicht aufgehört. „In der somatischen Pathogenese hat sich zunehmend ein multifaktorielles Denken und Forschen durchgesetzt, und es sind unterschiedliche Untergruppen oder Gangarten der Hypertonie, des Infarktes, des Bronchialasthmas etc. herausgearbeitet worden. Dementsprechend muß der psychosomatische Anteil neu abgegrenzt und gewichtet werden, wie es etwa in dem Werk des amerikanischen Psychosomatikers Herbert Weiner ‚Psychobiology and Human Disease‘ geschieht.“¹⁵¹

Ein neuere Tendenz in der Psychosomatik könnte auch darin zu sehen sein, die *therapeutische Aufgabe* stärker ins Visier zu nehmen: „Während es in ihren ersten Entwicklungsjahren¹⁵² wichtig

¹⁴⁷ Köhler 1995, S. 19

¹⁴⁸ Bräutigam & Christian 1981, S. 11 f

¹⁴⁹ für die neuere Beschreibung dieser Richtung und ihre Abgrenzung sei etwa auf Agras 1992 oder Epstein 1992 verwiesen

¹⁵⁰ Köhler 1995, S. 19

¹⁵¹ Bräutigam & Christian 1981, S. 12

¹⁵² den ersten Entwicklungsjahren der Psychosomatik

erschien, daß seelische Faktoren als ursächliche oder manifestationsfördernde Einflüsse überhaupt anerkannt wurden und dann Fragen der Spezifität die wissenschaftlichen Gemüter bewegten, besteht in den letzten Jahren eine Tendenz, das Behandlungsproblem bei körperlich Kranken differenzierter aufzugreifen.“¹⁵³

Der Teil über die geschichtliche Entwicklung des Faches soll einmal mit einer Anmerkung zur Trennbarkeit der grundsätzlich verschiedenen Ansätze innerhalb der Psychosomatik beendet werden; andererseits soll ein Zitat von Christian und Bräutigam an dieser Stelle die Einschätzung festigen, Neurosen – also auch die Herzneurose – als psychosomatische Erkrankungen verstehen zu können.

„Mittlerweile läßt sich – anders als früher – nur mehr schwer eine eher psychoanalytisch orientierte Psychosomatik hinsichtlich der bevorzugten Publikationsorgane von einer experimentell-beobachtungswissenschaftlichen Psychosomatik beziehungsweise Verhaltensmedizin trennen.“¹⁵⁴

Verlässt man aber die Ebene des wissenschaftlichen Forschungszuganges, betritt das Niveau der Krankheiten selbst und bezeichnet alle Krankheiten mit körperlichen Beschwerden ohne organischen Befund, bei denen aber ein seelischer oder sozialer Konflikthintergrund wahrscheinlich ist, als psychosomatisch, erhält man eine Vielzahl psychosomatischer Krankheitsfälle. „Gewöhnlich werden diese körperlichen Beschwerden auch als vegetative Störungen (vegetative Dystonie, psychovegetatives Syndrom, vegetative Labilität, funktionelle Störungen usw.) bezeichnet.“¹⁵⁵

¹⁵³ Bräutigam & Christian 1981, S. 12 f

¹⁵⁴ Köhler 1995, S. 19

¹⁵⁵ Bräutigam & Christian 1981, S. 29

1.4 Klassische Modelle psychosomatischer Erkrankungen – ein Überblick

In diesem Abschnitt der Arbeit soll nun, nachdem die Grundlagen der Begrifflichkeiten und die der Geschichte des psychosomatischen Denkens dargestellt wurden, ein Überblick über die Fülle der Modelle psychosomatischer Krankheiten gegeben werden.

Die Arbeit wird dabei zunächst auf frühere Einteilungsmodelle mit speziellem Blick auf Flanders Dunbar eingehen, um im Anschluss daran verschiedene psychoanalytische Modelle darzustellen. Danach soll auf neurohumorale Theorien, auf lerntheoretische Ansätze unter besonderer Beachtung von Lachman und schließlich auch auf die sozialätiologische Theorie nach Schaefer eingegangen werden, um exemplarisch die unterschiedlichen Denkrichtungen anzusprechen.

Zu Beginn muss jedoch gleich auf die Problematik in diesem Zusammenhang hingewiesen werden: „Eine psychosomatische Krankheitstheorie stellt eine außerordentliche Komplikation gegenüber allen früheren organzentrierten, humoralen, nervösen oder biochemischen Krankheits-theorien dar. Jede psychosomatische Theorie stößt nicht nur auf die Undurchsichtigkeit und Vielfalt von Naturvorgängen. Sie muß mit der Betrachtung des Menschen als Naturwesen auch die mit der Dimension des Seelischen gegebene Welt des Bewußtseins, der Innerlichkeit, der Emotionalität usw. erschließen. Sie sieht den Menschen als soziales Wesen, gerichtet auf eine Umwelt, an die er nicht nur angepaßt ist, sondern die er in selektiver Weise erlebt und mitgestaltet.“¹⁵⁶

Nach Franke sollte eine Theorie psychosomatischer Erkrankungen „... - das komplexe Be-dingungsgefüge von somatisch-psychisch-sozial berücksichtigen. - einen möglichst breiten Geltungsbereich haben. - auf eindeutig definierten Begriffen beruhen. - wahr oder zumindest gut bestätigt sein. - hinsichtlich ihrer prinzipiellen und praktischen Brauchbarkeit zu prüfen sein.“¹⁵⁷

¹⁵⁶ Bräutigam & Christian 1981, S. 38

¹⁵⁷ Franke 1981, S. 32 f

1.4.1 Frühere Einteilungsmodelle mit speziellem Blick auf Flanders Dunbar

Mit den hier so genannten **früheren Einteilungsmodellen** sind jene gemeint, mit denen man z. B. die Namen ‚Hippokrates‘ und ‚Kretschmer‘ in Verbindung bringt. Diese Modelle innerhalb der Psychosomatik werden in der Literatur auch **charakterologische Modelle** genannt: „Früher standen charakterologische Betrachtungsweisen, etwa der Einteilungsversuch des Hippokrates nach den verschiedenen Körpersäften (...), im Vordergrund. Er unterscheidet den leicht ansprechbaren Sanguiniker, den aufbrausenden, affektgeladenen Choleriker, den langsamen und schwer ansprechbaren Phlegmatiker und den traurig gestimmten, antriebsschweren Melancholiker. Diese Temperamentsformen disponieren zu bestimmten Krankheiten, so z. B. der Melancholiker mit seiner Neigung zu Schlaf- und Appetitstörungen, Skrupel, Depressionen, Angst und Überdruß. Diese Betrachtungsweise wurde in der Konstitutionsforschung dieses Jahrhunderts insbesondere durch Kretschmer und Sheldon wieder aufgenommen. Sie wurde dann durch eine immer differenziertere Betrachtung der Disposition¹⁵⁸ abgelöst.“¹⁵⁹

Auch Bräutigam und Christian schreiben: „Schon früh wurde in der psychosomatischen Heilkunde bestimmten Typen der Persönlichkeit eine Neigung zu bestimmten Krankheiten zugeordnet. Diesen leibseelischen Konstitutionen wurde zugleich eine Affinität zu bestimmten Krankheiten – zum Beispiel dem Sanguiniker zu Kreislaufkrankheiten, ... zugesprochen.“¹⁶⁰

Im Gegensatz zu Hippokrates unterscheidet Kretschmer „... zwischen dünnleibigen und schlankgliedrigen Leptosomen mit Tendenz zu schizoiden Zügen, Athletikern mit starkem Knochenbau und kräftiger Muskulatur mit visköser Temperamenteigenart, d. h. Langsamkeit und Schwere in der Entstehung affektiver Erregung, und den breitwüchsigen Pyknikern mit der Tendenz zur Stimmungslabilität und Zylothymie.“¹⁶¹

Im Kontrast zu diesen der Psychiatrie zugehörigen Einteilungen nimmt Dunbar¹⁶² eine ‚psychosomatische‘ vor und spricht z. B. von der Hochdruck- und Unfallpersönlichkeit.¹⁶³

¹⁵⁸ Disposition bedeutet „...Gewichtung dessen, was sich durch Anlage und Gewordensein als latente Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen herausgebildet hat.“ (Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124)

¹⁵⁹ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124

¹⁶⁰ Bräutigam & Christian 1981, S. 38

¹⁶¹ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124

¹⁶² auf die noch detaillierter eingegangen wird

Warum aber ist man von diesen Theoriekonstrukten immer wieder abgekommen? Die Antwort ist im statistischen Charakter und der Tatsache offensichtlicher Ausnahmen zu suchen: „Wegen ihres statistischen Charakters und der offensichtlichen Ausnahmen traten diese Konzepte im Laufe der letzten Jahrzehnte in den Hintergrund, wenn auch in abgewandelter Form eine gewisse Wiederbelebung festzustellen ist, z. B. das Typ-A-Verhalten bei den koronaren Herzerkrankungen oder auch die aufgrund ihrer frühkindlichen Erfahrungen zu Schmerzen disponierte Persönlichkeit (...), die von M. Engel (1959) beschrieben wurde.“¹⁶⁴

Auch das so genannte Alexithymiekonzept¹⁶⁵, das von einer psychosomatischen Struktur ausgeht „...“, die zu psychosomatischen Krankheiten disponieren soll, bei vorhandener Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und / oder darüber zu reden, ...“¹⁶⁶ wird bei Lamprecht innerhalb der Gruppe früherer Einteilungsmodelle aufgeführt.

Oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass Flanders Dunbar in die Reihe früherer Einteilungsmodelle eingeordnet werden kann.

Daneben zählt sie **jedoch auch** zu den Autoren, die Wesiack als der dualistischen Phase psychosomatischer Konzeptbildung im Rahmen psychoanalytischer Modelle angehörig einschätzt. „Die Autoren dieser Konzepte ... überlassen die Behandlung der Körpersymptome einem Organmediziner und versuchen mit sauberer psychoanalytischer Methodik das Krankheitsgeschehen von der psychischen Seite her zu erhellen und zu behandeln, indem sie methodisch sauber das tun, was die Heidelberger Schule Simultandiagnostik und Simultantherapie nennt.“¹⁶⁷

„F. Dunbar hatte ihre psychoanalytische Ausbildung in Europa erhalten und war dabei zur Erkenntnis gelangt, daß lebensgeschichtliche Einflüsse, vor allem die in der frühen Kindheit, entscheidend für die Ausprägung des Charakters sind, der ja dadurch gekennzeichnet ist, daß infolge einer bestimmten emotionalen und affektiven Struktur gefühlsmäßig stereotyp auf Reize aus der Umwelt reagiert wird. Sie stellte sich nun die Frage, ob nicht dadurch auch die körperliche Reaktionslage beeinflußt werde und damit die Anfälligkeit für bestimmte körperliche

¹⁶³ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124

¹⁶⁴ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124

¹⁶⁵ das innerhalb dieser Arbeit in die Reihe der psychoanalytischen Modelle eingereiht wird

¹⁶⁶ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 124

¹⁶⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 297

Erkrankungen.“¹⁶⁸ Bei ihren Untersuchungen kommt sie dabei zu dem Ergebnis, dass es zwischen dem Persönlichkeitstypus eines Menschen und bestimmten Erkrankungen eine Beziehung geben muss. Diese Beobachtungen veranlassen sie schließlich dazu, Persönlichkeitsprofile aufzustellen, die typisch für bestimmte Erkrankungen sein sollten.¹⁶⁹ Als Beispiel ihres Zuganges kann das Persönlichkeitsprofil des Angina-pectoris- und das des Herzinfarkt-Patienten angebracht werden: „Es sind zielbewußte und strebsame Persönlichkeiten, die sich besonders durch Beharrlichkeit auszeichnen. Sie besitzen in hohem Maße die Fähigkeit, spontane Aktionen zurückzustellen und ihr ganzes Handeln Fernzielen unterzuordnen. Ihr Leben ist ausgerichtet auf Leistung und Erfolg.“¹⁷⁰ Bei Dunbars Ansatz handelt es sich also um ein Persönlichkeitsspezifitätskonzept. „Mit Hilfe von Beobachtungen und klinischen Interviews beschreibt sie bestimmte Persönlichkeitstypen, bei denen gewisse Erkrankungen besonders häufig auftreten sollen: so etwa den typischen Koronarkranken als ausdauernd strebsame, erfolgsorientierte Person oder die typische impulsive, schlecht beherrschte Unfallpersönlichkeit.“¹⁷¹ Bräutigam und Christian bezeichnen Dunbars Denkansatz als charakterologisch orientierte Richtung und schreiben: „Die klassische psychosomatische Arbeit dieser charakterologischen Richtung stammt von der amerikanischen Ärztin Flanders Dunbar, die aus unmittelbarer klinischer Evidenz bei 80 % der Menschen, die wiederholt Unfälle hatten, ein charakteristisches Persönlichkeitsprofil der Unfallpersönlichkeit zeichnete: Dieses Persönlichkeitsprofil stellte Dunbar dann dem Bild der Persönlichkeiten gegenüber, die zu angiösen Beschwerden und zu Herzinfarkten neigten.“¹⁷²

Obwohl dieses Konzept bis heute zu finden ist und als Grundlage für den Versuch dient, etwa den typischen Migräniker oder Hypertoniker zu finden¹⁷³, waren die Beschreibungen derartiger Profile aber zu unbestimmt und von zu großer Allgemeinheit geprägt; ferner waren Art und Umfang der die Korrelation zwischen Persönlichkeitstyp und Erkrankung beeinflussenden Faktoren derart unüberblickbar, dass diese Art der Forschung keinen großen Erfolg versprach.¹⁷⁴ „Die Schwäche der charakterologisch orientierten Richtungen liegt vor allem in dem statistischen Charakter der erhobenen Merkmale, die gewöhnlich keine Verbindung zu lebensgeschichtlichen Entwicklungen und keinen Hinweis auf Anlage- oder Umweltbedingungen enthalten. Eine weitere Schwäche ist die, daß die Zuordnung eines solchen Persönlichkeitsmerkmals zu einer

¹⁶⁸ Wesiack in Loch 1998, S. 297

¹⁶⁹ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 297

¹⁷⁰ Dunbar 1954, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 298

¹⁷¹ Köhler 1995, S. 25

¹⁷² Bräutigam & Christian 1981, S. 39

¹⁷³ vgl. Köhler 1995, S. 25

¹⁷⁴ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 298

Krankheit noch nichts aussagt über seine Bedeutung für die Pathogenese. Keinesfalls darf aus der Häufung eines Merkmales bei einer Krankheitsgruppe auf eine ursächliche Beziehung geschlossen werden.“¹⁷⁵

Und schließlich ist zu den Richtungen charakterologisch orientierter Art zu sagen „..., daß sie auf deskriptiven Wegen mit Hilfe von Fragebögen (...), metrischen und projektiven Tests Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen suchen, die dann mit psychosomatischen Symptom- und Krankheitsgruppen in eine Beziehung gesetzt werden können. Die hier ermittelten Aussagen sind exakt, stehen aber außerhalb der Biographie und des Selbsterlebens des Patienten; sie bedürfen einer weiteren Interpretation im Rahmen umfassenderer psychosomatischer Theorien.“¹⁷⁶

¹⁷⁵ Bräutigam & Christian 1981, S. 39

¹⁷⁶ Bräutigam & Christian 1981, S. 40

1.4.2 Psychoanalytische Modelle

Bevor im Rahmen dieser Arbeit für die Psychosomatik klassische psychoanalytische Modelle dargestellt werden, müssen zunächst einige grundsätzliche Gedanken zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychosomatik angeführt werden. Wesiack schreibt, dass das Verhältnis zwischen psychosomatischer Medizin und Psychoanalyse nicht unproblematisch sei, weil „... die Psychoanalyse eine psychologische Theorie und Methode und daher zwangsläufig einseitig und reduktionistisch ist.“¹⁷⁷

„In der Medizin und natürlich auch in der psychosomatischen Medizin steht jedoch der Körper mit seinen psychologischen und pathologischen Strukturen und Prozessen im Zentrum des Geschehens“¹⁷⁸, wohingegen sich der Körper der psychoanalytischen Interpretationsmodelle entzieht.¹⁷⁹

Trotz dieses, nach Wesiack nicht unproblematischen Verhältnisses zwischen Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin, ist es historisch bedeutsam „...“, daß erst durch Freud eine Psychologie geschaffen wurde, die der Medizin einen Ansatzpunkt brachte, Krankhaftes zu verstehen und zu behandeln. Behauptet wird die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung für die Pathogenese, der Einfluß der sexuellen, aggressiven und überhaupt der emotionalen Faktoren auf das Seelenleben – um nur einige zu nennen.“¹⁸⁰

Um in die psychoanalytischen Theorien psychosomatischer Erkrankungen einzuführen, soll im folgenden Abschnitt kurz skizziert werden, welche Bedeutung der Psychoanalyse für die Psychosomatik grundsätzlich zukommt:

„1. Seelisches und leibliches Erleben wird im Rahmen einer zeitlichen Entwicklungsreihe verstanden (...). Diese Reihe setzt in der frühen Kindheit ein und reicht bis in die Adoleszenz. Sie durchläuft verschiedene Stufen, Krisenpunkte, an die eine Fixierung möglich ist und auf die hin später wieder ein Rückschritt erfolgen kann: Regression. Der Entwicklungsweg in der Kindheit ist verbunden mit einer Reifung bestimmter Triebe, die in verschiedenen Triebstufen leibseelischer Reifung erfolgt. Partialtriebe sind oral, anal, urethral, phallisch. Mit den Partialtrieben sind mehr

¹⁷⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 291

¹⁷⁸ Wesiack in Loch 1998, S. 291

¹⁷⁹ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 291

¹⁸⁰ Bräutigam & Christian 1981, S. 40

oder weniger eng verbunden bestimmte Körperzonen, z. B. der Magen-Darm-Trakt, Atemtrakt, Urogenitaltrakt, Motorik. Die mit den Partialtrieben gegebenen leiblichen und seelischen Entwicklungsstufen beinhalten bestimmte Organmodi und bestimmte Haltungen: die des Aufnehmens, der Ausscheidung, des Festhaltens, des Penetrierens und Zerstörens. Auch an diese Organmodi und seelische Haltungen kann eine Fixierung und auf sie hin kann eine Regression erfolgen.

2. Die Psychoanalyse gibt eine Hierarchie von seelischen Strukturen (topischer Gesichtspunkt, struktureller Gesichtspunkt). Dabei werden mehr oder weniger differenzierte leibnähere oder leibfernere Instanzen des Erlebens und Verhaltens gezeichnet: Primärprozeß – Sekundärprozeß; Unbewußtes – Vorbewußtes – Bewußtsein; Es – Ich – Über-Ich. In den verschiedenen Situationen des Lebens, den Zeiten der Harmonie oder der Krise, der gelungenen Leistung oder des Zusammenbruches überwiegen nun einmal die differenzierten und ein anderes Mal die elementaren Erlebnis- und Verhaltensstrukturen. Auch hier findet eine Progression im Sinne der Entwicklung einer differenzierten Leistung mit Intellektualisierung und Verbalisierung einerseits und einer Regression mit Somatisierungen statt. Aufbau und Abbau bedeuten hier Desexualisierung oder Resexualisierung, Desomatisierung und Resomatisierung, im speziellen Fall Sublimierung (d.h. intellektuelle und verbale, künstlerische Umsetzung triebhafter, vor allem sexueller Impulse) oder Konversion ins Körperliche.“¹⁸¹

¹⁸¹ Bräutigam & Christian 1981, S. 40 f

1.4.2.1 Das Konversionsmodell

„Als erstes psychodynamisches Konzept gilt der Psychoanalyse heute das der Konversion.“¹⁸²
Unter diesem Begriff kann man, kurz gefasst, folgenden Sachverhalt verstehen: „Die psychoanalytische Theorie psychophysiologischer Erkrankungen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den Spekulationen zu anderen Verhaltensstörungen. Die organische Störung wird als Produkt eines unbewußten emotionalen Konflikts angesehen, dessen Wurzeln in die frühe Kindheit zurückreichen.“¹⁸³

Ausführlicher geht Köhler auf dieses Konzept ein und schreibt, dass das Konversionsmodell 1895 von Freud in den Studien über die Hysterie entwickelt worden war und später im Rahmen der triebtheoretischen Umformulierungen der Psychoanalyse neu konzipiert wurde.¹⁸⁴ „Es erklärt das Zustandekommen gewisser körperlicher Symptome im Bereich des willkürlichen Nervensystems (etwa hysterische Lähmung) als Folge und Ausdruck intrapsychischer Konflikte. Kern des Konfliktes ist in aller Regel ein aus der ödipalen Phase der Libidoentwicklung herrührender Wunsch, dessen Vorstellung verdrängt werden muß und dessen begleitende psychische Energie zur Schaffung körperlicher Symptome verwendet wird (Konversion). Die Wahl der Symptome geschieht nicht zufällig, sondern diese verraten symbolisch die Art des zugrundeliegenden Konflikts, der durch die Ausbildung des Symptoms auch eine Lösung erfährt (...).“¹⁸⁵

Köhler bemerkt dazu, dass demnach im Symptom der symbolische Ausdruck eines psychischen Zustandes gesehen wird und dass das Konversionsmodell fälschlicherweise von vielen Fachleuten als alleiniges Konzept psychoanalytischer Natur für psychosomatische Störungen betrachtet wird, wohingegen Freud selbst dieses Modell auf die Konversionshysterie eingeschränkt hat, also für eine Art der Psychoneurosen reservierte.¹⁸⁶

Von der Konversionssymptomatik ist ferner die so genannte Aktualneurose – etwa die Angstneurose – abzugrenzen. Diese ist in der Regel auch durch vegetative Beschwerden charakterisiert und resultiert ohne Beteiligung psychischer Mechanismen aus einem unspezifischen Umschlag

¹⁸² Franke 1981, S. 34

¹⁸³ Birbaumer 1977, zitiert nach Franke 1981, S. 34

¹⁸⁴ vgl. Köhler 1995, S. 20

¹⁸⁵ Köhler 1995, S. 20

¹⁸⁶ vgl. Köhler 1995, S. 20

eines körperlichen Zustandes.¹⁸⁷ „Diese scharfe Trennung zwischen Psychoneurosen einerseits, die im Verhalten oder körperlichen Symptomen Ausdruck psychischer Tätigkeit sind, und andererseits den über unterschiedliche Mechanismen zu erklärenden, insbesondere nicht symbolisch zu interpretierenden vegetativen Neurosen im Sinne psychosomatischer Krankheiten, findet sich auch bei Alexander (1977) und im Konzept der französischen Psychosomatischen Schule (...).“¹⁸⁸

Auch Bräutigam und Christian bezeichnen das Modell der Konversion als erstes von der Psychoanalyse stammendes psychosomatisches Modell: „Klassisches Beispiel dafür war die hysterische Armlähmung, der hysterische Anfall, die hysterische Dysbasie (Gangstörung), die hysterische Anästhesie (Gefühlsstörung).“¹⁸⁹

In ihrer Erklärung der Konversion deklarieren die Autoren dabei die Willkürbewegung als Vorbild des psychoanalytischen Konversionsbegriffs: „Der zunächst in der Vorstellung ablaufende ideatorische Handlungsentwurf und die motorische Ausführung, wie sie im Zeigen, Deuten, Greifen oder im Faustschluß verwirklicht wird. Der klassische Konversionsbegriff der Psychoanalyse hat folgende Merkmale:

1. Charakteristisch für die hysterische Konversion ist ein ‚Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation‘ (...)¹⁹⁰.
2. Es kommt zu einer libidinösen Abfuhr, bei der unbewußte, verdrängte Vorstellungsenergie dadurch von der Bewußtwerdung abgehalten wird, daß sie in somatische Innervationsenergie umgewandelt wird.
3. Es bestehen körperliche Symptome, die symbolisch etwas ausdrücken, die (wie etwa der manifeste Trauminhalt) als Resultante unbewußter Phantasien (Triebrepräsentanzen) und verdrängender zensurierender Einwirkungen verstanden werden können, also einer sinnvollen Deutung zugänglich sind.
4. Die Störungen, die auftreten, betreffen den Bereich der Willkürmotorik, also den des animalischen, nicht des vegetativen Nervensystems, sowie die sensorischen Funktionen.
5. Mit der klassischen konversionshysterischen Symptomatik ist ein sexueller Konflikt, der auf der ödipalen Ebene liegt, verbunden.“¹⁹¹

¹⁸⁷ vgl. Köhler 1995, S. 20

¹⁸⁸ Köhler 1995, S. 20

¹⁸⁹ Bräutigam & Christian 1981, S. 41

¹⁹⁰ Freud 1941, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 41

¹⁹¹ Bräutigam & Christian 1981, S. 41 f

Verständlich erscheint auch Klußmanns Definition der Konversion, die für ihn körperliche Symptome beschreibt, die als Teil eines körperlich-symbolisierenden Ausdrucksgeschehens aufzufassen sind. Sie können sowohl als Ersatzbefriedigungen als auch als Kompromissbildungen verstanden werden; außerdem verschaffen sie teilweise eine Spannungsabfuhr.¹⁹²

Nach Klußmann entsteht ein Konversionssymptom, wenn:

- „1. Ein Triebwunsch mit einer inneren Norm in Konflikt gerät und zu einer ‚unverträglichen Vorstellung‘ führt, die
2. Aus dem Bewußtsein verdrängt werden muß und
3. Der Konflikt sexueller Natur ist.
4. Wird dieser Triebwunsch reaktualisiert und kann die psychische Bearbeitung (Unterdrückung und Verdrängung) nicht mehr aufrechterhalten werden, erfolgt eine Konversion, eine ‚Wendung in die somatische Innervation‘, die
5. In einem körperlichen Symptom resultiert. Das Symptom bringt den zugrundeliegenden Triebwunsch wie dessen Verbot in einem Kompromiß verschlüsselt symbolisch zum Ausdruck, hat also eine Kommunikationsfunktion und ist verstehbar. Psychische Energie wird im Symptom gebunden, hält die unverträgliche Vorstellung unbewußt zurück, erfordert aber zusätzliche Aufmerksamkeit und führt sekundär zu verstärkter libidinöser Besetzung – gleichzeitig also Befriedigungs- und Bestrafungscharakter.
6. Es gibt ein ‚somatisches Entgegenkommen‘ nach Freud: körperlicher Faktor für ‚Organwahl‘ (genetische Disposition, Überbeanspruchung, besondere Körpererfahrungen aufgrund frühkindlicher Erfahrungen).“¹⁹³

Im Gegensatz zu Freud hat Groddeck diesen Ansatz zusätzlich auf Organerkrankungen ausgeweitet und ist der Meinung, dass in ihnen symbolisch etwas repräsentiert wird, das dem Es entspringt.¹⁹⁴

„Damit wird der Konversionsbegriff auch auf innere Organe, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert sind, angewendet. Es wird ausgegangen von einer primären Erogenität aller Organe und Organsysteme durch die sexuelle Libido. Auch Konflikte prägenitaler Art können als Abwehr

¹⁹² vgl. Klußmann 1992, S. 38

¹⁹³ Klußmann 1992, S. 38

¹⁹⁴ vgl. Groddeck, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 42

ödipal-genitaler Konflikte eingesetzt werden oder dann direkt zu einer hysterischen Konversion führen, wenn man regressive Konversionen auf frühere Partialtriebstufen zuläßt. Hier interferiert jedoch der Konversionsbegriff mit anderen, später entwickelten psychoanalytischen Theorien. Die meisten psychosomatischen Forscher stimmen darin überein, daß der Konversionsbegriff als Erklärungsprinzip für psychosomatische Störungen nicht ausreicht: Die körperliche Symptomatik wird hier auf eine psychogenetische Ebene der bewußten oder unbewußten Organsprache reduziert, was den multikonditionalen Einflüssen nicht gerecht wird; die seelischen Einflußfaktoren sind vielfältiger und nicht auf neurotische Konfliktspannungen beschränkt.¹⁹⁵

Wesiack weist darauf hin, dass Konversionssymptome ubiquitär sind, weil man sie nicht nur als primäre Ausdrucksphänomene bei allen Hysterieformen findet, sondern weil sie auch bei allen primär organischen Erkrankungen als sekundäre Ausdrucksphänomene zu finden sind, weil innerhalb der zwischenmenschlichen Interaktion alles Symbol- und Ausdruckscharakter bekommt.¹⁹⁶

In diesem Zusammenhang macht er darauf aufmerksam, dass sich Groddeck als der so genannten spekulativen Phase psychosomatischer Konzeptbildung¹⁹⁷ verhaftet spekulativ verrannt hat¹⁹⁸: „Der Herzfehler pflegt von Liebe und ihren Verdrängungen, von Liebesschuld zu erzählen, das Magenleiden berichtet von dem tiefsten der Seele, denn den Sitz der Seele hat das Es in den Bauch verlegt, der Gebärmutterkrebs spricht von Sünden wider Mutterpflicht und von bereuter Wollust, die Syphilis von allzu strenger Geschlechtmoral des Es. Das Es entscheidet darüber ... ob beim Fallen der Knochen zerbrochen wird oder nicht.“¹⁹⁹

Und weiter fährt er fort, dass eben gerade diese spekulative Phase der Psychosomatik an zwei schwer wiegenden Mängeln methodischer Art krankt. Der erste Mangel beruht darauf „..., daß ein Denkmodell, nämlich das der hysterischen Konversion, das nur in einem bestimmten eng umgrenzten Wirklichkeitsbereich Gültigkeit hat, kritiklos auf alle Lebensbereiche übertragen

¹⁹⁵ Bräutigam & Christian 1981, S. 42

¹⁹⁶ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 296

¹⁹⁷ in dieser Phase „...orientiert (man sich, M. Hager) am Konversionsmodell und versucht körperliches Krankheitsgeschehen ausschließlich mit Hilfe des Konversionsmodells zu interpretieren.“ (Wesiack in Loch 1998, S. 295)

¹⁹⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 296

¹⁹⁹ Groddeck 1951, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 296

wird. Der andere, ..., besteht darin, daß ein Begriff, hier der des Es, so erweitert und überdehnt wird, daß er eigentlich mit dem des Lebens schlechthin übereinstimmt."²⁰⁰

Schließlich ergeht noch der Hinweis, dass der Konversionsbegriff innerhalb der Psychoanalyse inzwischen weiterentwickelt worden ist: „Rangell (1969) ... löst den Konversionsbegriff von dem der Hysterie und versteht unter Konversion ganz allgemein ‚eine Ableitung oder Verschiebung psychischer Energie von der Besetzung seelischer Prozesse zur Besetzung somatischer Innervationen‘.“²⁰¹

Danach ist nach Rangells Meinung das entscheidende Kriterium in der Konversionsdiskussion das Faktum, dass sie abgewehrte Triebwünsche ausdrückt.²⁰²

Wie bereits erwähnt wurde, findet man in der Literatur immer wieder die Abgrenzung der Konversionssymptomatik von den so genannten somatischen Äquivalenten: „Bereits beim Auf- und Ausbau der psychoanalytischen Neurosenlehre hat Freud beim Studium der Hysterie und der Angstneurose die grundverschiedene Entstehung von Körpersymptomen beschrieben, die bis in die Gegenwart hinein von der psychosomatischen Medizin übernommen wurde. Gemeint ist die Unterscheidung zwischen der Konversionssymptomatik und den psychischen Begleiterscheinungen psychophysischer Gesamtreaktionen, etwa beim Phänomen der Angst.“²⁰³

Beim Studium der Hysterie beschrieb Freud dabei die Konversion von Affekten in Symptome körperlicher Art und war der Meinung, dass durch die Umsetzung unerträglicher Vorstellungen ins Körperliche ihre schädliche Wirkung aufgelöst wird.²⁰⁴

Dabei gilt in Bezug auf die Organwahl:

„1. Hysterische Organsymptome können sich grundsätzlich in allen Organen abspielen, entsprechend der allgemeinen Erogenität aller Organe.“

²⁰⁰ Wesiack in Loch 1998, S. 296

²⁰¹ Rangell 1969, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 297

²⁰² vgl. Rangell, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 297

²⁰³ Wesiack in Loch 1998, S. 294

²⁰⁴ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 294

2. Zu einer Wahl (bei der Hysterie und allgemein bei allen Übertragungsneurosen), zu einer Festlegung der Symptomatologie an einem bestimmten Organ oder dessen Funktion, kommt es durch eine Fülle von Determinanten: Individuelle Fakten der Biographie, somatische wie psychische Traumen der ersten Lebensjahre, Eignung bestimmter Organe zur symbolischen Darstellung bestimmter psychischer Konflikte, Art des Abwehrmechanismus, Zeitpunkt und Stärke von Libidofixierungen und der sich daraus ergebenden Regression.“²⁰⁵

Beim Studium der Angstneurose hingegen entdeckte Freud ganz anders geartete körperliche Symptome, nämlich vasomotorische Störungen wie beispielsweise Tachykardien, Atmungsstörungen, Schwindelerscheinungen, Zittern und Schütteln, Schweißausbrüche, Heißhunger sowie Durchfälle und Parästhesien.²⁰⁶

„Er schreibt, daß sich die Psyche so verhalte, ‚als projiziere sie die Erregung nach außen‘ und ‚das Nervensystem reagiert gegen eine innere Erregungsquelle, wie in dem entsprechenden Affekt gegen eine analoge äußere‘.“²⁰⁷

Der Unterschied besteht also darin, dass das Symptom bei der Hysterie durch Konversion entsteht und der Repräsentant eines Erlebnisses ist, das ins Unbewusste verdrängt wurde, wohingegen die Symptomentstehung bei der Angstneurose durch Projektion der Angstquelle nach außen erklärt wird. Es kann aber auch sein, dass das Symptom im Bewusstsein überhaupt nicht vorhanden ist und einfach als somatisches Äquivalent eines psychischen Zustandes, der Angst, zu verstehen ist.²⁰⁸

Interessanterweise wird diese Unterscheidung zwischen Konversion und somatischem Äquivalent heute noch gemacht: „Diese Unterscheidung Freuds von Konversion und Äquivalent wurde später von anderen Psychosomatikern bis in die Gegenwart hinein übernommen. Franz Alexander spricht in diesem Zusammenhang von ‚Konversion‘ und ‚vegetativer bzw. Organneurose‘ und Thure von Uexküll von ‚Ausdrucks- und Bereitstellungskrankheiten‘.“²⁰⁹

²⁰⁵ Wesiack in Loch 1998, S. 295, zitiert nach Cremerius

²⁰⁶ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 295

²⁰⁷ Freud 1985, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 295

²⁰⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 295

²⁰⁹ Wesiack in Loch 1998, S. 295

Im Gegensatz zu Wesiack ist Weber von einer derartig eindeutigen Trennungsmöglichkeit von Konversion und funktionellen Symptomen nicht überzeugt; er vertritt die Meinung, dass lediglich die Bezeichnung eine unterschiedliche ist: „Reine Konversionssymptome, wie sogenannte ... hysterische Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen, sind heute seltener geworden als die ... »funktionellen Syndrome«. Dies weist auf zeitbedingte Änderungen im Bild psychogener Störungen hin, auf einen Wandel »von der Gebärde zur Beschwerde« (...) im Laufe dieses Jahrhunderts. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Stand der Medizin: sobald die Sprache der sogenannten hysterischen Konversionssymptome nichts Rätselhaftes mehr hatte, ..., wurden andere Ausdrucksformen für seelische Konflikte »gewählt«, d. h. sie stellten sich für das Individuum unbewußt ein. Dabei blieben die Grundkonflikte die gleichen. Man darf sich durch die Wandelbarkeit der Konversions- und funktionellen Symptome nicht täuschen lassen und glauben, es handle sich deshalb um belanglose »Modeerscheinungen«. Hinter den Symptomen stehen nämlich immer wieder die großen Konflikte des menschlichen Lebens, die durch alle Zeiten und gesellschaftlichen Veränderungen hindurch bestehen bleiben.“²¹⁰

Weber fährt fort und gibt eine Definition dessen, was man unter ‚funktionellen Symptomen‘ überhaupt zu verstehen hat: „Als funktionelle Störungen werden traditionsgemäß körperliche Syndrome und Symptome ohne pathologischen Organbefund bezeichnet, die Ausdruck seelischer Spannungen und Konflikte sind.“²¹¹

„Ein Teil der Symptome bei funktionellen Störungen läßt sich als »Bereitstellung« verstehen. Das heißt, der Organismus wird durch einen Affekt, z. B. Angst, Wut, sexuelle Erregung, für eine zugehörige Aktion, wie Flucht, Angriff, sexuelle Aktivität, bereitgestellt. Das bedeutet z. B. Tachykardie, Blutdrucksteigerung, Veränderungen der Magen-Darmsekretion und -Motilität, Der auslösende Affekt ist jedoch nicht bewußt (...). Seine vegetativen Begleiterscheinungen erscheinen daher »sinnlos«, sind aus dem Zusammenhang des seelischen Erlebens herausgerissen und werden als Ausdruck einer »körperlichen« Störung empfunden (...).“²¹²

Allerdings ist die eindeutige Einordnung funktioneller Symptome in Ausdrucks- oder Bereitstellungsvorgänge nicht einfach: „Man erfährt dabei, daß sich Ausdrucks- und Bereitstellungsvorgänge vielfach überlagern, dies schon beim normalen Affekt. Ein Anfall von präkordialem

²¹⁰ Weber 1984, S. 122

²¹¹ Weber 1984, S. 123

²¹² Weber 1984, S. 123

Druckgefühl und Brennen mit Todesangst ist zugleich Bereitstellung wie Konversion: am Anfang steht der Affekt oder ein Gemisch von Affekten, von Angst und Wut z. B. Diese lassen das Herz schneller klopfen; soweit ist der Vorgang als Bereitstellung verständlich. Nun wirkt sich die Abwehr aus: aus unbewußten Gründen kann der Patient nicht merken, was ihn eigentlich wütend macht und weshalb er Angst hat (...). Es kommt zur Verschiebung des Affektes, in diesem Fall in Richtung auf das Herz. Die Phantasie »ich sterbe an einem Herzinfarkt« setzt sich an Stelle der ursprünglichen Angst. Das heftige Herzklopfen wird also als Symptom einer bedrohlichen Herzkrankheit empfunden. Die Angst, unmittelbar vor dem Herztod zu stehen, beschleunigt das Herzklopfen und bewirkt heftige Mißempfindungen in der Herzgegend. So drückt sich der Gedanke »ich sterbe an einem Herzinfarkt« körperlich aus, und insofern handelt es sich um Konversion.“²¹³

Weil der Begriff der Konversion auch in der aktuellen Klassifizierung existiert, soll abschließend dargestellt werden, was heute unter diesem Begriff verstanden wird. Bei den so genannten ‚dissoziativen Störungen‘ (Konversionsstörungen) handelt es sich „... um Krankheitsbilder, bei denen es zu einer teilweisen oder vollständigen **Entkoppelung von seelischen und körperlichen Funktionen (Dissoziation)** kommt. Hauptmerkmal sind psychogen entstandene, organisch anmutende Körpersymptome (häufig scheinbar neurologische, seltener vegetative oder endokrine Symptome). Betrifft die Dissoziation das Bewußtsein der eigenen Identität, resultieren Störungen wie die multiple Persönlichkeitsstörung. Bei Desintegration des Gedächtnisses können wichtige persönliche Ereignisse nicht mehr erinnert werden (dissoziative Amnesie).“²¹⁴

Unter ‚Dissoziation‘ versteht man also schlicht eine Entkoppelung seelischer und körperlicher Bereiche. „Bei einigen Störungen kommt es zu einer Veränderung oder zum Verlust körperlicher Funktionen, so daß der Eindruck einer körperlichen Erkrankung entsteht. Für diesen Vorgang wird nach psychoanalytischer Theorie meist der Begriff **Konversion** verwendet. Darunter ist ein Vorgang zu verstehen, bei dem ein seelischer Konflikt so in körperliche Symptome umgesetzt (konvertiert) wird, daß die Symptome den Konflikt in symbolischer Form zum Ausdruck bringen und die Psyche dadurch zugleich Entlastung von einer inneren Anspannung erfährt. Das hat dazu geführt, daß die meisten dieser Störungen auch unter dem Begriff **Konversionsstörungen** klassifiziert werden können.“²¹⁵

²¹³ Weber 1984, S. 124

²¹⁴ Deister in Möller und andere 2001 b, S. 242

²¹⁵ Deister in Möller und andere 2001b, S. 242

In der ICD-10-Klassifikation werden derartige Phänomene unter den Begrifflichkeiten ‚dissoziative Störungen, Konversionsstörung‘ geführt, wohingegen nach DSM-IV durchaus zwischen Konversionsstörungen und dissoziativen Störungsbildern unterschieden wird. Ferner ist zu beachten, dass gerade durch diese unterschiedliche Klassifizierung sichere Zahlen über das Ausmaß der Erkrankung fehlen.²¹⁶ „Die Häufigkeit **dissoziativer Störungen der Bewegungen und der Sinnesempfindungen (Konversionsstörungen)** ist stark von kulturellen Faktoren abhängig. In einigen Studien ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von etwa 0,5% in der Bevölkerung. Im Konsiliardienst eines Allgemeinkrankenhauses fanden sich diese Störungen bei 4% der untersuchten Patienten. Alle Altersgruppen können betroffen sein, der Häufigkeitsgipfel liegt jedoch zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Bei einigen Formen dieser Störung sind Frauen scheinbar häufiger betroffen als Männer.“²¹⁷

Interessant erscheint, dass die Psychoanalyse zur Herleitung der Ätiopathogenese auch heute noch mit großer Dominanz herangezogen wird, was auf die unverminderte Aktualität psychoanalytischen Vorgehens hindeutet: „Ausgangspunkt der Modellvorstellungen ist das Vorhandensein unerfüllter Triebwünsche, die zwar in das Unbewußte verdrängt wurden, deren Dynamik aber trotzdem erhalten bleibt und sich schließlich in unterschiedlichen Konversionssymptomen äußern kann. Innerseelische Konflikte werden somit quasi in eine Körpersprache übersetzt. Dadurch besteht häufig ein sehr deutlicher **Ausdrucks- und Symbolcharakter** der Symptomatik. Demnach könnte das Konversionssyndrom Blindheit ausdrücken, dass der Patient für die zugrunde liegende Situation blind ist und sich nicht mehr sehen kann oder will. Eine Lähmung der Beine kann in diesem Sinn als Unfähigkeit zur Flucht interpretiert werden, oder ausdrücken, daß es nicht mehr weitergeht.“²¹⁸

Es gibt also einige Überschneidungen zwischen der ‚klassischen‘ Sichtweise der Konversion innerhalb der Psychoanalyse und dem neueren Verständnis dieser Symptome. Auffällig ist hingegen die Erweiterung auch auf andere Konfliktsituationen, die außerhalb der ursprünglichen Vermutung liegen, es handle sich um sexuelle Konflikte, die Grund für das Konversionsgeschehen sind. Das Verständnis der Konversionsentstehung kann aber auch noch anders erweitert werden: Durch die Verbannung bestimmter Dinge ins Unterbewusste kann trotz der Konversionssymptome eine deutliche Entlastung erfahren werden, man nennt dies dann den

²¹⁶ vgl. Deister in Möller und andere 2001 b, S. 243

²¹⁷ Deister in Möller und andere 2001 b, S. 243

²¹⁸ Deister in Möller und andere 2001 b, S. 244

„primären Krankheitsgewinn“. Dieser wird durch den „sekundären Krankheitsgewinn“ ergänzt, der beispielsweise in umfassender Zuwendung zum Patienten besteht.²¹⁹

Die genannten Störungsbilder sind grundsätzlich psychogener Art, eine körperliche Störung kann also immer ausgeschlossen werden. Neben den aus der Neurologie bekannten Symptomen (z. B. Gangstörung), den Identitäts-, Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen, dem psychogen bedingten plötzlichen Verlassen der vertrauten Umgebung als Belastungsreaktion und dem ebenfalls psychogen bedingten Stupor (Reaktionsverlust auf Reize wie Licht oder Berührung) ist schließlich die Depersonalisationsstörung und die Derealisation den dissoziativen Störungen zuzuordnen. Dabei wird der eigene Körper und die eigene Person verändert wahrgenommen (Depersonalisation), dies gilt teilweise auch für die Umgebung des Patienten (Derealisation). Insgesamt steht eine Belastung im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der Konversion.²²⁰

²¹⁹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 b, S. 244

²²⁰ vgl. Deister in Möller und andere 2001 b, S. 245 ff

1.4.2.2 Theorie der De- und Resomatisierung nach Schur

Eine weitere psychoanalytische Theorie psychosomatischer Erkrankungen ist die der De- und Resomatisierung nach Schur. Dabei wird hier grundsätzlich der normale Gang der Reifung und Entwicklung als Desomatisierung verstanden.²²¹

„In der Säuglings- und Kleinkindphase ist z. B. eine Angstreaktion von einem globalen Bewegungsansturm begleitet. Die erste Ausreifung des Nervensystems und die Überwindung der primärprozeßhaften Vorstellungswelt (direkte Erregungsabfuhr, magisches Denken, Verdichtung und Austauschbarkeit der Objekte) führt zu einer realitätsgerechten Verarbeitungsform. Während dieser Entwicklungsschritte kommt es zum Zerreißen des psychophysischen Simultangeschehens (Mitscherlich) und mit Ausbildung der Ich-Funktionen (...) zu einer fortschreitenden Desomatisierung.“²²²

Die Psychoanalyse geht sowohl im leiblichen als auch im seelischen Verhalten sowohl von einem Aufbau, aber auch von einem Rückschritt aus, der sich zwischen leibnäheren unbewussten Elementarstufen und differenzierteren bewussten Leistungen der Vorstellung und Wahrnehmung bewegt. „Außerdem beschreibt sie eine zeitliche Progression und Regression, eine phasenspezifische funktionelle Entwicklung und wieder einen Rückschritt auf frühere z. B. frühkindliche Erlebnisweisen.“²²³ Diesen Gedanken als Basis verwendend hat Schur „... die psychosomatische Symptombildung als eine topische und genetische, d. h. örtliche und zeitliche Regression beschrieben, wobei körperliche Krankheiten in einem Entwicklungsmodell körperlicher und seelischer Leistungen beschrieben werden.“²²⁴

Wie bereits erwähnt beantwortet das Kind „... Angstsituationen zunächst mit einem globalen Bewegungsturm, eine Tendenz, die auch später immer wieder durchschlagen kann. Im Laufe der Entwicklung und Reifung werden Schmerz und Angst im Erleben verinnerlicht, in Empfindungen, Vorstellungen, Gedanken und schließlich in der Sprache bearbeitet. ... Die Überwindung diffuser Entladungsphänomene somatischer Art ist als ein Entwicklungsprozeß mit Desomatisierung zu beschreiben. Damit verbunden ist die psychoanalytische Unterscheidung des Überganges von Primärprozessen (direkte Abfuhr unbewußter Triebbedürfnisse, Austauschbarkeit der Objekte,

²²¹ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 125

²²² Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 125

²²³ Bräutigam & Christian 1981, S. 42

²²⁴ vgl. Schur, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 42

leichte Verdichtung und Verschiebung im Rahmen libidinöser Abfuhr) und die Entwicklung von Sekundärprozessen (die Energie ist stärker an bestimmte Objekte gebunden, Befriedigung kann aufgeschoben werden, Denken und Sprechen mit realitätsangepaßten Lösungen ist möglich). Im Laufe der frühkindlichen Entwicklung kommt es im Rahmen der Desomatisierung zu einer Neutralisierung von sexueller Libido und Aggressivität, die zu Ich-gerechten, an die Realität angepaßten Leistungen verwendet wird.²²⁵

Allerdings kann es nun demgegenüber im Rahmen einer psychosomatischen regressiven Symptombildung erneut zum Libido- und Aggressionsdurchbruch kommen. Zu einer Resomatisierung kommt es dann leicht, wenn die Ich-Funktionen eingeschränkt sind und prägenitale Bedürfnisse überwiegen. Insbesondere jene Menschen scheinen hiervon betroffen zu sein, die in größerer Zahl frühe Traumen durchleben mussten und die zusätzlich durch eingeschränkte Ich-Funktionen charakterisiert sind. Die Organwahl wird bestimmt durch Erbanlage und frühkindliche Traummen.²²⁶

²²⁵ Bräutigam & Christian 1981, S. 43

²²⁶ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 43

1.4.2.3 Theorie der zweiphasigen Verdrängung nach Mitscherlich

Beim Entwurf seiner Theorie der zweiphasigen Verdrängung geht Mitscherlich „... von der Beobachtung aus, daß sich in der schweren Krise einer körperlichen Krankheit ein Teil der Neurose verändern, ja untergehen kann. Schwere neurotische Fehlhaltungen treten in der psychosomatischen Krankheit, im Bewußtsein und im manifesten Verhalten zurück – ein Weg, der bei der Psychotherapie dieser Störungen u. U. rückgängig zu machen ist und im Laufe der Behandlung zu einer Aktualisierung der neurotischen Konfliktlage führen muß.“²²⁷

Mitscherlichs psychoanalytische Theorie, die über reine Spekulationen hinausgeht, beschreibt konkret folgenden Sachverhalt: „Während die meisten Psychoanalytiker davon ausgehen, daß es sich bei psychosomatischer Störung und Neurose um zwei genuin andere Arten von Krankheiten handelt, sieht Mitscherlich diese beiden Erkrankungsformen gleichsam auf einem Kontinuum angeordnet.“²²⁸ Danach „... kann es in einer Konfliktsituation, wenn die psychischen Abwehrmechanismen versagen (Phase I), zu einer Entschärfung des konflikterregenden Affektes dadurch kommen, daß er im Symptom (Phase II – Resomatisierung) ersatzhaft befriedigt wird. Die Handlungsmöglichkeiten des Ichs sind eingeschränkt, die Aufmerksamkeit hat sich parallel dazu vom Konflikt auf das neue Körpersymptom verlagert. Auslösend (für das Körpersymptom, M. Hager) ist häufig ein phantasierter oder realer Objektverlust.“²²⁹ Das bedeutet, dass es innerhalb der ersten Phase, der Phase der Verdrängung von Traumata und Konflikten, zu einer neurotischen Symptombildung kommt. Körperliche Vorgänge der Abwehr treten erst dann auf, wenn diese Abwehrversuche nicht mehr genügen. „Eine psychoneurotische Fehlentwicklung ist für Mitscherlich »unerläßliche Vorbedingung«²³⁰ für das Entstehen einer psychosomatischen Erkrankung. Ein zweiter ... voraussetzender Faktor ist die »Einwirkung erbgenetischer Momente«²³¹ „²³²

Ferner sind für die Genese psychosomatischer Erkrankungen nach Mitscherlich sowohl die Regression im Sinne der Resomatisierung der Affekte sowie die Stimmung der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit wesentlich.²³³

²²⁷ Bräutigam & Christian 1981, S. 43 f

²²⁸ Franke 1981, S. 35

²²⁹ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 125

²³⁰ Mitscherlich 1967, zitiert nach Franke 1981, S. 35

²³¹ Mitscherlich 1967, zitiert nach Franke 1981, S. 35

²³² Franke 1981, S. 35

²³³ vgl. Mitscherlich 1961, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 301

Von ‚zweiphasiger Verdrängung‘ wird also deshalb gesprochen, weil in einer ersten Phase der erfolglose Versuch unternommen wurde, eine sich chronifizierende Krise mittels Verdrängung und neurotischer Symptombildung zu bewältigen, während dann in einer zweiten Phase eine Verschiebung in die Dynamik körperlicher Vorgänge der Abwehr stattfindet.²³⁴

Dieser Meinung ist auch Klußmann, der Mitscherlich in gängiger Weise interpretiert und darauf hinweist, dass in einer ersten Phase der Verdrängung psychische Abwehrkräfte mit neurotischer Symptombildung um den Preis der Ich-Einengung mobilisiert werden. Eine zweite Phase der Verdrängung wird dann eingeleitet, wenn die Belastung anhält, hier findet dann eine Verdrängung und Verschiebung in körperliche Symptome statt.²³⁵

Psychosomatische Symptombildung kann in Anlehnung an Wesiack also folgendermaßen formuliert werden: „Aus methodischen und erkenntnistheoretischen Gründen können wir an der psychophysischen Totalität des Menschen eine somatische und eine psychische Organisation unterscheiden, Das Ziel beider Organisationskerne ist die Homöostase. Durch spezifische Reizsituationen sowohl aus dem innerseelischen Raum wie aus dem Raum der sozialen Mit- und Umwelt wird diese Homöostase bedroht. Werden im psychischen Bereich diese Reizsituationen nicht bewältigt, bekommen sie Konfliktcharakter und lösen neurotische Abwehrmechanismen und Fehlanpassungen aus. Werden diese hochdifferenzierten Abwehrmechanismen überfordert, kommt es zur Regression auf niedrige Funktionskreise (Bereitstellung), wobei die Regulationsysteme höherer Ordnung auseinanderbrechen und undifferenzierte Formen der Abwehr in Erscheinung treten lassen. Bei der Entstehung psychosomatischer Symptombildung spielt darüber hinaus wohl immer ein mehr oder weniger großes somatisches Entgegenkommen eine wichtige Rolle.“²³⁶

Festzuhalten bleibt ferner, dass Mitscherlich sein Konzept in Beziehung zu Schurs regressiver Resomatisierung setzt und sagt, dass ein realer oder phantasierter Objektverlust auslösend für eine psychosomatische Erkrankung sei, weil dieser zu einer Ich-Verarmung führe. „An die Stelle der äußeren Objekte treten archaische innere Objekte.“²³⁷

²³⁴ vgl. Mitscherlich 1953, 1954, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 44

²³⁵ vgl. Klußmann 1992, S. 43

²³⁶ Wesiack in Loch 1998, S. 302

²³⁷ Bräutigam & Christian 1981, S. 44

Festzuhalten bleibt auch, dass Mitscherlich im Gegensatz zu anderen Theoretikern aus dem Feld der Psychoanalyse die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren innerhalb der Krankheitsätiologie betont²³⁸, ohne ihnen eine kausale Ursache zu unterstellen.²³⁹

„Sie stellen vielmehr einen Faktor dar, der geeignet ist, beim Individuum Angst auszulösen – und diese Angst führt dann zu den beschriebenen psychodynamischen Reaktionen.“²⁴⁰

²³⁸ vgl. Franke 1981, S. 35

²³⁹ vgl. Franke 1981, S. 37

²⁴⁰ Franke 1981, S. 37

1.4.2.4 Die Spezifitätshypothese nach Alexander

Die Theorie Franz Alexanders ist unumgänglich, wenn man sich mit psychosomatischen Erkrankungen beschäftigt. „Alexander, der sozusagen das erste Lehrbuch der neuen Wissenschaft schrieb, erkannte folgende Krankheiten als ‚psychosomatisch‘ an: Herzunregelmäßigkeiten (Tachykardie), Ohnmachtsanfälle, ...“²⁴¹ Das zentrale Thema seines Werkes „Psychosomatische Medizin“ aus dem Jahre 1951 „... ist das Aufzeigen der leib-seelischen Wechselwirkungen mit dem Versuch, den Dualismus zwischen Soma und Psyche endgültig zu überwinden.“²⁴² Als Beispiel für seinen Standpunkt lässt sich eine Äußerung Alexanders zur Tuberkulose anführen. Er sagt: „Wir können uns nicht mehr damit begnügen, zu sagen, daß die Tuberkulose durch Exposition gegen den Kochschen Bazillus verursacht wird, sondern müssen anerkennen, daß das Phänomen der spezifischen und unspezifischen Immunität, der Widerstand des Organismus gegen die Infektion, einen komplexen Charakter hat und zum mindesten Teil von emotionalen Faktoren abhängt. Dementsprechend ist die Tuberkulose eine psychosomatische Krankheit.“²⁴³ Bevor seine Theorie näher beleuchtet wird, soll er selbst noch einmal zu Wort kommen, indem darauf verwiesen wird, dass er konsequenterweise aber auch betont, dass eine rein psychogene Erklärung einer Krankheit nicht zulässig ist, weil emotionale Faktoren, etwa bei Ulcuspatienten, auch bei Menschen vorkommen, die diese Krankheit nicht haben.²⁴⁴

Faktoren, die bei der Entstehung von Krankheiten von ätiologischer Bedeutung sein können, sind seiner Meinung nach folgende:

- „a – Erbanlage
- b – Geburtstraumen
- c – organische Krankheiten der frühen Kindheit, die die Anfälligkeit gewisser Organe erhöhen
- d – Art der Säuglingspflege und Kleinkindererziehung (...)
- e – akzidentelle physikalische traumatische Erlebnisse der frühen und späteren Kindheit
- g – akzidentelle emotionale traumatische Erlebnisse der frühen und späteren Kindheit
- h – seelisches Familienklima und spezifische Persönlichkeitszüge von Eltern und Geschwistern
- i – spätere physische Verletzungen
- j – spätere emotionale Erlebnisse bei nahegehenden persönl. und beruflichen Beziehungen.“²⁴⁵

²⁴¹ Alexander 1951, zitiert nach Bittner 1996 b, S. 34

²⁴² Alexander, F. 1985, S. V., Vorwort zur vierten Auflage von M. Stauber aus dem Jahre 1984

²⁴³ Alexander 1985, S. 30

²⁴⁴ vgl. Alexander 1985, S. 30

²⁴⁵ Alexander 1985, S. 30 f

Dazu bemerkt er, dass diese Faktoren jeweils zu unterschiedlichen Anteilen bei sämtlichen Krankheiten von ätiologischer Bedeutung sind. „Vom psychosomatischen Gesichtspunkt aus sind die Faktoren d, g, h und j den anderen Faktoren hinzugefügt worden, denen von der Medizin schon seit langem Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Nur die Einbeziehung aller dieser Kategorien und ihrer Wechselwirkungen kann ein vollständiges ätiologisches Bild abgeben.“²⁴⁶ Nach diesen einführenden Gedanken von Alexander selbst soll nun seine Theorie psychosomatischer Erkrankungen dargestellt werden. „Diese bis heute immer noch am besten ausgearbeitete und geschlossenste Theorie psychosomatischer Krankheiten geht davon aus, daß jeder psychosomatischen Störung, wie auch den Neurosen, ein weitgehend unbewußter emotionaler Konflikt zugrundeliegt, der im Widerstreit von zwei Bedürfnissen oder von einem Bedürfnis und Verboten liegt.“²⁴⁷

Während die bislang genannten psychosomatischen Theorien „... von differenzierten psychologischen Konstruktionen ausgingen, dabei das Leibliche auf der psychologischen Ebene behandelten (Konversion, Regression, Resomatisierung, usw.), wird durch Alexander 1951 erstmals eine Theorie vorgelegt, in der differenzierte psychologische Hypothesen mit einer ebenso differenzierten Betrachtung physiologischer und pathologischer Körpervorgänge verbunden werden.“²⁴⁸

Dabei trennt Alexander „... scharf zwischen dem Konversionssymptom und der zur Organerkrankung führenden vegetativen Neurose und definiert den Unterschied folgendermaßen: ‚Ein Konversionssymptom ist ein symbolischer Ausdruck eines emotional geladenen psychischen Inhalts: Es ist der Versuch, die emotionale Spannung zu entladen. Es spielt sich daher in den willkürlichen neuromuskulären oder den sensorisch-perzeptiven Systemen ab, deren primäre Funktion es ist, emotionale Spannungen auszudrücken und abzuführen. Eine vegetative Neurose bedeutet nicht einen Versuch, eine Emotion zum Ausdruck zu bringen, sondern ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Zustände‘.“²⁴⁹

Auch Köhler, der vom Widerstreit von zwei Bedürfnissen oder von einem Bedürfnis und Verboten als ‚Grundlage‘ psychosomatischer Störungen spricht, will diese Unterscheidung zwischen Neu-

²⁴⁶ Alexander 1985, S. 31

²⁴⁷ Köhler 1995, S. 21

²⁴⁸ Bräutigam & Christian 1981, S. 46

²⁴⁹ Alexander zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 298 f

rosen und psychosomatischen Erkrankungen betonen: „Wichtig ist dabei, daß dem Bedürfnis nicht nachgegeben wird. Im Bereich der Neurose wird dann die blockierte Bedürfnishandlung auf der Ebene der Phantasie ausgeführt, im Bereich vegetativer (psychosomatischer) Störungen hingegen findet gar keine Handlung statt. Dies führt in der Folge dazu, daß die nicht abge-lassene Spannung chronische Veränderungen vegetativer Art auslöst, wobei die Art der nicht ausgeführten Bedürfnisse die Form der Veränderung bestimmt.“²⁵⁰

Die Aussage von Alexanders Konfliktspezifitätshypothese besagt also, „..., daß jede emotionale Spannung begleitet ist von einer bestimmten physiologischen Reaktion und somit jedem psychosomatischen Symptom eine spezifische Konfliktkonfiguration zuzuordnen ist.“²⁵¹

Grundsätzlich gibt es in Alexanders Theorie zwei Grundhaltungen, mit denen je spezifische Krankheiten korrelieren: Einmal wäre das die Grundhaltung des kämpferischen Einsatzes. Es entwickeln sich spezifische Symptome, wenn die Abfuhr aggressiver und feindseliger Antriebe, nämlich Kampf oder Flucht, blockiert und im Oberflächenverhalten vermisst wird. Die andere Grundhaltung ist die des Rückzuges mit Reaktionen, die sich entwickeln, wenn die abhängigen und Hilfe suchenden Strebungen blockiert sind.²⁵²

„Immer dann, wenn die Ausdrucksmöglichkeit von Konkurrenz-, Aggressions- und Feindseligkeitshaltungen im Willkürverhalten gehemmt sei, gerate das sympathische, adrenergische System in einen Dauererregungszustand. Die vegetativen Symptome entsprängen aus der festgehaltenen sympathischen Erregung, die andauere, weil der Vollzug der Kampf- oder Fluchtreaktion nicht auf dem Gebiet koordinierten Willkürverhaltens stattfindet. Dies wird von Alexander anschaulich gemacht durch den an essentiellen Hochdruck leidenden Kranken, der in seiner Oberflächenstruktur aggressionsgehemmt und beherrscht erscheint.“²⁵³ Und weiter: „Eine weitere Gruppe von neurotischen Personen reagiert auf die sich ergebende Notwendigkeit konzentrierter Selbsterhaltungsanstrengungen mit einem gefühlsmäßigen Sichzurückziehen vor der Handlung in einen Abhängigkeitszustand. Statt der rauhen Wirklichkeit ins Auge zu sehen, ist es ihre erste Regung, sich hilflos umzukehren, wie sie es taten, als sie hilflose Kinder waren.“²⁵⁴

²⁵⁰ Köhler 1995, S. 21

²⁵¹ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 125

²⁵² vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 48

²⁵³ Bräutigam & Christian 1981, S. 47

²⁵⁴ Bräutigam & Christian 1981, S. 47

Alexander schlussfolgert somit, dass beispielsweise bei aggressiven Akten das sympathische Nervensystem permanent erregt ist, was z. B. bei Bluthochdruckpatienten zu beobachten ist.²⁵⁵

„Seien es hingegen mehr passiv-regressive Wünsche nach Umsorgt- und Behütetsein, die blockiert würden, so komme es vornehmlich zur parasympathischen Erregung mit der Folge von *Ulcus pepticum*, *Colitis ulcerosa* oder *Asthma*.“²⁵⁶

Schließlich bleibt noch einmal darauf hinzuweisen, wie es sich mit der Organwahl verhält. Dazu sagt Wesiack: „Die Frage nach der Organwahl, also danach, warum die vegetative Neurose einmal zu einem Magengeschwür, dann wieder zu einer *Colitis* oder zu *Asthma* ... führt, beantwortet er einerseits mit der Annahme eines der vegetativen Neurose zugrundeliegenden und sie in Gang haltenden spezifischen Konfliktes.“²⁵⁷

Außerdem ist man bestrebt gewesen, ein Spezifitätsmuster für jede Krankheit zu erstellen. Aber auch ätiologische Faktoren, wie etwa die Art der Säuglingspflege, traumatische Kindheits-erlebnisse oder seelisches Familienklima bleiben bei Alexander nicht unberücksichtigt.²⁵⁸ Also muss „... die Spezifität ... in der Konfliktsituation gesucht werden, in der die verschiedenen Faktoren in Erscheinung treten. Feindseligkeit kann sich durch körperlichen Angriff ausdrücken, sei es auf dem Wege über die Extremitätenmuskulatur oder durch Besudeln, Anspeien usw. oder aber durch Beschimpfungen, Vernichtungsphantasien oder andere weniger direkte Angriffsarten. Die physiologischen Reaktionen werden in entsprechender Weise verschieden sein. Der beim vegetativen Rückzug gefundene Wunsch, umhert und umsorgt zu werden, kann in Erscheinung treten als Wunsch, gefüttert, gestreichelt, umhergetragen, versorgt, gelobt, ermutigt zu werden oder in jeder beliebigen sonstigen Weise Hilfe von anderen zu empfangen. Wie bei der Besprechung der verschiedenen vegetativen Störungen im einzelnen gezeigt werden wird, entscheiden die psychologischen Inhalte gemeinsam mit der dynamischen Konfiguration dieser motivierenden Kräfte über die physiologischen Funktionen, die einer Aktivierung oder Hemmung unterworfen werden.“²⁵⁹

²⁵⁵ vgl. Alexander 1977, zitiert nach Köhler 1995, S. 21

²⁵⁶ Köhler 1995, S. 21

²⁵⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 299

²⁵⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 299 f

²⁵⁹ Alexander 1951, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 48

Um Alexanders Theorie zusammenzufassen, kann man ihn selbst wieder zu Wort kommen lassen: „Jede Neurose besteht gewissermaßen in einem Rückzug vor der Handlung, in dem Unterschieben autoplastischer Prozesse für das Handeln (Freud). Bei Psychoneurosen ohne somatische Symptome werden motorische Tätigkeiten durch psychologische Tätigkeiten ersetzt, durch das Handeln in der Phantasie anstelle vom wirklichen Handeln. Jede neurotische Störung vegetativer Funktionen besteht hingegen in einer Störung der Arbeitsteilung innerhalb des Nervensystems. In diesen Fällen wird die nach außen gerichtete Handlung unterlassen und die nicht abgeführte emotionale Spannung ruft chronische innere vegetative Veränderungen hervor.“²⁶⁰

²⁶⁰ Alexander 1985, S. 41

1.4.2.5 Die psychosomatische Struktur – die „pensée opératoire“ und die Alexithymie

„Wohl alle von der Psychoanalyse ausgehenden Psychosomatiker stimmen darüber überein, daß wir die primären Schädigungen, die zu schweren Psychosomatosen (...) geführt haben, in den sehr frühen Stadien der Ich-Entwicklung und Objektfindung suchen müssen. Aufmerksamen Beobachtern war nicht entgangen, daß man bei diesen Patienten auf eine merkwürdige Armut an Phantasie stößt, ... die ... die französische psychosomatische Schule, ..., als ‚pensée opératoire‘ beschrieben (hat, M. Hager).“²⁶¹

Der hier eingeführte Begriff der ‚pensée opératoire‘ wird also von der Pariser Psychosomatischen Schule im Rahmen der Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Menschen entwickelt und im Jahre 1962 zum ersten Mal einem breiteren Publikum anlässlich eines Psychoanalytikerkongresses vorgestellt.²⁶²

Unter diesem Begriff versteht man „... ein stets am Konkreten und Aktuellen verhaftetes, primär prozeßhaftes archaisches Denken...“²⁶³

Nach Franke handelt es sich dabei um ein so genanntes ‚heterogenes Modell‘, das von homogenen Theorien abzugrenzen ist: „Homogene Theorien sind ... all jene, die die psychosomatische Störung als Konversionsphänomen betrachten, als Ausdruck von unbewußten Konflikten und Phantasien. Demgegenüber setzen die heterogenen Modelle eher am Freudschen Konzept der Aktualneurose an. Das psychosomatische Symptom hat keinen direkten Zusammenhang mit dem psychischen Konflikt. Es ist vielmehr Ausdruck einer chronisch erhöhten Spannung, die unter bestimmten Frustrationsbedingungen nicht psychisch verarbeitet, sondern in unspezifischen körperlichen Reaktionen abgeleitet wird.“²⁶⁴

Ein eng damit verknüpft Phänomen beschreibt der etwas später von Nemiah und Sifneos entwickelte Begriff der Alexithymie. „Diese unglückliche Wortkonstruktion bedeutet soviel wie Unfähigkeit, die eigenen Gefühle wahrzunehmen oder auszudrücken. Personen mit Alexithymie bzw. pensée opératoire sind charakterisiert durch automatistisch-mechanistisches Denken, eine verarmte Phantasiewelt (...), Unfähigkeit zur Äußerung von Gefühlen (...), mangelnde Ausbildung

²⁶¹ Wesiack in Loch 1998, S. 302

²⁶² vgl. Köhler 1995, S. 22

²⁶³ vgl. Stephanos 1981, zitiert nach Köhler 1995, S. 22

²⁶⁴ Franke 1981, S. 37

von Übertragung und Gegenübertragung in der analytischen Sitzung (...).²⁶⁵ Weil die Beziehungen von psychosomatischen Erkrankungen und Alexithymie beziehungsweise pensée opératoire von vielen Autoren für so eng gehalten werden, kann man im Falle ihres Vorliegens auch von ‚psychosomatischer Struktur‘ sprechen.²⁶⁶

Weitere Merkmale der pensée opératoire definiert Klußmann folgendermaßen:

- „- archaisches, primärprozeßhaftes Denken, verhaftet im Konkreten und Aktuellen,
- verknüpft mit sensorischen Aktivitäten, mündet nicht in psychisches Geschehen ein,
- kein differenziertes Urteil, nur ‚ja‘ und ‚nein‘, Bericht ‚abspulen‘, keine Zeitvorstellung,
- Sprache verarmt, formelhaft, übliche Syntax fehlt,
- Der Norm angepaßt – ‚man‘, keine Widersprüche,
- Leben auf Sparflamme,
- ‚vie opératoire‘: automatisch-mechanistisches Leben (Schutz vor Überflutung durch Reize in Krisensituationen),
- ‚relations blanches‘: leere Beziehungen, ohne Phantasie.“²⁶⁷

Ferner fasst er unter dem Konzept der Alexithymie noch verschiedene Wesensmerkmale zusammen, so z. B. die Unfähigkeit zu phantasieren, das Charakteristikum mechanistischer, banaler Träume, Störungen der Integration des Körperschemas, mechanistische Zeichnungen und typische Wesensmerkmale wie etwa verarmte Phantasiewelt oder die Unfähigkeit, neues emotionales Verhalten zu erlernen.²⁶⁸

Festzuhalten bleibt also, dass nach diesem Konzept der psychosomatisch Kranke „... in seiner sprachlichen Äußerung banal, steril und leer, ohne Entwicklungsfähigkeit und unfähig zu einer echten Übertragungsbeziehung ... ist, (M. Hager). Es bestehe nicht nur eine sprachliche Armut, sondern auch eine Unfähigkeit zu Phantasien, und es lasse sich in Untersuchungssituationen beobachten, wie in kritischen Momenten an der Stelle einer zu erwartenden Phantasievorstellung oder sprachlichen Äußerung eine Bewegung, also eine leibliche Innervation, an die

²⁶⁵ Köhler 1995, S. 22

²⁶⁶ vgl. Köhler 1995, S. 23

²⁶⁷ Klußmann 1992, S. 43

²⁶⁸ vgl. Klußmann 1992, S. 44

Stelle der Phantasietätigkeit trete. Das psychosomatische Subjekt sei von seinem Unbewußten abgeschnitten und überangepaßt an die Umwelt.“²⁶⁹

In diesem Zusammenhang sprechen Bräutigam und Christian von einer Art psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur:

- „1. Bei Fixierung auf narzistischer Stufe und einer Subjekt-Objekt-Diffusion bestehe eine Unfähigkeit zu echter Objekt- und Übertragungsbeziehung. Es komme zu einer totalen Identifizierung mit dem Objekt, der psychosomatisch Kranke existiere nur durch den anderen.
2. Das Denken sei gegenständlich, hafte an Konkretem, sei unfähig zum Flug in die Phantasien, hafte am Alltäglichen. Dieses automatisch-mechanische Denken ... habe keine historische psychische Dimension.
3. In der projektiven Reduplikation sehe der Patient den anderen stereotyp, so wie er selbst sei.
...“²⁷⁰

Wie aber wird dieses Phänomen erklärt? „Marty et al. (1963) erklären das Auftreten dieser Merkmale mit einer Ich-Regression in Form der Somatisierung auf ein primitives Abwehrsystem mit aggressiver und autodestruktiver Tendenz, wobei die Ursachen für die Ich-Defizite in Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung gesehen werden.“²⁷¹

Wesiack weist zur Erklärung der Erscheinung darauf hin, „... daß viele psychosomatische Forscher die Phantasiearmut als Abwehrphänomen betrachten, gerichtet gegen besonders intensive bedrohlich erfahrene Erlebnisweisen.“²⁷²

Trotz der gängigen Praxis, dieses Konzept in psychosomatischen Lehrbüchern aufzuführen, muss dennoch darauf hingewiesen werden, dass viele Untersuchungen in diesem Bereich Ausnahmen festgestellt haben: „Auch eine neuere Untersuchung (Cohen u. a. 1994) konnte ... keine Unterschiede in den Alexithymie-Scores von Patienten in einer psychosomatischen Klinik, psychiatrischen Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe finden.“²⁷³

²⁶⁹ Bräutigam & Christian 1981, S. 44

²⁷⁰ Bräutigam & Christian 1981, S. 45

²⁷¹ vgl. Marty und andere 1993, zitiert nach Franke 1981, S. 37 f

²⁷² Wesiack in Loch 1998, S. 302

²⁷³ vgl. Cohen und andere 1994, zitiert nach Köhler 1995, S. 24

1.4.2.6 Das Situationskreiskonzept v. Uexkülls

Das Modell des Situationskreises von v. Uexküll ist den holistischen Modellen psychosomatischer Erkrankung zuzuordnen, die auf eine einheitliche Medizintheorie zielen, welche den Dualismus älterer psychoanalytischer Modelle überwinden soll.²⁷⁴

Weil die Psychoanalyse in diesem Konzept aber noch eine von mehreren tragenden Säulen ist,²⁷⁵ soll es im Rahmen psychoanalytischer Konzepte als letzte Theorie dieser Art vorgestellt werden. Zunächst soll aber in diesem Zusammenhang in einem Exkurs auf die ‚Handlung‘ als psychosomatisches Denkmodell eingegangen werden, weil sich auch darin v. Uexkülls grundsätzliche Position widerspiegelt, die Trennung von Psyche und Soma zu überwinden.

„Auch v. Uexküll geht wie die anderen von der Psychoanalyse herkommenden Psychosomatiker vom hysterischen Konversionssymptom aus, ...“²⁷⁶

Im Gegensatz zu den Psychosomatikern aber, die sich entweder in der Sprache der Psychologie oder der Physik ausgedrückt haben, was zur Darstellung einer Seite des Lebensgeschehens zu Ungunsten der anderen geführt hat, unternimmt v. Uexküll den Versuch, mit seinem Handlungsmodell das Lebensgeschehen in seiner psychophysischen Gesamtheit in adäquaterer und wirklichkeitsnäherer Art und Weise zu beschreiben. In diesem Zusammenhang weist v. Uexküll darauf hin, dass die Betrachtung physikalisch-chemischer Vorgänge im Organismus zu einseitig sei, weil die Person dadurch aus dem Fokus verloren wird. Daher sucht v. Uexküll nach einem Ansatzpunkt, der sich vor der Trennung in Seele und Soma befindet.²⁷⁷

Nach Bleuler kann das hysterische Symptom wie eine Willenshandlung verstanden werden und unseren Körper kann man als Gelegenheitsapparat für unseren Willen verstehen.²⁷⁸

„Unser Körper sei nach dieser Vorstellung eine Art ‚Allroundgerät‘, das sich von Gelegenheit zu Gelegenheit auf jene Ziele ausrichtet, die ihm von unserem Willen vorgeschrieben werden. Beim hysterischen Symptom ist es allerdings nicht der bewußte Wille, sondern ein unbewußter Im-

²⁷⁴ vgl. Speidel in Nissen 2002, S. 19

²⁷⁵ die Realität des Körpers wird hier stärker berücksichtigt (vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 303)

²⁷⁶ Wesiack in Loch 1998, S. 304

²⁷⁷ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 304

²⁷⁸ vgl. Bleuler 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 304

puls, der dem ‚Gelegenheitsapparat‘ Körper die Anweisung gibt, sich auf dieses oder jenes Ziel auszurichten.“²⁷⁹

Nach v. Uexküll ist nun die Handlung das Vorstellungsmodell, auf das sich die Aktion des ‚Gelegenheitsapparates‘ bezieht. „Ursprünglich und auf die allgemeinste Form gebracht ist Handlung: Umgang mit der Welt. An diesem Umgang sind wir in irgendeiner Weise beteiligt. Wenn wir zunächst das Gesamtgeschehen einer Handlung analysieren, lassen sich darin verschiedene Phasen oder Etappen unterscheiden.“²⁸⁰

Nach v. Uexküll beinhaltet eine Handlung folgende Schritte:

- „1. Ein Ausschnitt der mich umgebenden Welt wird gedeutet.“²⁸¹
2. Das Gedeutete gibt uns bestimmte Handlungsanweisungen.“²⁸²
3. Im Umgang erfolgt eine Prüfung, ob die Deutung und Handlungsanweisungen richtig waren.“²⁸³²⁸⁴

Allerdings deutet nicht das bewusste Ich diesen Ausschnitt der Welt, sondern das Motiv; im angeführten Beispiel²⁸⁵ also der Appetit auf einen Apfel: „Die Deutungen und die Handlungsanweisungen gehen also vom Motiv aus, und erst der dritte Teil des Handlungsablaufes, nämlich die Prüfung, erfolgt durch das Ich.“²⁸⁶

Führt man diesen Gedanken v. Uexkülls weiter, kommt man zu der Erkenntnis, dass eine Willenshandlung dann vorliegt, wenn die der Handlung zugrunde liegenden Motive mit dem Ich zur Identifikation gelangen. Der Nutzen dieser Vorstellung kommt in dem Moment ans Licht, wenn man das Konversionssymptom genauer betrachtet: Sowohl bei der Willens- als auch bei der Triebhandlung wird das im einen Fall bewusste, im anderen Fall unbewusste Motiv direkt in eine

²⁷⁹ Wesiack in Loch 1998, S. 304

²⁸⁰ v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 305

²⁸¹ „Ich sehe etwas, z. B. Farben und Formen, die durch eine gleichzeitig einsetzende Deutung als Baum vor einer Mauer mit einem Apfel im Geäst interpretiert werden.“ (v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 305)

²⁸² „Apfel, Baum und Mauer geben mir Handlungsanweisungen, die Mauer als Stütze und den Baum als Leiter zu benutzen und den Apfel zu ergreifen.“ (v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 305)

²⁸³ „Sobald ich versuche, diese Anweisungen auszuführen, stellt sich heraus, ob die Deutung richtig war. Es könnte ja sein, dass die Mauer nachgibt, der Stamm bricht oder der Apfel faul ist.“ (v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 305)

²⁸⁴ vgl. v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 305

²⁸⁵ siehe Fußnoten

²⁸⁶ Wesiack in Loch 1998, S. 305

Handlung überführt, wobei die verschiedenen Motive den unterschiedlichen Instanzen der Person²⁸⁷ entspringen und derart verarbeitet werden, dass die Es-Motive durch das Ich adaptiert werden, das wiederum den Über-Ich-Anweisungen folgt. Schafft es das Ich aber nicht, die beispielsweise sehr gegensätzlichen Motive aus den Bereichen des Es und des Über-Ichs zu integrieren, kann die Folge nur in einem Bruchstück einer Handlung oder gar einer missglückten Handlung bestehen – nie aber in einer Handlung. Weil das Ich in diesen Fällen versucht, sich gegen die aus dem Es kommenden Wünsche zu wehren, wenn es nicht gelingt, Triebverzicht oder zumindest Triebaufschub zu erreichen, besteht das Ergebnis dann in Abwehrmechanismen, welche die Psychoanalyse beschreibt.²⁸⁸

„Wenn wir menschliche Physiologie und Pathologie mit dem Modell der Handlung interpretieren, dann haben wir erstmals ein holistisches, psychosomatisches Konzept, das ‚Körper‘ und ‚Seele‘ als Einheit auffaßt und den Leib-Seele-Dualismus überwindet.“²⁸⁹ Mithilfe der bisherigen Ausführungen kann also festgehalten werden, dass Konversion letztlich bedeutet, dass ein unbewusstes Motiv in Handlungsbruchstücke umgesetzt wird. Diese müssen wegen ihrer Ausdrucksbedeutung Bruchstücke bleiben, entziehen sich dadurch aber der Integration in andere Handlungen.²⁹⁰

Der Vollständigkeit halber müssen die Begriffe des ‚Motivs‘ und der ‚Handlung‘ aber noch durch die der ‚Stimmung‘ und ‚Bereitstellung‘ ergänzt werden : „Normalerweise, wenn es zur Handlung kommt, wird die Bereitstellung in der Handlung aufgebraucht, und das vegetative Nervensystem und die von ihm bereitgestellten Organe kehren zur mittleren Ausgangslage zurück, um für neue Bereitstellungen verfügbar zu sein. Im Bereich der Stimmung ist das in einem Gefühl der Entspannung und Befriedigung wahrzunehmen. Ein ganz anderes Bild bietet sich uns aber, wenn es nie zur entspannenden Handlung kommt, die Stimmung und Bereitstellung aber ununterbrochen weiterläuft.“²⁹¹

Die Gruppe der **Ausdruckskrankheiten** muss also durch die der **Bereitstellungskrankheiten** erweitert werden. Schließlich ist auch in diesem Zusammenhang auf die dritte Gruppe der funktionellen Syndrome hinzuweisen, die in der Regel keine Organschädigungen hinterlassen und wie

²⁸⁷ dem Es (unbewußte Triebe), dem Ich (bewußte Zielsetzungen) und dem Über-Ich (soziale Normen)

²⁸⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 305 ff

²⁸⁹ Wesiack in Loch 1998, S. 308

²⁹⁰ vgl. v. Uexküll 1963, zitiert nach Wesiack in Loch 1998, S. 308

²⁹¹ Wesiack in Loch 1998, S. 309

die Ausdruckskrankheiten aus der Unverträglichkeit zwischen Es- und Über-Ich-Bereich resultieren.²⁹²

Insgesamt scheint der Grad der Verdrängung den Unterschied auszumachen: „Die Verdrängung ist aber meist unvollständig und unzureichend und die Integrationsfähigkeit und Stabilität des Ich recht mangelhaft, Demgegenüber ist die Verdrängung bei der Ausdruckskrankheit vollständig und richtet sich gegen ein bestimmtes aus dem Es stammendes und für das Ich und Über-Ich unannehmbares Motiv, dessen Affektbetrag im Symptom (dem Handlungsbruchstück) geradezu einfriert. Noch tiefer und stärker scheint der Verdrängungsvorgang bei den Bereitstellungskrankheiten zu sein, bei denen die Motivationen überhaupt nicht mehr nachgewiesen werden können und die Bereitstellungen und Stimmungen gewissermaßen dauernd leer laufen.“²⁹³

Nach diesem Exkurs zu Uexkülls grundsätzlicher Sicht der Psychosomatik anhand seines Handlungsmodells soll nun sein Situationskreiskonzept dargestellt werden. Bereits zu Beginn des ersten Kapitels wurde darauf hingewiesen, dass weder die traditionelle medizinische Sichtweise linearer Ursache - Wirkungs - Ketten noch eine rein psychologische oder psychoanalytische Betrachtungsweise dem psychosomatisch Erkrankten in seiner Ganzheit gerecht wird. Diesem Missstand versucht v. Uexküll zu begegnen, indem er zunächst einmal das Problem der Beziehung zum Zentrum sämtlicher erkenntnis- und handlungstheoretischen Überlegungen macht. Dabei weist er auf zwei grundsätzliche Probleme hin, nämlich einmal dem der Beziehung zwischen dem Mensch und der Umgebung und dann dem der Beziehung zwischen der sozialen, psychischen und biologischen Dimension eines Menschen.²⁹⁴

Als Lösung für das Problem der Beziehungsdarstellung zwischen einem lebenden Organismus und seiner Umwelt betrachtet er Kreismodelle und das Modell des lebenden Systems: „Das gilt bereits für die Beziehungen zwischen Zellen, Geweben, Organen und ihrer innerkörperlichen Umgebung. Statt der Frage nach den Zusammenhängen zwischen einem psychischen und einem physischen Bereich sind wir mit der Frage konfrontiert, wie Kreisvorgänge die Beziehung zwischen Organismus und dieser Umgebung abbilden und wie sich diese Beziehungen auf der

²⁹² vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 310

²⁹³ Wesiack in Loch 1998, S. 310

²⁹⁴ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 313

Zellebene, der Ebene der Gewebe und Organe und der Ebene der Beziehung zwischen dem Organismus und seiner Umgebung gegenseitig beeinflussen.“²⁹⁵

Dabei gilt im Grundsatz, dass „Kreismodelle ... die Reaktionen lebendiger Organismen auf Einwirkungen ihrer Umwelt nicht als Wirkungen von Ursachen (interpretieren, M. Hager), sondern als Antworten auf Zeichen. Man spricht nicht nur von einem ‚genetischen Code‘, sondern auch von ‚Nachrichten‘, von ‚Rezeptoren‘, von ‚Überträgerstoffen‘ und sogar von der Fähigkeit, ‚selbst‘ und ‚nicht selbst‘ zu unterscheiden. Nur macht man sich selten klar, daß man damit das Modell einer biochemischen Maschine durch ein anderes Modell ersetzt hat. Dieses andere Modell beschreibt, wie lebende Systeme, seien es Zellen oder Organe im ‚milieu interne‘ eines Organismus ..., die Einwirkungen der Umgebung zu Zeichen kodieren, welche Bedeutung der Einwirkung für die biologischen Bedürfnisse des lebenden Systems anzeigen.“²⁹⁶

Die Autoren vergleichen diesen Vorgang mit dem Modell des Regelkreises: „Die Reaktion des Systems – als Antwort auf diese Zeichen – besteht in dem Versuch, den Ist-Wert der Umgebung dem Soll-Wert des Systems anzugleichen. Dieser Vorgang läßt sich auch dadurch beschreiben, daß man sagt, der Fühler oder der Rezeptor würde den Einwirkungen der Umgebung eine Bedeutung erteilen, die der Effektor durch seine Antwort verwertet.“²⁹⁷

Das Modell des Funktionskreises, das bereits, von Jakob v. Uexküll entworfen, gezeigt hat, dass jedes tierische Lebewesen mithilfe seiner Merk- und Wirkorgane lediglich einen Ausschnitt der Umwelt erfasst,²⁹⁸ beschreibt, auf welche Art und Weise aus der den Organismus umgebenden Wirklichkeit Ausschnitte, die momentan eine Bedeutung für ihn haben, zeitweise bis zur abgeschlossenen Bedeutungsverwertung in den Verband eines Systems integriert werden. Vorteilhaft an diesem Modell ist die Tatsache, dass es sowohl für die Vorgänge innerhalb des Organismus als auch für jene zwischen Organismus und Umgebung eingesetzt werden kann, ohne dabei zwischen körperlichem und psychischem Bereich zu unterscheiden.²⁹⁹

In der weiteren Entwicklung seiner Gedanken nimmt Thure v. Uexküll den Begriff der Systemtheorie in die Diskussion auf und führt in diesem Zusammenhang den Begriff der ‚Emergenz‘ ein.

²⁹⁵ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 5

²⁹⁶ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 5

²⁹⁷ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 6

²⁹⁸ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 313

²⁹⁹ vgl. Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 6 f

Sie beschreibt die Tatsache, „... daß mit der Integration von Teilen zu einem Ganzen – einem System – sprunghaft (emergent) neue Eigenschaften auftreten, das heißt Eigenschaften, die es auf der Ebene der Teile nicht gibt und die sich auch nicht auf deren Eigenschaften zurückführen lassen. Damit wird die Ordnung einer Hierarchie sichtbar, in der Stufe für Stufe mit dem Zusammenschluß einfacherer Systeme zu komplexeren (Supra-) Systemen immer wieder neue Eigenschaften auftreten, Eigenschaften, die in der Terminologie der Wissenschaft, welche die Phänomene der einfacheren Ebene beschreibt, nicht erfaßt werden.“³⁰⁰

Dieses Modell eines hierarchisch aufgebauten Systems beschreibt etwa die Art und Weise der Integration von Zellorganellen in Zellen, Zellen in Organen bis hinauf zur Integration von Organismen in sozialen Systemen. „Diese damit sichtbar werdende Ordnung spiegelt sich im Verhältnis der entsprechenden Wissenschaften: Physik, Chemie, Biologie, Psychologie, Soziologie, wider. Die Behauptung sprunghaft auftretender Neuschöpfungen mutet auf den ersten Blick wie die Mythologie an. Sie findet aber eine rationale Erklärung in der Feststellung, daß es sich immer wieder um Ergebnisse von ‚Restriktionen‘ handelt (...). Damit ist gemeint, daß sich die möglichen Aktivitäten von Teilen (bzw. Elementen) im Rahmen eines Systems gegenseitig so weit blockieren, daß nur die zum Tragen kommen, deren Kooperation für die Erhaltung des Systems wirkt. Emergenz ... ist unter diesem Aspekt gewissermaßen das Resultat einer Ordnung durch Verbote, die auf jeder Stufe die dort gültigen Systemgesetze repräsentieren. Schließlich sind wieder die Möglichkeiten der einzelnen Individuen im Rahmen eines sozialen Systems nach dessen Regeln eingeschränkt, wenn das System Bestand haben soll.“³⁰¹

Weil nun die Zeichen, die auf den unterschiedlichen Integrationsebenen unter den hier auffindbaren Systemen ausgetauscht werden, Teile unterschiedlicher Zeichensysteme sind und daher lediglich von den Systemen der jeweiligen Integrationsebene verstanden werden,³⁰² kann man „das Problem der Zusammenhänge zwischen Vorgängen, die sich auf einer sozialen Integrationsebene abspielen, als die Frage danach formulieren, ob zwischen den Zeichensystemen oder ‚Sprachen‘ dieser verschiedenen Ebenen Übersetzungen stattfinden. Wir fragen dann nicht mehr nach Beziehungen zwischen einem materiellen und einem spirituellen Sein,

³⁰⁰ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 7

³⁰¹ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 7 f

³⁰² vgl. Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 8

sondern haben das psychophysische Problem von den metaphysischen Voraussetzungen des Dualismus abgekoppelt.“³⁰³

Durch Übersetzungen beziehungsweise Bedeutungskoppelungen werden zwei Dinge erreicht:

1. Einem ehemals für den Organismus unwichtigen Ausschnitt der Umwelt wird durch sie als für die Verhaltenssteuerung psychisch erlebte Zeichen Bedeutung verliehen, was zu einer Erweiterung der subjektiven Umwelt führt.
2. Zwischen einem erlebten Umgebungsausschnitt und bestimmten Körperorganen wird durch sie ein Zusammenhang erschaffen. Dieser ermöglicht zwischen unterschiedlichen Integrationsebenen des hierarchisch gegliederten Systems Abwärts- und Aufwärtseffekte.³⁰⁴

Im Ergebnis liegt somit ein Modell vor, das Zusammenhänge biopsychosozialer Art deuten kann, indem es darstellt, wie in bestimmten lebensgeschichtlichen Situationen unter Zeichensystemen Übersetzungen stattfinden, die als Voraussetzung für Ab- und Aufwärtseffekte betrachtet werden können. Derartige Übersetzungen begründen physiologische Reaktionen individueller Art, wobei ihre Entstehung ausschließlich biographisch zu verstehen ist, indem Situationen aufgedeckt werden, in denen Übersetzungen beziehungsweise Bedeutungskoppelungen stattgefunden oder nicht stattgefunden haben. Es kann also festgehalten werden, dass Ereignisse in der Vergangenheit eines Patienten diesen für eine bestimmte Antwort auf spezielle Umgebungsfaktoren konditioniert haben.

Durch diesen Prozess wurde die Möglichkeit für einen Aufwärts- oder Abwärtseffekt, also für körperliche und krankhafte Antwortmuster, geschaffen. Mit diesem Modell ist es möglich, Krankheit in ganzheitlicher Weise zu verstehen; für den Aufbau einer Beziehung zwischen Organismus und Umgebung sind Bedeutungskoppelungen unter der biologischen, psychischen und sozialen Integrationsebene unabdingbar, weil diese den Zusammenhang zwischen sozialen, psychischen und körperlichen Prozessen determinieren, welche für einen Menschen inklusive seiner körperlichen und krankhaften Reaktionen verantwortlich sind.³⁰⁵

³⁰³ Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 9

³⁰⁴ vgl. Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 10

³⁰⁵ vgl. Adler & v. Uexküll in Adler 2000, S. 13 f

Das Konzept des Situationskreises von Thure v. Uexküll ermöglicht also einen ganzheitlichen Umgang mit dem Patienten, weil der Begriff ‚Situation‘ die bio-psycho-soziale Gesamtsituation des Patienten umfasst.³⁰⁶

Mit Wesiack lässt sich schließlich auch der praktische Nutzen dieser Theorie erschließen: „Zunächst darf mit Fug und Recht darauf hingewiesen werden, daß das Situationskreiskonzept eine Antwort gibt auf die beiden Grundfragen jeder psychosomatischen, das heißt ganzheitlichen Medizin, nämlich auf die Frage nach der Beziehung zwischen Mensch und Welt und auf die Frage nach der Beziehung zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Systemebene des Menschen.“³⁰⁷

Am Ende des Kapitels über psychoanalytische Modelle in der Psychosomatik bleibt darauf hinzuweisen, welche Bedeutung der Psychoanalyse zukommt: „Für die beiden ersten konzeptuellen Generationen psychosomatischer Medizin, die spekulative und die dualistische, ist die Psychoanalyse die Grundlagenwissenschaft. In den holistischen Konzepten, die den Anspruch erheben, die gesamte Heilkunde zu erfassen und zu verändern und die sich daher nicht nur mit bestimmten Krankheitsbildern befassen, kann die Psychoanalyse diese herrschende Stellung nicht mehr behaupten. Sie bleibt aber als ‚Beziehungslehre‘ neben der Semiotik, der Systemtheorie und der Biologie eine tragende Säule der Heilkunde des ganzen Menschen.“³⁰⁸

³⁰⁶ vgl. Wesiack in Loch 1998, S. 316

³⁰⁷ Wesiack in Loch 1998, S. 317

³⁰⁸ Wesiack in Loch 1998, S. 317 f

1.4.3 Neurohumorale Theorien

In diesem Abschnitt sollen Modelle skizziert werden, „... die die Bedeutsamkeit peripher-physiologischer, zentralnervöser und humoraler Mechanismen für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten betonen.“³⁰⁹ Die Bedeutung dieser Modelle für die Psychosomatik liegt darin begründet, dass hier eine Verknüpfung physiologischer Fragen mit denen der Emotionsforschung hergestellt wird.³¹⁰ Um in diesen Bereich der Psychosomatik einzuführen, erscheint es sinnvoll, sich zunächst mit dem Begriff ‚Stress‘ auseinanderzusetzen.

³⁰⁹ Franke 1981, S. 38

³¹⁰ vgl. Franke 1981, S. 38

1.4.3.1 Zum Begriff ‚Stress‘

Unter begrifflichem Aspekt ist zunächst einmal zu unterscheiden zwischen Stress als körperlichem oder seelischem Zustand der Belastung beziehungsweise der Überlastung, dem Stressor als Stress erzeugendem Faktor und der Stressreaktion als Antwort des Organismus auf diesen Reiz.³¹¹ Die Reaktion auf stressartige Noxen besteht dabei immer in folgendem Schema: Es kommt

1. Zum Alarmstadium mit Schockreaktion und Gegenschockphase;
2. Danach tritt eine Abwehrreaktion ein, auch Resistenz- oder Anpassungsphase genannt;
3. Fortdauernde Belastung führt zum Erschöpfungsstadium.

Wenn die Einwirkung des Stressors, an den sich der Organismus angepaßt hat, über die Toleranzgrenze fortschreitet, kommt es schließlich zur völligen Verausgabung der Anpassungsenergie. Die Symptome der anfänglichen Alarmreaktion stellen sich wieder ein, sind aber nicht mehr rückgängig zu machen. Im Rahmen dieses Erschöpfungszustandes sind z. B. Hypertonien, Gefäßkrankheiten, Nephrosklerose, Myokardschäden usw. tierexperimentell nachzuweisen.³¹²

Will man dem Phänomen ‚Stress‘ als äußerer Belastung mit auslösendem Charakter bei den meisten Krankheitsfällen eine Bedeutung einräumen, ist es notwendig, auch nach der Bedeutung dieses Reizes innerhalb einer Lebenssituation zu fragen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang etwa die Frage nach soziobiologischen Gegebenheiten, z. B. eine Untersuchung der Belastung im Berufsleben mit Berücksichtigung subjektiver Bewertung. Häufigste Folge von Stress ist eine komplexe Struktur von Faktoren physischer und psychischer Beschwerden.³¹³

Den eher allgemeinen Begriff ‚Stress‘ kann man ferner in die Unterkategorien des sozialen, psychologischen und physiologischen Stress einteilen:³¹⁴

„Physiologischer Streß schließt die Problematik intraorganischer Regelungsprozesse (...), psychologischer Streß die Problematik affektiver und behavioraler Anpassung (...), soziologischer Streß die der Anpassung sozialer Systeme an Belastungsbedingungen ein (...). In den Bereich sozio-

³¹¹ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 58

³¹² Bräutigam & Christian 1981, S. 58 f

³¹³ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 61 f

³¹⁴ vgl. Franke 1981, S. 40

logischer Streßforschung fallen vor allem aber auch soziale (institutionelle) Vorkehrungen, die die Anpassung des Individuums an Belastungsbedingungen erleichtern (...) und soziale Belastungsfaktoren, die auf Individuen einwirken (...).“³¹⁵

³¹⁵ Wichmann 1978, zitiert nach Franke 1981, S. 40

1.4.3.2 Die Uniformitätshypothese nach Cannon

Bezüglich der Verknüpfung von physiologischen und emotionalen Fragestellungen spielt W. B. Cannon eine wesentliche Rolle: „Nach Cannon bedingt aversive emotionale Erregung im Organismus Reaktionen, die phylogenetisch als Kampf- oder Fluchtverhalten zu verstehen sind:

Der Organismus wird in die Lage versetzt, sich der aversiven Situation entweder durch Flucht zu entziehen oder aber ihr durch Angriff zu begegnen. (...) Wird nun die Ausführung der somatischen Reaktion verhindert, so können die bereitgestellten Stoffwechselenergien nicht abgeführt werden, das hormonelle Gleichgewicht kommt ins Schwanken.

Bei hoher Frequenz solcher Erregungsabläufe kommt es dann zu einer Chronifizierung, die Stoffwechselhomöostasen sind so aus der Balance gebracht, daß der Organismus sich auch in Relaxationsphasen nicht mehr regenerieren kann, d. h.: der Mensch wird krank.“³¹⁶

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, auf Cannons so genannte Uniformitätshypothese hinzuweisen, die davon ausgeht, dass die somatischen Reaktionen auf unterschiedliche Emotionen sehr ähnlich sind.³¹⁷

³¹⁶ Franke 1981, S. 38 f

³¹⁷ vgl. Franke 1981, S. 39

1.4.3.3 Die Stresstheorie nach Selye

Nach Selye ist Stress „... die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird.“³¹⁸

Selye spricht in diesem Zusammenhang von einem Adaptionssyndrom mit einer Reaktion des Alarms, einer Phase des Widerstandes und schließlich einem Zustand der Erschöpfung. Im Rahmen der Alarmreaktion kommt es durch eine notwendig gewordene Aktivität zur Erregung des sympathischen Nervensystems mit parallel ablaufender Hemmung des parasympathischen Systems. Aus Beobachtungen glaubt Selye schließen zu können, dass es außer spezifischen Veränderungen organismischer Art im Falle jeder Krankheit auch allgemeine Reaktionen vegetativer Natur gebe, die zeigen, dass eine Störung des inneren Gleichgewichts vorliege. Schließlich seien es die überdauernden inneren und äußeren Stressreize, die einen phasenspezifischen Ablauf einläuten, der Ausdruck des perzipierten Stresses sei. Dieses generelle Anpassungssyndrom gliedert sich nach Selye in die erste Phase der Alarmreaktion; in der zweiten Phase kann eine Anpassung an die veränderten Konditionen erfolgen, was jedoch mit erhöhter Widerstandskraft und erhöhtem Leistungsaufwand einhergehe; die dritte Phase der Erschöpfung schließlich tritt ein, wenn keine Anpassungsreserven mehr vorhanden sind. In diesem letzten Stadium der Stressreaktion kann es nach Selye dann zum Auftreten von Adaptionserkrankungen kommen, zu denen er die Mehrzahl der psychosomatischen Erkrankungen zählt.³¹⁹

„Physiologischer“, d. h. eher auf die Abläufe im Körper eingehend, ist Franke Erläuterung zum Ablauf dieser Reaktion:

„Phase 1: Alarmreaktion, auch Schockstadium (., M. Hager) Unmittelbar nach der Reizung kommt es zu einer vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin Es kommt zu Blutdruckabfall, verminderter Urinbildung, Absinken der Körpertemperatur.

Phase 2: Kompensations-, Anpassungsphase (., M. Hager) Die Hypophyse schüttet vermehrt adrenocorticotropes Hormon (...) aus. Diese gelangt über den Kreislauf zur Nebennierenrinde und setzt dort unter anderem Glucocorticoide frei, die die Widerstands-

³¹⁸ Selye 1974, zitiert nach Franke 1981, S. 40

³¹⁹ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 a, S. 127 f

fähigkeit erhöhen und zu einer ergotropen Reaktion des Organismus führen. Dauert die Belastung jedoch an, so kommt es zu

Phase 3: Erschöpfungsphase. Die Anpassungsvorgänge können nicht länger aufrecht erhalten werden, die Homöostase des Organismus ist gestört.³²⁰

Weil Selye unter Stressoren, die ein derartiges Syndrom in Gang setzen können, sämtliche Reize subsumiert, die hierzu fähig sind, werden auch emotionale und psychosoziale Reize nicht ausgeklammert: „Psychosoziale Stressoren unterscheiden sich im Rahmen des Selyeschen Konzepts von somatischen und physikalischen Noxen lediglich darin, über welche Bahnen sie das Hypothalamus-Hypophysen-System, das corticale Steuerungssystem des AAS³²¹ stimulieren: ...“³²²

Das Interesse der Psychosomatik an diesem Modell ist dadurch begründet, dass

1. Eine physiologische Schablone beschrieben wird, die den Blick auf das Ganze des organismischen, leibseelischen Reagierens eröffnet. Im Zentrum des Interesses stehen dabei sowohl das autonome Nervensystem als auch endokrine Funktionen und Faktoren humoraler Art. Psychosomatische Erkrankungen erscheinen im Rahmen dieser Funktionsschablonen in einigen wenigen Grundformen; sie treten in enger Kohärenz mit der Umwelt auf.
2. In diesem Zusammenhang werden psychosomatische Erkrankungen sowohl als Antwort auf körperliche wie auch auf seelische Stressoren verstanden. ‚Seelisches‘ erfährt also eine Höherbewertung, weil es bezüglich Ursache und Symptomatik gleichrangig neben körperlichen Faktoren eingruppiert wird.
3. Der Stressbegriff wird im universalen Sinn des ‚psychosozialen Stress‘ verwendet.³²³

³²⁰ Franke 1981, S. 40 f

³²¹ allgemeines Adaptionssyndrom

³²² Wichmann 1978, zitiert nach Franke 1981, S. 41

³²³ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 57 f

1.4.3.4 Die psychologische Stresstheorie nach Lazarus

Ein anderer Zugang zum Thema ‚Stress‘ findet sich innerhalb der psychologischen Stresstheorie von Lazarus. Er „... versteht unter Streß ein Reaktionssyndrom, das physiologische, kognitive und emotionale Prozesse sowie instrumentelles Handeln und Ausdruckserleben umfaßt.“³²⁴

Wesentliche Bedingung für die Entstehung von Stress ist das Erleben eines bestimmten Reizes oder einer Stimulussituation als bedrohlich oder schädlich; wichtig ist nach dieser Theorie, dass objektive Stressoren nicht existieren. Ein Stimulus wird demnach erst dann zu einem Stressor, wenn ihn eine Person innerhalb ihres persönlichen Bezugsrahmens in einer ganz bestimmten Situation als solchen empfindet.³²⁵

Wird ein Reiz tatsächlich als bedrohlich empfunden, wird der Versuch unternommen, den antizipierten Schaden zu verkleinern, zu stoppen oder ihn gänzlich zu vermeiden. Hierzu geeignete Verfahrensweisen werden ‚Coping-Prozesse‘ beziehungsweise ‚instrumentelle Stressreaktionen‘ genannt.³²⁶

„...; sie umfassen weitgehend motorische und kognitive Operationen und beeinflussen die physiologischen Reaktionen des Organismus – wobei Lazarus im Unterschied zu Cannon und Selye von spezifischen Reaktionsmustern bei unterschiedlichen Emotionen ausgeht.“³²⁷

³²⁴ Franke 1981, S. 41

³²⁵ vgl. Franke 1981, S. 41

³²⁶ vgl. Franke 1981, S. 42

³²⁷ Franke 1981, S. 42

1.4.3.5 Die soziologische Stresstheorie nach Moss

In die Reihe der neurohumoralen Theorien kann schließlich die soziologische Stresstheorie nach Moss eingereiht werden. Moss geht von folgender Überlegung aus: „Durch die individuelle Wahrnehmung und Verarbeitung gefiltert, nehmen soziale Faktoren Einfluß auf den Menschen und sind geeignet, physiologische Veränderungen einzuleiten.“³²⁸

Pribram, auf den sich Moss stützt, denkt, „... daß sich im Laufe der Lerngeschichte eines Menschen habituelle zentralnervöse Erregungsmuster ausbilden, die als internes Bezugsmodell dienen. Kommt es zu einer aktuellen sensorischen Erregung, so wird das neu entstehende Erregungsmuster mit diesem bereits etablierten Modell verglichen. Ergibt dieser Vergleich Inkongruenzen, so kommt es zu affektiven Reaktionen, die – je nach Stärke der Inkongruenz – unterschiedliche emotionale Tönung haben.“³²⁹

„Übertragen auf die sozialen Kommunikationsgesetze³³⁰ folgert daraus Moss, daß die physiologischen Funktionen des Menschen in dem Maße beeinflußt werden, in dem zwischen diesen Netzen und den eigenen aktuellen Erfahrungen Kongruenz besteht: Zu anhaltenden physiologischen Veränderungen und damit zu einer krankmachenden Entwicklung ... kommt es in folgenden Fällen:

- wenn eine Person in einem Kommunikationsnetz involviert bleibt, obwohl ihre eigenen Erfahrungen dem sozialen Konsens widersprechen,
- wenn jemand den sozialen Konsens in einem Netzwerk nicht versteht und deshalb nicht befriedigend interagieren kann.“³³¹

³²⁸ Franke 1981, S. 42

³²⁹ vgl. Pribram 1967, zitiert nach Franke 1981, S. 42

³³⁰ nach Moss lebt der Mensch in einer Welt vielfältiger Kommunikationsgesetze, die voneinander abhängig sind und gemeinsam ein offenes und dynamisches System bilden (vgl. Franke 1981, S. 42)

³³¹ Franke 1981, S. 42 f

1.4.4 Lerntheoretische Theorien

„Daß physiologische Reaktionen klassisch konditioniert werden können, weiß man seit Beginn des Jahrhunderts.“³³² Bräutigam und Christian schreiben, dass die experimentellen Studien von Pawlow sowie die Lehre der bedingten Reflexe auch zur Bildung psychosomatischer Theorie herangezogen werden.³³³

Unter ‚bedingtem Reflex‘ versteht man dabei die grundlegendste Art individuell erworbener Reaktionsweisen, wobei die pawlowsche Schule derartig bedingte Reflexe bei nahezu allen körperlichen Funktionen beschreibt, wie beispielsweise bei der Herztätigkeit, den Reaktionen des Gefäßsystems, der Tätigkeit des Magen-Darm-Traktes sowie des Wärmehaushalts, des Stoffwechsels, der Nierenfunktion, usw.³³⁴ Auch bei Köhler ist die Aussage zu finden, dass die Konzeption der klassischen Konditionierung „... wiederholt zur Erklärung der Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen herangezogen worden (ist, M. Hager). So lassen sich etwa Modelle der essentiellen Hypertonie denken, nach denen eine zunächst nur auf wenige spezifische Reize auftretende Blutdruckerhöhung infolge klassischer Konditionierung (einschließlich Konditionierungen höherer Ordnung und Stimulusgeneralisierung) erheblich häufiger auftreten kann und möglicherweise somit zu einer Sollwertverstellung im arteriellen Regelsystem führt.“³³⁵

Neben dem klassischen Konditionieren ist aber auch die Konditionierung operanter Art in diesem Zusammenhang zu nennen, wobei dieses Prinzip aussagt, „... daß Verhalten durch seine Konsequenzen gesteuert werden kann: Folgt auf ein Verhalten ein »angenehmer« Zustand, so wird es in Zukunft häufiger auftreten; resultiert ein unangenehmer Zustand, wird es seltener. Während man lange Zeit der Ansicht war, daß die Prinzipien der operanten Konditionierung ausschließlich auf Reaktionen im Bereich des willkürlichen Nervensystems, also auf motorisches und verbales Verhalten anwendbar seien, und die operante Beeinflussung vegetativer Funktionen nur indirekt über die Willkürmotorik möglich sei (...), schienen ...“³³⁶ andere Versuche diese Hypothese in Frage zu stellen.³³⁷

³³² Köhler 1995, S. 25. Köhler meint hier die legendären Versuche von Pawlow, die im letzten Jahrhundert stattgefunden haben

³³³ vgl. Bräutigam & Christian 1981, S. 62

³³⁴ vgl. Bykow 1953, zitiert nach Bräutigam & Christian 1981, S. 62

³³⁵ Köhler 1995, S. 26

³³⁶ Köhler 1995, S. 27

³³⁷ vgl. Köhler 1995, S. 27

„Auch beim Menschen konnten unter Anwendung operanter Methoden vegetative Reaktionen wie Herzfrequenz, Blutdruck, Speichelsekretion beeinflusst werden (...).³³⁸ Nicht in allen Untersuchungen konnten solche veränderten vegetativen Reaktionen erzielt werden; auf jeden Fall scheint dies immer nur bei einem Teil der Versuchspersonen zu gelingen (...).³³⁹ Zudem wäre natürlich kritisch zu hinterfragen, ob es sich dabei tatsächlich um den Effekt von Verstärkung handelt oder ob nicht diese Beobachtungen auch anders erklärt werden könnten.“³⁴⁰

Das Prinzip operanter Konditionierung wurde seltener zur Erklärung psychosomatischer Erkrankungen herangezogen. Dies liegt sicher daran, dass sich augenblicklich keine äußeren Verstärker für derart krankhaft veränderte vegetative Funktionen finden lassen; zusätzlich ist die Unterstellung innerer Verstärker empirisch nicht überprüfbar.³⁴¹

Allerdings wird den so genannten Biofeedbacktherapien nicht selten ein Modell operanter Art zugrunde gelegt: „Unter Biofeedback versteht man die akustische oder optische Rückmeldung sonst nicht wahrnehmbarer Körperfunktionen, etwa Blutdruck, Atemwegswiderstand oder arterielles Pulsvolumen. In den therapeutischen Sitzungen wird eine Änderung der vegetativen Größen im gewünschten Sinne, beispielsweise Abnahme des Blutdrucks bei Hypertonikern, ..., den Patienten rückgemeldet, wobei man der erfolgreichen Rückmeldung Verstärkerfunktion zuschreibt.“³⁴²

Auch Franke trifft die Unterscheidung zwischen klassischem und instrumentellem Konditionieren innerhalb der Psychosomatik: „Entsprechend den allgemeinen lerntheoretischen Forschungsschwerpunkten wurden auch in der Psychosomatik auf der einen Seite Erklärungsansätze entwickelt, die auf dem Paradigma des klassischen Konditionierens fußen und andererseits solche, die von der instrumentellen Konditionierbarkeit ausgehen.“³⁴³ Franke ordnet die beiden Forschungsrichtungen ferner politisch und geographisch zu; demnach wurde das klassische Konditionieren im Bereich der UdSSR, im Bereich der DDR und osteuropäischen Ländern bevorzugt, während instrumentelles Konditionieren eher im angloamerikanischen Sprachraum und in der Bundesrepublik Deutschland anzutreffen war.³⁴⁴

³³⁸ vgl. Claridge 1973, zitiert nach Köhler 1995, S. 28

³³⁹ vgl. Claridge 1973, Basler und andere 1979, zitiert nach Köhler 1995, S. 28

³⁴⁰ Köhler 1995, S. 28

³⁴¹ vgl. Köhler 1995, S. 28

³⁴² Köhler 1995, S. 29

³⁴³ Franke 1981, S. 43

³⁴⁴ vgl. Franke 1981, S. 43

Als Beispiel dieser Ansätze kann Lachmans ‚autonomic learning theory‘ verdeutlichend skizziert werden: „Zentraler Begriff in der Theorie Lachmans ist der Terminus »emotionales Verhalten«, der sich auf Verdrängungen physiologischer Prozesse bezieht, die eine psychologische Ursache haben. Emotionales Verhalten ist charakterisiert durch multiple und intensive Veränderungen in physiologischen Abläufen der autonomen, also vegetativen Effektoren, einschließlich Veränderungen des Pulses, der Magensekretion, der Drüsensekretion u. ä. Der Begriff »psychologische Ursache« bedeutet, daß die Ursachen für die physiologischen Veränderungen nicht in äußeren Einwirkungen zu suchen sind wie z. B. Infektion, Drogeneinfluß.“³⁴⁵

Die Kernthese Lachmans besteht nun darin, dass emotionales Verhalten erlernt werden könne, obwohl es ursprünglich autonom ist.³⁴⁶ Als möglicherweise emotionales Verhalten auslösende Reize werden genannt:

- „- unerwartete, plötzlich auftretende Stimuli,
- intensive Stimuli,
- unbekannte Stimuli,
- die Frustration zielgerichteten Verhaltens,
- Konfliktsituationen.“³⁴⁷

Dabei ist das wichtigste Prinzip die klassische Konditionierung, die durch die Kontinuität eines neuen Stimulus mit dem ursprünglichen ermöglicht wird. Im Ergebnis sagt die Theorie aus, dass bestimmte Reaktionen physiologischer Art im Laufe der Zeit durch eine steigende Zahl an Reizen hervorgerufen werden. Psychosomatisch relevant ist dabei, dass nach diesem Ansatz bei hinreichender Intensität emotionaler Reaktionen unwiderrufliche Dysfunktionen physiologischer Natur sowie pathologische Veränderungen der Struktur entstehen können.³⁴⁸

Operante Verstärkungen tragen hingegen nach dieser Auffassung zur Chronifizierung der psychosomatischen Erkrankung bei: „Die wirksamsten Verstärkungen sieht er (Lachman, M. Hager) in den sogenannten »every day gains«, zu denen sowohl direkte – vorwiegend soziale – Verstärker wie Zuwendung, Pflege, ..., als auch das Vermeiden unangenehmer Situationen wie Arbeit, unangenehme Verpflichtungen u. ä. gehören. Der Teufelskreis besteht darin, daß eine

³⁴⁵ Franke 1981, S. 44

³⁴⁶ vgl. Franke 1981, S. 44

³⁴⁷ Franke 1981, S. 44

³⁴⁸ vgl. Franke 1981, S. 44 f

einmal entstandene psychosomatische Störung (...) Reize produziert (...), die ihrerseits ... Reaktionen bedingen (...), die nun wieder die psychosomatische Reaktion reaktivieren (...) oder intensivieren – und so weiter.“³⁴⁹

³⁴⁹ Franke 1981, S. 45

1.4.5 Sozialätiologische Theorien

Unter sozialätiologischen Theorien psychosomatischer Erkrankungen versteht man jene Konstrukte, die vorwiegend soziale Bedingungen und Faktoren als krankheitsverursachend einschätzen. Als Abschluss dieses ersten Kapitels soll daher in Ergänzungsabsicht in kurzer Darstellung Schaefer's sozialphysiologischer Ansatz als Beispiel derartiger Modelle vorgestellt werden.

Nach Schaefer befasst sich Sozialphysiologie danach „... mit der Frage, auf welche Weise soziale Zustände und Prozesse in Form physiologisch analysierbarer Mechanismen auf den Menschen einwirken. Sie geht dabei von der Annahme aus, daß beim Menschen als Zoon politikon gesellschaftliche Verhaltensweisen genetisch determiniert sind und zusätzliche gesellschaftliche Verhaltensmuster im Sozialisationsprozeß erworben werden. Werden nun diese Verhaltensmuster gestört, so resultiert abweichendes, krankes Verhalten (...).“³⁵⁰

Unter ‚sozialen Faktoren‘ versteht Schaefer hierbei einmal die aus Menschen bestehende soziale Umwelt des Individuums, andererseits aber auch die veränderte Umwelt physisch-technischer Art; dazu zählen beispielsweise Faktoren wie etwa Luftverschmutzung oder Lärm.³⁵¹

Diese Faktoren haben unterschiedliche Auswirkungen auf den Menschen:

- „Technosomatische Wirkungen: Das sind solche, »welche die Leiblichkeit des Individuums verändern, ohne sich dabei bewußter oder bewußtseinsfähiger Funktionen zu bedienen.«³⁵² Sie laufen in der vegetativen Sphäre ab ohne Auswirkungen auf psychische Reaktionen zu haben. Auf technosomatischen Wirkungen beruhen zum Beispiel Berufskrankheiten wie Staublunge
- Soziosomatische Wirkungen: Diese bewirken »eine Beeinflussung des Verhaltens, ohne daß dabei erkennbare Emotionen ausgelöst oder Reflexionen über Verhalten aufgestellt werden.«³⁵³ Hierher gehören gesellschaftliche Erscheinungen wie Eßgewohnheiten, Rauchen, Erziehungsprinzipien.

³⁵⁰ vgl. Schaefer 1975, 1976, zitiert nach Franke 1981, S. 46

³⁵¹ vgl. Schaefer 1975, 1976, zitiert nach Franke 1981, S. 46

³⁵² Schaefer 1975, zitiert nach Franke 1981, S. 46

³⁵³ Schaefer 1975, zitiert nach Franke 1981, S. 46

- Emotionale Wirkungen: Hierunter fallen die Phänomene, die im allgemeinen unter den Begriff des psychosozialen Streß zusammengefaßt werden, also alle gesellschaftlichen Situationen und Reize, die Emotionen auslösen und dadurch »mannigfaltige Auswirkungen auf alle Organe, die neural oder humoral rasch beeinflufßbar sind«³⁵⁴, haben (...).³⁵⁵

In diesem Zusammenhang wird somit von Noxen auf gesellschaftlicher Ebene gesprochen, die jedoch nur schwierig erfasst werden können: „Zwar gibt es direkt krankmachende soziale Wirkfaktoren, die meisten jedoch sind nur insoweit interessant, als sie Emotionen auslösen. Die Schwierigkeit besteht somit darin, daß die gesellschaftliche Noxe immer auf ein Individuum trifft, das aufgrund seiner genetischen Veranlagung und seiner Sozialisation und Lerngeschichte in je individueller Weise krankheitsanfällig ist.“³⁵⁶

Insgesamt erklärt Schaefer sowohl die Wirkung psychosozialer Reize als auch die Art und Weise der Reizverarbeitung im Sinne des Stresssyndroms. Er selbst betrachtet es als kritisch, dass Risikofaktoren allgemeiner Art durch die persönliche Lerngeschichte des Individuums den je spezifischen Charakter bekommen.³⁵⁷

Einen weiteren sozialätiologischen Ansatz vertritt Frese (1977). Seine Theorie zur Ätiologie von Störungen psychischer Art bei Arbeitern umfasst neben psychosomatischen Krankheiten auch psychoneurotische und psychotische Beeinträchtigungen. Frese geht es dabei um den Nachweis, dass die Bedingungen, unter denen Arbeit im kapitalistischen System abläuft, entscheidend bei der Auslösung von psychischen Krankheiten mitwirken. Dabei spielen die Begriffe ‚Stressor‘ und ‚Kontrolle‘ eine wesentliche Rolle in diesem Konzept, wobei Frese unter ‚Stressor‘ sowohl eine externe Reizsituation als auch individuelle und spezifische Reaktionsmuster versteht. Allerdings tritt deren krankmachende Wirkung erst ab einem bestimmten Schwellenwert ein, wobei die negative Wirkung mit Belastungen und Konflikten der betroffenen Person in anderen Lebensbereichen steigt. Das Ausmaß an Möglichkeiten, sich dem Stressor zu entziehen oder ihm zu begegnen ist maßgeblich für die Entstehung der Krankheit entscheidend.³⁵⁸

³⁵⁴ Schaefer 1975, zitiert nach Franke 1981, S. 46

³⁵⁵ Franke 1981, S. 46

³⁵⁶ Franke 1981, S. 46 f

³⁵⁷ vgl. Franke 1981, S. 48

³⁵⁸ vgl. Franke 1981, S. 48 f

1.5 Ausblick

Um einschätzen zu können, wo sich die Forschung innerhalb der psychosomatischen Medizin bewegt, ist es notwendig, noch einmal auf v. Uexküll zurückzukommen. Zwar ist sein Situationskreiskonzept noch kein psychosomatisches Krankheitsmodell, „Es hat aber Züge einer Systemtheorie und einer Zeichentheorie. Damit ist es Abschluß oder auch Neubeginn einer Ära der psychosomatischen Konzeptbildung.“³⁵⁹ Gerade in den vergangenen Jahren nämlich kann sich die Zeichentheorie eines großen Bedeutungszuwachses erfreuen, weil im neurobiologischen und immunologischen Bereich erhellende Erkenntnisse über komplex strukturierte Zeichenträger-netze, Netze von Botenstoffen und Nachrichtenübermittlungen entstanden sind, was dazu geführt hat, dass zum Beispiel heute bekannt ist, dass etwa Zellen miteinander kommunizieren können.³⁶⁰ Damit befinden wir uns „... mitten in einer Forschung, die den psychophysischen Organismus als ein hochkomplexes Kommunikationssystem auf unterschiedlichen Ebenen verstehen lernt.“³⁶¹

Man kann wohl behaupten, dass die Zeit neuer Konzeptentwicklungen noch nicht angebrochen ist; die bekannten existierenden Modelle sind von unterschiedlicher und begrenzter Reichweite und sie setzen jeweils den zu ihrer Zeit aktuellen empirischen Wissensstand ein.³⁶² „Zukünftige Konzepte werden vermutlich hochkomplex sein und müssen die Befunde der Molekularbiologie, der Neurobiologie, der Biosemiotik, der Immunologie, der feed-back-Mechanismen, der rhythmischen Vorgänge und deren Bifurkationen, die Interpretation von Information in komplexen Systemen und Subsystemen berücksichtigen (...).“³⁶³ Eine große Bedeutung werden auch die psychoanalytische Annahmen verifizierenden Befunde im Bereich der Hirnphysiologie haben, weil die Erfahrungen, die wir früh im Leben machen, sich im zentralen Nervensystem morphologisch niederschlagen, wobei das emotionale Gedächtnis eine sehr zentrale Bedeutung für die Genese psychosomatischer Erkrankungen hat.³⁶⁴ „Die zukünftigen psychosomatischen Konzepte, die sich dieser Empirie bedienen werden, müssen indessen für praktische Bedürfnisse der Orientierungen im klinischen Alltag brauchbar sein.“³⁶⁵

³⁵⁹ Speidel in Nissen 2002, S. 20

³⁶⁰ vgl. Speidel in Nissen 2002, S. 21

³⁶¹ vgl. Bahnson 1986, zitiert nach Speidel in Nissen 2002, S. 21

³⁶² vgl. Speidel in Nissen 2002, S. 21

³⁶³ vgl. Weiner & Mayer 1990, zitiert nach Speidel in Nissen 2002, S. 21 f

³⁶⁴ vgl. Deneke 2001, zitiert nach Speidel in Nissen 2002, S. 22

³⁶⁵ Speidel in Nissen 2002, S. 22

1.6 Zwischenbilanz

Am Ende des ersten Kapitels dieser Arbeit erscheint eine kurze Bilanz sinnvoll. Im Abschnitt über die Begriffe der ‚psychosomatischen Erkrankung‘, der ‚Psychosomatik‘ und der ‚psychosomatischen Medizin‘ wurde ein erster Versuch unternommen, einen ordnenden Einblick in diesen Bereich der Medizin zu ermöglichen. In Ergänzungsabsicht wurde ferner das Krankheitsmodell psychosomatischer Erkrankungen bzw. dessen Problematik dargestellt und ein kurzer geschichtlicher Rückblick verfasst, um auch die Dimension ‚Zeit‘ nicht unbeachtet zu lassen.

Größeren Raum nahmen die unterschiedlichen Modelle psychosomatischer Erkrankungen ein. An dieser Stelle soll nun der Hinweis ergehen, dass die gebotene Theoriemenge einmal einen Einblick in unterschiedliche Denkweisen und Erklärungsversuche psychosomatischer Erkrankungen geben sollte; die Verfolgung eines anderen Zieles ist für den Gesamtkontext dieser Arbeit aber weitaus wichtiger: Die unter Umständen beim Leser der Arbeit nun vorhandene Verwirrung in Begriffen und Theoriekonstrukten, verbunden mit der Frage, welche Theorie und welche Definition denn nun die ‚richtige‘ Denkrichtung sei, entspricht der Uneinigkeit in vielen Bereichen des zweiten Kapitels, in dem die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen diskutiert und dargestellt werden soll. Im ersten wie im zweiten Kapitel wird deutlich spürbar, worin die Notwendigkeit und Absicht der vorliegenden Arbeit liegt: **Der Patient als Subjekt muss wieder mehr Eingang in die Medizin finden**, weil er als Betroffener in der Diskussion um die passende Theorie psychosomatischer Erkrankungen und der Diskussion darum, was eine psychosomatische Erkrankung ist, zu sehr aus dem Blick gerät.

Wie bereits erwähnt wurde, kann auch das zweite Kapitel eine derartige Fülle an Wissen und Theorie nicht einfach ausblenden. Aber der Leser hat durch diese kommentierenden Zeilen die Möglichkeit, den folgenden Teil auch oder gerade unter dem Aspekt der ‚Ausblendung der Patientenperspektive‘ aus den modernen Klassifizierungssystemen zu lesen, um dadurch eine gute Vorbereitung auf den eigenen Forschungsbeitrag der Dissertation zu erhalten, der die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen als biographisches Ereignis untersuchen möchte, um völlig unabhängig von ICD-10 oder DSM-IV ein bestimmtes Krankheitschicksal von einer gänzlich anderen Seite her zu beleuchten – nämlich von der des Patienten.

2. Die ‚Herzneurose‘ – Annäherung an ein vielfach diskutiertes Störungsbild

„In fast allen Kulturkreisen der Antike – so etwa in der Maya-Kultur, bei den Griechen, den Etruskern oder den Römern – wurde dem Herzen eine Sonderstellung unter den Körperorganen eingeräumt. In der klassischen Antike wurde das Herz zusammen mit dem Zwerchfell als Sitz der Gefühle und Angelpunkt (...) sowie als Wurzel (...) des Lebens angesehen. Die Überzeugung, daß das Herz Sitz der Gefühle und der Lebenskraft sei, hat das Zeitalter der Aufklärung und Desillusionierung durch die naturwissenschaftliche Forschung überdauert und lebt in zahlreichen Redewendungen, religiösen Riten und Symbolen weiter.“³⁶⁶

Diese überwältigende Einfachheit in der Beschreibung des Herzens und seiner zentralen Stellung im Leben jedes einzelnen Menschen findet sich beim Störungsbild der Herzneurose leider nicht. Es ist schon deshalb äußerst schwierig, sich dem Störungsbild ‚Herzneurose‘ anzunähern, weil der Begriff in vielen Wissenschaften keine Verwendung mehr findet und gerade innerhalb der Medizin, in Abhängigkeit von der Ausbildungsrichtung des Arztes oder des Therapeuten, häufig als veraltet betrachtet wird.

Weil im ersten Kapitel der Arbeit aber gerade die psychoanalytischen Modelle eine größere Beachtung gefunden haben und weil sich die Psychoanalyse auch in Zeiten moderner Klassifizierungssysteme den Begriff der Herzneurose nicht nehmen lässt, erscheint es berechtigt, hier zunächst den Neurosenbegriff einzuführen.

„Der Begriff der ‚Neurose‘ wurde, so weit bekannt, ab 1776 von dem englischen Arzt Cullen geprägt. Alle Krankheitsbezeichnungen, die auf -ose enden, bezeichnen nach der Logik der medizinischen Nomenklatur einen chronisch-degenerativen Prozess, während die Krankheiten mit der Endung -itis ein akut oder auch chronisch entzündliches Geschehen meinen.“³⁶⁷ Entsprechend gilt: „So stellte man sich die Neurose im 19. Jahrhundert bis zu den Entdeckungen Freuds auch wirklich vor: die Neurotiker wurden als ‚Dégénérés‘ bezeichnet, als Menschen mit einem degenerierten Nervensystem. Das ist natürlich ganz falsch, aber der Ausdruck ‚Neurose‘ hat sich zur Bezeichnung einer bestimmten Gruppe ‚nervöser‘ Erkrankungen trotzdem bis auf den heutigen Tag erhalten.“³⁶⁸

³⁶⁶ Nutzinger in Nutzinger und andere 1987, S. 22

³⁶⁷ Bittner 1998, S. 79 f

³⁶⁸ Bittner 1998, S. 80

Beachtet man also den Ursprung des Begriffes in Verbindung mit dem Wunsch moderner Klassifizierungssysteme, diesen belasteten Begriff zu umgehen, ist diese Vermeidungsbestrebung durchaus zu verstehen. Dennoch würde einiges an Wissen zerstört werden, wenn es diesen Begriff nicht mehr geben würde.³⁶⁹ „Der paradoxe Umstand liegt nun darin, dass man sich heute aus psychoanalytischer Sicht für den Erhalt dieses ‚falschen‘ Begriffs einsetzen muss, damit wahre und zutreffende Erkenntnisse über das Wesen psychischer Krankheit nicht verloren gehen.“³⁷⁰

Es bleibt also der Hinweis zu beachten, dass der Neurosenbegriff aus einer bestimmten Perspektive heraus nicht völlig verschwinden sollte. Dennoch stellt sich die Frage, was eine Neurose denn ist; Freud selbst nennt lediglich die Nervosität als Charakteristikum und deutet damit an, die Neurose sei quasi „... Herrn Jedermanns Krankheit.“³⁷¹

Diese ‚Definition‘ mag den einen Leser befriedigen, den anderen Interessierten veranlasst sie zum Kopfschütteln. Abgesehen davon, dass man diese Definition innerhalb der Psychoanalyse für gut empfindet, weil die genannte Einsicht zu den Entdeckungen überhaupt in der Psychoanalyse gehört, weil durch sie der Unterschied zwischen gesund und krank relativiert wird,³⁷² liefert Mentzos ein gutes Beispiel für die Unmöglichkeit, neurotische Störungen zu klassifizieren: „Er schildert als Beispiel die Geschichte einer Frau, die bei einem ersten Kontakt über Angstzustände und sexuelle Störungen klagte. Vier Jahre später stand eine psychosomatische Komponente (paroxysmale Tachykardie) stärker im Vordergrund. Noch später wird die Patientin mit dem ausgeprägten sexuellen Desinteresse ‚verrückt‘ vor Eifersucht, wenn sie sich vorstellt, ihr Mann könnte mit einer anderen Frau etwas anfangen.“³⁷³

An diesem Beispiel kann man erkennen, dass es schlicht unmöglich ist, einen derartigen Fall in diagnostischen Schemata zu verorten, ohne ihn mit Gewalt hineinzupressen.³⁷⁴ Begründet werden könnte dies auch mit der Meinung von Mentzos, dass Neurosen lediglich Abwandlungen von der Normalität sind³⁷⁵ und daher auch nicht als Krankheiten im medizinischen Sinne ver-

³⁶⁹ hier wird eine Meinung vertreten, die auch bei Bittner zu finden ist (vgl. Bittner 1998, S. 80)

³⁷⁰ Bittner 1998, S. 80

³⁷¹ Bittner 1998, S. 81

³⁷² vgl. Bittner 1998, S. 81

³⁷³ vgl. Mentzos 1982, zitiert nach Bittner 1998, S. 82

³⁷⁴ vgl. Mentzos 1982, zitiert nach Bittner 1998, S. 82

³⁷⁵ vgl. Mentzos 1982, S. 19

standen werden können, weswegen man sie auch nicht nach medizinischer Art klassifizieren kann.³⁷⁶

Eine kompakte und noch immer verwendbare Definition der Neurosen gibt Michaelis. Für ihn sind sie „... seelische oder körperliche Leidenszustände, deren Pathogenese, die in zeitlicher Tiefengliederung bis in die frühe Kindheit zurückreichen kann, ihre wesentlichen Determinanten aus Erlebnissen erhält, die dem Leidenden nicht oder nur mangelhaft einsichtig sind, zumindest aber von ihm nicht in ihrem genetischen Zusammenhang mit dem aktuellen Leidenszustand übersehen werden können.“³⁷⁷

Dass diese über 30-jährige Definition auch heute noch Gültigkeit hat und sogar dazu berechtigt, den Begriff der ‚Herzneurose‘ zu verwenden, wird das Kapitel über die Ätiologie und Pathogenese zeigen. War die Intention zunächst, den Begriff der Neurose einzuführen, sieht sich der Leser aber plötzlich auch wieder auf das Motto dieser Arbeit verwiesen: „Mit dieser von Mentzos entwickelten Perspektive wäre der Weg frei für ein neues Verständnis psychischer Krankheit, ...: der Verzicht³⁷⁸ auf jedes Denken in nosologischen Spezifitäten zu Gunsten des Blicks auf die ‚Lebensneurose‘, das letztlich unspezifizierbare und unklassifizierbare individuelle Leiden, das sich bald dieser, bald jener Verarbeitungsmodi bedient und dabei in dieser oder jener Weise Schiffbruch erleidet – kurz: eine biographisch-interpretierende statt einer medizinisch klassifizierenden Konzeption seelischer Krankheit.“³⁷⁹

Nach diesen grundsätzlichen Gedanken ist es an der Zeit, wieder zur Annäherung an die Herzneurose selbst zurückzukehren. Obwohl mittlerweile zu den betagten Klassikern auf dem Gebiet der Herzneurose gehörend, kann die Verteidigung des Begriffs von Richter und Beckmann angeführt werden: „Der bündige, wenn auch sprachlich unschöne Name Herzneurose hat ... Vorzüge: er wird trotz seines etwa 100jährigen Gebrauches immer noch mit am häufigsten verwendet.³⁸⁰ Er ist im angelsächsischen Sprachgebiet (...) nicht minder geläufig als im deutschen. Und schließlich findet er sowohl bei Internisten als bei Psychiatern und Psychoanalytikern Verwendung, wohingegen manche anderen Bezeichnungen sich entweder nur inner-

³⁷⁶ vgl. Mentzos 1982, S. 107

³⁷⁷ Michaelis 1970, S. 77

³⁷⁸ oder zumindest die Reduzierung, Anmerkung des Verfassers

³⁷⁹ Bittner 1998, S. 82

³⁸⁰ dies betrifft mittlerweile aber fast ausschließlich den psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Bereich

halb der internistischen oder nur innerhalb der psychiatrischen Sonderterminologie einen Platz geschaffen haben.“³⁸¹

Von der Aktualität des Begriffs ist auch Lamprecht überzeugt, nimmt aber eine Begriffserweiterung vor: „Die Herzneurose oder besser Herzangstneurose ist der heute akzeptierte Begriff durch die Beschreibung von Richter und Beckmann (...), für den früher eine Vielfalt von Begriffen, z. B. Effort-Syndrom, irritables Herz, Herzhypochondrie, Herzangstsyndrom, Herzphobie usw. verwandt wurden.“³⁸²

Was aber hat man sich unter einer Herzneurose genau vorzustellen? Bittners Beschreibung der Herzneurose eignet sich bestens³⁸³ für einen ersten Einblick in Symptome und Entstehungshintergrund der Erkrankung, ohne dabei auf die Problematik der Bezeichnung, Verortung und Detailsymptomatik einzugehen: „Das ist nun recht typisch für Herzneurosen, daß eine an sich harmlose Herzaktion, sei es eine Pulsbeschleunigung, eine Extrasystole oder etwas anderes, falsch interpretiert und als bedrohlich erlebt wird. Die erste Vorbedingung solcher Zustände ist also die, daß man an seinem Körper Wahrnehmungen macht, auf die man normalerweise nicht achtet, und diese dann in bedrohlichem Sinne mißdeutet. Daraufhin schleift sich der Angstzirkel ein, der diese bedrohlichen Erscheinungen nach Art eines bedingten Reflexes hervorruft.“³⁸⁴ Zu den Entstehungsgründen sagt Bittner, dass speziell bei Kindern und Jugendlichen ein traumatisches Erlebnis, etwa der Herztod eines Verwandten, für die Entstehung einer derartigen Störung verantwortlich gemacht werden könne.³⁸⁵ Schließlich scheint es so, als ob Herzneurotiker in der Kindheit keine ausreichende Selbstsicherheit ausbilden konnten.³⁸⁶

Insgesamt kann man mit Csef sagen, dass sich in der Praxis ein verhältnismäßig gleichförmiger Beginn und Ablauf dieser Erkrankung findet, während in der Theorie immer noch Verwirrung herrscht.³⁸⁷ Dieser Verwirrung – gerade um die Verortung und Bezeichnung der Erkrankung – wird dieses Kapitel im weiteren Verlauf Beachtung schenken. Zunächst soll aber ein kurzer geschichtlicher Rückblick weitere Informationen liefern.

³⁸¹ Richter & Beckmann 1973, S. 2

³⁸² Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

³⁸³ natürlich ist mit dieser Beschreibung nur ein erster Blick auf die Störung unternommen – Symptomatik und Ätiopathogenese sind weitaus komplexer!

³⁸⁴ Bittner 1994, S. 39 f

³⁸⁵ vgl. Bittner 1994, S. 41

³⁸⁶ vgl. Richter & Beckmann 1969, zitiert nach Bittner 1994, S. 43

³⁸⁷ vgl. Csef 1985, S. 321

2.1 Ein kurzer geschichtlicher Rückblick

„Bereits im frühen 19. Jahrhundert, nämlich 1832, veröffentlichte der englische Internist *Hope* in einem Lehrbuch über Kardiologie unter der Bezeichnung ‚nervöses Herzklopfen‘ eine exakte Beschreibung der Symptomatologie der Herzphobie,³⁸⁸ wobei der Autor die Angst und nervliche Anspannung sowie die hypochondrische Überzeugung, herzkrank zu sein, bei diesen Patienten hervorhob.“³⁸⁹ Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Bemerkung von Michaelis, dass es dieses Störungsbild schon im Mittelalter gegeben hat: „Die aus dem Mittelalter datierte Bezeichnung ‚Anxietas cordis‘ sowie der später offenbar in Anlehnung daran von *Vogel* (1764) geprägte Begriff ‚Anxietas praecordialis‘ meinen offensichtlich schon – zumindest phänomenologisch – Symptomenkomplexe, die wir in unseren Fällen vor uns haben.“³⁹⁰

Innerhalb der deutschsprachigen Literatur taucht das Störungsbild erst im Jahre 1855 auf, indem es von dem Kardiologen Stokes erwähnt wird, der neben den körperlichen Symptomen der Störung auch psychische Beeinträchtigungen, gedrückte Stimmung, Hypochondrie und phobische Zustände nennt.³⁹¹

„Der Begriff »Herzneurose« wurde nach Richter und Beckmann (1969) erstmals vom Wiener Kliniker Oppolzer 1867 verwendet.“³⁹² Im Gegensatz zu Stokes unterlässt Oppolzer in seiner Symptombeschreibung jedoch das Erwähnen der genannten bedrückten Stimmung sowie der Patientenüberzeugung, tatsächlich an einer organischen Herzerkrankung zu leiden und möglicherweise einen Herztod zu erfahren.³⁹³

„Tatsächlich ist die psychopathologisch auffällige Art, wie Patienten ihre Anfälle verarbeiten, offensichtlich ein wesentlicher Bestandteil der Krankheit selbst und nicht nur eine Folgeerscheinung.“³⁹⁴ 1871 erwähnt Da Costa Herzbeschwerden bei Angehörigen des Militärs. Dieser Umstand brachte der Herzneurose auch die Bezeichnung ‚soldiers heart‘ ein.³⁹⁵

³⁸⁸ das Problem der Begrifflichkeit wird im 2. Kapitel erörtert

³⁸⁹ vgl. Hope 1832, zitiert nach Nutzinger in Nutzinger und andere 1987, S. 22

³⁹⁰ Michaelis 1970, S. 10

³⁹¹ vgl. Stokes 1855, zitiert nach Nutzinger in Nutzinger und andere 1987, S. 22

³⁹² vgl. Richter & Beckmann 1969, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 464

³⁹³ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 4

³⁹⁴ Richter & Beckmann 1973, S. 4

³⁹⁵ vgl. Da Costa 1871, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 464

„In der darauffolgenden Zeit folgten eine Reihe von Veröffentlichungen, die sich mit dieser Krankheit vom klinischen Gesichtspunkt aus deskriptiv auseinandersetzten und Bezeichnungen einführten, wie »Effort Syndrom«, »neurozirkulatorische Asthenie«, »Herzneurose«, »Herzphobie«, »Neurasthenie« »Angstneurose«, »vasomotorische Neurose«, »funktionelle Herz-Kreislaufstörungen«, »vegetative Dystonie« usw.“³⁹⁶

1895 beschreibt Freud mit der Angstneurose exakt das Symptombild der Herzneurose, wobei ihn hierbei die psychosomatische Hypothese geleitet hat, dass alle die Beschwerden im Zusammenhang mit der Angstneurose Äußerungen oder Äquivalente der Angst sind.³⁹⁷

Nach dem Zweiten Weltkrieg rückte das Störungsbild ins Visier der deutschen Psychiatrie: „Zum Unterschied von der englischsprachigen Literatur beschäftigen sich nach dem Zweiten Weltkrieg eine Reihe von namhaften deutschen Psychiatern mit dem Herzphobiesyndrom – so etwa *Brütigam, Cremerius, Ernst, Kulenkampff* und *Bauer, Hahn, Michaelis, Richter* sowie von *Uexküll*; in diesen Veröffentlichungen wurde das Krankheitsbild zwar mit unterschiedlichen Termini versehen und hinsichtlich der Abgrenzung von anderen funktionellen Herz-Kreislauf-Beschwerden unterschiedlich weit definiert, es wurde aber von allen Autoren als ein eigenständiges Syndrom aufgefaßt.“³⁹⁸ Auffällig ist bereits im geschichtlichen Rückblick die Heterogenität in der Begriffswahl für das vorliegende Störungsbild und die unterschiedliche Akzentsetzung in der Verortung, die bis heute nicht ausdiskutiert ist und im weiteren Verlauf des Kapitels vertieft dargestellt wird. „Immer wieder gab und gibt es Versuche, den herzneurotischen Symptomenkomplex in enger umgrenzte Einzelformen aufzuspalten, wobei mal dieses, mal jenes Krankheitszeichen als Leitsymptom deklariert wurde.“³⁹⁹

Richter und Beckmann haben wohl (noch immer) Recht, wenn sie sagen, „... daß die Herzneurose als Grenzthema zwischen innerer Medizin und Psychiatrie bisher weniger synoptisch ‚psychosomatisch‘ als dualistisch bearbeitet worden ist, nämlich einerseits als Herz-Kreislauf-Krankheit – ohne eigentlich ihrem Wesen nach eine solche zu sein –, andererseits als psychische Krankheit, aber auch als solche in einer Sonderstellung gegenüber den klassischen Neurosen.“⁴⁰⁰

³⁹⁶ Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 464

³⁹⁷ vgl. Freud 1895, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 4 f

³⁹⁸ Nutzinger in Nutzinger und andere 1987, S. 23

³⁹⁹ Richter & Beckmann 1973, S. 5

⁴⁰⁰ Richter & Beckmann 1973, S. 13

2.2 Symptombeschreibung und Patientenverhalten einer hier noch nicht näher verorteten Störung

Absicht dieses Abschnitts ist die Darstellung der Symptome sowie des Verhaltens der Patienten, die an einer Herzneurose leiden. Die Überschrift macht deutlich, dass es an dieser Stelle auch wirklich nur auf die Symptomatik ankommt – die Verortung und Benennung der Störung, die hier als Herzneurose betitelt wird, soll an dieser Stelle noch nicht diskutiert werden.

Einführend bietet sich hier die Schilderung eines Falles an, der so oder ähnlich immer wieder in der Literatur zu finden ist und bereits in der Einleitung geschildert wurde:

„Ein 36-jähriger Patient leidet seit ca. 1 Jahr unter anfallsweise auftretenden Herz-Kreislauf-Beschwerden, bei denen im Mittelpunkt Herzjagen, Schwächegefühle und Schweißausbrüche stehen. Begleitet werden diese Beschwerden von einem intensiven Gefühl der Todesangst. Der Patient, er ist von Beruf Bankkaufmann, schildert seine Lebenssituation, vor allem seine berufliche Situation als außerordentlich belastend. Er sei aus beruflichen Gründen häufig gezwungen, Überstunden zu machen und dann noch Arbeit mit nach Hause zu nehmen. Seine Frau, die zwar sehr verständnisvoll sei, habe ihm des öfteren Vorwürfe gemacht. Durch die Überlastung sei er insgesamt sehr reizbar, wenn seine Kinder nicht sofort gehorchten oder in der Schule Schwierigkeiten hätten. Zu einem ersten »Herzanfall«, der zu seiner Einweisung in das örtliche Kreiskrankenhaus führte, kam es, nachdem er nach einem intensiven Arbeitstag abends auf einer Veranstaltung eine Rede halten müssen. Als er anschließend in der Nacht nach Hause gekommen sei, habe ihm seine Frau Vorhaltungen gemacht. Etwas später sei er dann im Badezimmer zusammengebrochen, ohne jedoch bewußtlos zu sein, er habe intensive Todesangst verspürt, Herzjagen, Schwäche, Schweißausbrüche usw. Der von der Ehefrau herbeigerufene Hausarzt veranlaßte die sofortige Einweisung in das örtliche Kreiskrankenhaus, wo die Diagnose eines Herzinfarktes gestellt wurde. Bemerkenswert dabei ist, daß der genannte Hausarzt, mit dem der Patient befreundet ist, ihm wenige Tage vorher in bezug auf sein berufliches Verhalten Vorwürfe gemacht und geäußert hatte, wenn er so weitermache, würde es zwangsläufig zu einem Herzinfarkt kommen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus konnte er sich in seinem beruflichen Verhalten nicht ändern, er habe voll wieder einsteigen müssen, vor allem, nachdem durch seine Krankheit größere Mengen von Arbeit liegengeblieben seien. Nachdem es etwa ein halbes Jahr später zu einem erneuten »Herzanfall« gekommen war, wurden erneut extensive kardiologische Untersuchungen vorgenommen. Diese erbrachten keinen Anhaltspunkt für das

Vorliegen eines durchgemachten Herzinfarktes. So sprachen auch die vom Patienten im Zusammenhang mit seinem ersten »Herzinfarkt« geschilderten Beschwerden nicht für das Vorliegen eines solchen. Genau befragt gab der Patient dann später an, er habe ähnliche Beschwerden, wenn auch in geringerer Intensität, schon seit längerer Zeit vor seinem ersten »Herzinfarkt« gehabt, und zwar immer dann, wenn er öffentlich habe sprechen müssen. Er habe vor solchen Situationen intensive Angst gehabt, habe ihnen jedoch nicht ausweichen können, da seine berufliche Position derartige Reden notwendig machte. Er habe damals jedoch das Gefühl von Herzklopfen und Herzjagen, verbunden mit Mundtrockenheit und starkem Schwitzen, auf die Angst zurückgeführt und nicht das Gefühl gehabt, er sei in irgendeiner Form »herzkrank«. Dieses Gefühl habe er erst nach seinem »Herzinfarkt« gehabt, als die geschilderten Beschwerden bei den entsprechenden Anlässen auch in größerer Intensität aufgetreten seien."⁴⁰¹

An diesem Beispiel wird deutlich, was grundlegend charakteristisch für das Störungsbild der Herzneurose ist: „Patienten mit Herzphobie sind durch drei Merkmale gekennzeichnet:

1. Sie fühlen sich herzkrank.
2. Ein organischer Befund, der ihre Herzbeschwerden erklären könnte, ist nicht nachweisbar.
3. Im Angstanfall, den die Patienten meist als »Herzanfall« beschreiben, erleben sie panikartige Todesangst, die mit Tachykardien und vielgestaltigen psychovegetativen Symptomen verbunden ist. Die erlebte Bedrohung und den gefürchteten Tod projizieren sie auf das eigene Herz. Sie fürchten, das Herz könnte stehenbleiben oder zerreißen."⁴⁰²

Auch der im Fallbeispiel beschriebene Patient fühlt sich, wenn auch nicht von Anfang an, herzkrank, nachdem er einen ersten ‚Anfall‘ erlitten hatte. Kardiologische Untersuchungen haben auch bei ihm keinen Befund ergeben und der Patient erlebt die für die Herzneurose typische Todesangst.

⁴⁰¹ Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 464

⁴⁰² Csef 1996, S. 771

Im Überblick kann man festhalten, dass während des so genannten sympathikovalen Anfalls⁴⁰³ folgende subjektiv empfundene Symptome auftreten:

- Todes- und Vernichtungsangst mit panikartigem Charakter
- Erstickungs- und Beklemmungsgefühl
- Atemnot.⁴⁰⁴

Im physiologischen Bereich ist festzustellen:

- Herzjagen mit 120 – 160 Schlägen in der Minute
- Anstieg des Blutdrucks (bis zu 200/120 mmHg)⁴⁰⁵
- Hyperventilation
- Symptome psychovegetativer Natur wie etwa Schwitzen, Zittern oder Schwindel.⁴⁰⁶

Bereits Freud hat einen ‚Symptomkatalog‘ für die Angstneurose erstellt, der exakt dem Symptombild der Herzneurose entspricht.⁴⁰⁷ „Freud hob die Beobachtung hervor, daß die diversen Symptome innerhalb der Anfälle in unterschiedlicher Zahl und Mischung vertreten sein könnten. Er nannte im einzelnen: Störungen der Herztätigkeit mit Tachykardie, ‚Herzklopfen‘, ‚Herzkrampf‘, kurze Arrhythmien. Weiterhin: Störungen der Atmung (nervöse Dyspnoe, asthmaartige Anfälle), Schweißausbrüche, Zittern, Heißhunger, Schwindel, Kongestionen,⁴⁰⁸ Parästhesien.⁴⁰⁹ Hinzu komme während der Anfälle oft ein Gefühl von ‚Schlechtwerden‘ oder ‚Unbehagen‘. Die Anfälle könnten mit dem Gefühl der Lebensvernichtung, des ‚Schlagtreffens‘ oder des drohenden Wahnsinns verknüpft sein. Außerhalb der Anfälle zeige sich bei den Kranken eine ‚für das Bewußtsein meist latente, aber konstant lauernde Ängstlichkeit‘ in Form von allgemeiner Reizbarkeit, von Unheilserwartungen und speziell hypochondrischen Ideen. Auch Schwindelgefühle, Verdauungsbeschwerden, Hinfälligkeits- und Mattigkeitsgefühle, Schlafstörungen sowie pho-

⁴⁰³ „Die Symptomatik der herzneurotischen Anfälle entspricht ... dem pharmakologischen Effekt der vorwiegend auf die Beta-Rezeptoren (Das Wort „Beta“ wird hier anstatt des griechischen Zeichens im Originaltext verwendet, M. Hager) einwirkenden Katecholamine (Adrenalin) (...).“ (vgl. Bollinger 1967, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 15).

⁴⁰⁴ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 112

⁴⁰⁵ vgl. Bergmann & Hahn in Nutzinger und andere 1987, S. 76

⁴⁰⁶ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 112

⁴⁰⁷ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 4

⁴⁰⁸ Gefühl der Blutwällung im Kopf

⁴⁰⁹ Kribbelgefühl

bische Symptome seien oft chronisch vorhanden, desgleichen eine ‚Neigung‘ zu pessimistischer Auffassung der Dinge‘.⁴¹⁰

Diese schon von Freud beobachtete Symptomvielfalt in ihrer unterschiedlichen Ausprägung ist sicher als Grund für die aktuelle Diskussion um die korrekte Verortung der Herzneurose zu bewerten, denn mittlerweile hat sich eine Fokusverschiebung in die Richtung der Angst, der Panik und der Phobie als Anteil des Störungsbildes vollzogen.

Einen besonders ausführlichen Symptomkatalog, der die logische Unterteilung in *Anfall* und *anfallsfreies Intervall* berücksichtigt, ist bei Michaelis zu finden. Im akuten Anfall werden dabei folgende Symptome geschildert:

- | | | |
|---|---|--|
| - Angst vor Krankheiten des Herzens, vor Ohnmacht und Tod | - Kopfschmerzen | - Motorische Unruhe |
| - Schwindelgefühle | - Sehstörungen wie etwa Flimmern vor den Augen | - Harndrang nach dem Anfall |
| - Herzklopfen | - Brechreiz | - Herzrhythmusstörungen wie etwa Extrasystolen |
| - Herzsensationen wie Stech- oder Ziehschmerz | - Magensensationen wie etwa Druck oder Schmerz | - Forcierte Atmung (schnell, tief, seufzend) |
| - Innere Unruhe | - Entfremdungsgefühle (Derealisation, Depersonalisation) ⁴¹¹ | - Erhöhung des Blutdruckes |
| - Übelkeit | - Kältegefühl in den Extremitäten | - Zustände allgemeiner Erregung |
| - Gefühl der Beklemmung im Herz- und Brustbereich | - Ohrensausen | - Blässe im Gesicht |
| - Luftnot | - Hörstörungen | - Rötung des Gesichts |
| - Allgemeine Schwäche wie etwa Abgeschlagenheit | - Tachykardien | - Erbrechen |
| - Sensible Erscheinungen wie etwa Taubheitsgefühle | - Zittern | - Erweiterung der Pupillen |
| - Hitzegefühl | - Karpopedalspasmen (Krämpfe der Füße und Hände) | - Durchfall |
| | | - Mundtrockenheit |
| | | - Fleckige Hautrötung. ⁴¹² |

⁴¹⁰ vgl. Freud 1895, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 4

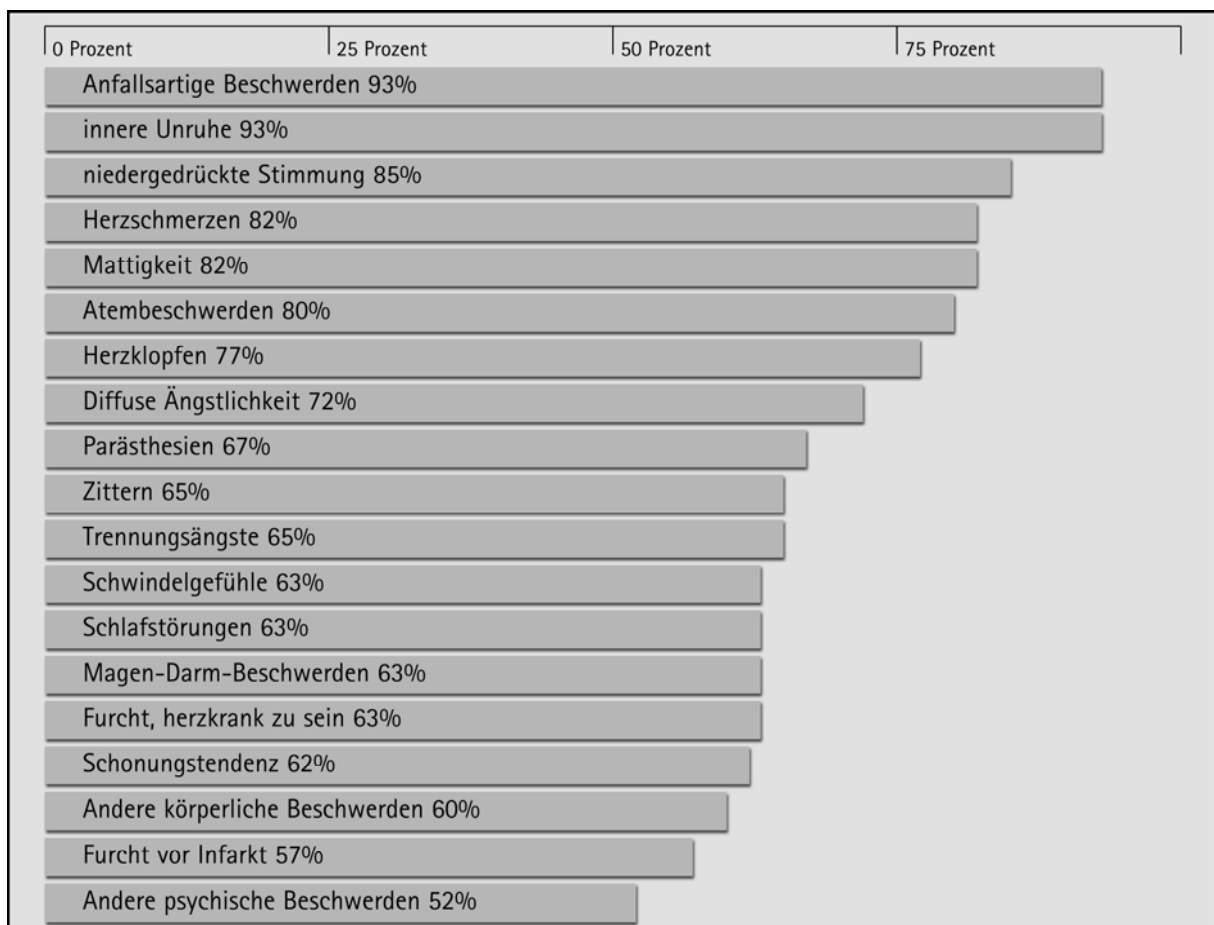
⁴¹¹ man beachte, dass diese Erscheinungen heute zu den dissoziativen Störungen gezählt werden

⁴¹² vgl. Michaelis 1970, S. 7 f

Eine ähnlich ausführliche und in den wesentlichen Charakteristika gleiche Auflistung der Symptome gibt Csef :

- Herzklopfen
- Angst
- Atemnot
- Wärmegefühl
- Tachykardie
- Schweißausbruch
- Müdigkeit nach dem Anfall
- Schüttelfrost
- Innere Unruhe
- Schwindelgefühle
- Todesangst
- Bewegungshemmung
- Herzschmerz
- Bruststeigegefühl
- Motorische Unruhe und/oder Zittern
- Bewusstseinsveränderung
- Kältegefühl
- Sehstörungen
- Beklemmungsgefühl
- Herzstiche
- Extrasystolie und/oder Arrhythmie
- Harndrang
- Hyperventilation
- Kopfschmerzen
- Schwächegefühl
- Feuchte Hände
- Ängstlichkeit
- Erregung
- Hörstörung
- Stuhldrang
- Schlafstörungen
- Depressive Verstimmungen.⁴¹³

Richter und Beckmann führen die an 60 Herzneurotikern in der Gießener Psychosomatischen Klinik beobachteten Symptome mit ihrer prozentualen Häufigkeit auf und kommen dabei zu folgender Verteilung:



⁴¹³ vgl. Csef 1990, S. 630

⁴¹⁴ Richter & Beckmann 1973, S. 50

Während der anfallsfreien Intervalle beschreibt Michaelis folgende Erscheinungen:

- Innere Unruhe
- Erwartungsangst (Furcht vor dem nächsten Anfall)
- Straßenangst (Angst davor, der Anfall ereilt den Patienten außerhalb der Wohnung)
- Klaustrophobie
- Angst, alleine zu sein
- Abgeschlagenheit
- Vegetative Symptome wie etwa Fingerzittern
- Auf das Herz gelenkte Aufmerksamkeit
- Schwindelgefühle
- Sehstörungen
- Schwindel-, Zitter- und Brechanfälle
- Anfallprovozierbarkeit durch physische Anstrengung oder psychische Anspannung
- Ausweitung phobischer Tendenzen
- Depressive Verstimmung
- Schlafstörungen
- Eingeschränkter Appetit
- Störungen der Potenz
- Reizbarkeit, Ängstlichkeit und andere Persönlichkeitsveränderungen
- Änderung der Befindlichkeit über den Tag hinweg (schlecht => gut)
- Schlafsucht
- Dauertachykardie (120 – 140 Schläge/Minute)⁴¹⁵
- Schonhaltung
- Alkoholismus (beruhigende Wirkung des Alkohols)
- Kontraphobisches Verhalten (besondere Belastung, um sich zu zeigen, dass man keine Angst haben muss).⁴¹⁶

Eine zentrale Stellung nimmt hier mit Sicherheit das **Schon- und Vermeidungsverhalten** der betroffenen Patienten in den anfallsfreien Intervallen ein. „Das typische Krankheitsverhalten des Herzphobikers besteht in einem Vermeidungsverhalten, das auf eine größtmögliche Schonung des Herzens abzielt. „Überhaupt erscheinen ihnen viele harmlose Unternehmungen, die sie früher als Selbstverständlichkeit betrachtet hätten, als entsetzlich riskant, als eine Herausforderung des Schicksals: ...“⁴¹⁷

Bei vielen anderen Patienten besteht eine Reihe anderer **phobischer Symptome** wie Straßenangst, Angst vor Menschenansammlungen, Warenhäusern, Lokalen, öffentlichen Verkehrsmitteln, engen Räumen usw. Hervorzuheben ist die ausgeprägte Angst vor dem Alleinsein, die sich in dem Bedürfnis nach ständiger Anwesenheit eines möglichst vertrauten Menschen – in einer Anklammerungstendenz zeigt. Zum typischen Krankheitsverhalten gehören ferner die ständige Kontrolle des Herzens und das Schonverhalten, beides leitet sich aus der Furcht bzw. der Überzeugung ab, herzkrank zu sein.⁴¹⁸

⁴¹⁵ dies dürfte sicher dem so genannten *Hyperkinetischen Herzsyndrom* zugeordnet werden, das im Teil über die Differentialdiagnose noch besprochen wird

⁴¹⁶ vgl. Michaelis 1970, S. 8 f

⁴¹⁷ Richter & Beckmann 1973, S. 70

⁴¹⁸ vgl. Nutzinger in Nutzinger und andere 1987, S. 26 f

Zur Kontrolle des Herzens gehört ferner die exakte Einnahme verordneter Medikamente und die Entlastung durch ein befundfreies EKG.⁴¹⁹ „Diese Merkmale erklären, daß es dem Patienten häufig in Gegenwart eines Arztes besser geht und es sehr selten unter ärztlicher Kontrolle zu starken Herzbeschwerden kommt. Für den Patienten ist dann eine Person vorhanden, von der er annimmt, daß sie die Herzfunktion beeinflussen bzw. kontrollieren kann; ...“⁴²⁰

In einer Untersuchung von Csef an 164 Patienten der Würzburger Ambulanz des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, die zwischen einem und zehn Jahren an der Störung litten, wurde herausgefunden, dass die Herzphobie häufig mit anderen Symptomatiken verbunden war, nämlich mit depressiven Verstimmungen, Zwangssyndromen, funktionellen Sexualstörungen,⁴²¹ psychosomatischen Erkrankungen und funktionellen Syndromen anderer Organsysteme.⁴²² Insgesamt kann folgender Symptomkanon für 92 von 164 Patienten angegeben werden, die länger als drei Jahre krank sind und psychotherapeutisch *nicht* behandelt wurden:

- „- Chronifizierung, Persistenz der herzphobischen Symptomatik
- phobische Ausgestaltung des Krankheitsbildes (multiple Phobien) und/oder hypochondrische Fehlhaltung
- begleitende neurotische, psychosomatische und psychiatrisch relevante Störungen (...)
- Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit (bevorzugt von Tranquilizern)
- Gravierende psychosoziale Folgen der neurotischen Fehlhaltung am Arbeitsplatz (Kündigungen, Arbeitslosigkeit wegen häufiger Fehlzeiten, Streit mit dem Arbeitgeber, Versorgungsansprüche)
- ‚symptompflegende Arzt-Patienten-Beziehung‘ (iatrogene Fixierung)
- Erkrankung von Kindern des Patienten an Herzphobie oder anderem Angstsyndrom
- Hochgradige Kommunikationseinschränkung der Familie durch die Herzphobie (...)
- Entwicklung von der Herzphobie zur Familienneurose (...).“⁴²³

⁴¹⁹ vgl. Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 466

⁴²⁰ vgl. Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 466

⁴²¹ neben funktionellen Sexualstörungen ist bei Herzneurotikern innerhalb der Partnerschaft offenbar auch häufig eine generelle Störung im Sexualleben zu finden; die Partner beklagen beide einen Mangel an körperlicher und verbaler Zärtlichkeit, weil derartige Bedürfnisse von den Partnern nicht formuliert werden können. Es handelt sich dabei um eine Störung in der Kommunikation zwischen Herzneurotiker/Nicht-Herzneurotiker (vgl. Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 165).

⁴²² vgl. Csef 1987, S. 175

⁴²³ Csef 1987, S. 177

Auch die später aufzugreifende Einordnung der Herzneurose in die ICD-10-Klassifikation nennt im Grunde diese Symptome:

„Die *somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems* (...) umfasst im Wesentlichen die Symptomatik der *Herzphobie* (Synonyma: Herzneurose, Herzingstneurose, Effort-Syndrom, Da-Costa-Syndrom, neurozirkulatorische Asthenie). Im Mittelpunkt stehen anfallsartig auftretende Herzschmerzen („Herzattacken“) bzw. herzbezogene Ängste in Verbindung mit funktionellen Herzbeschwerden oder vereinzelt Panikattacken.“⁴²⁴

Als weitere charakteristische Merkmale werden genannt:

- Wie bei einer Panikattacke anfallsartig auftretende Symptomaten, die aber schwerpunktmäßig auf das Herz bezogen sind (Tachykardie mit max. 160 Schlägen/Minute, Blutdruck-erhöhung mit Werten bis zu 210/110 mmHg),
- Extrasystolie, Hitzegefühle und Brennen im Bereich der Herzspitze, Hitze- und Kältewallungen, Schwitzen, Hyperventilation, Atemnot, Gefühl, zu ersticken,
- Beklemmungen, Schwindel, Parästhesien, Übelkeit, Vernichtungsgefühl, Konzentration auf das Herz, Schon- und Vermeidungsverhalten, Anklammerungstendenzen.⁴²⁵

Neben dem Schon- und Vermeidungsverhalten ist aber gerade die Angst ein ganz wesentliches Merkmal des Störungsbildes, Angst, „... die sich im wesentlichen auf die Funktionstüchtigkeit des Herzens und des Kreislaufs bezieht. Nach kurzer Zeit, nach der wiederholten Erfahrung der anfallsweisen Beschwerden, kommt oft eine zweite, für das Krankheitsbild wesentliche Komponente hinzu, die Angst, in Anwesenheit anderer Menschen durch die Beschwerden aufzufallen. Oft bezieht sich diese Angst darauf, die Patienten könnten das Bewußtsein verlieren und ohnmächtig werden und dadurch auffallen. Tatsächlich besteht diese Angst, ohne daß die Patienten tatsächlich jemals das Bewußtsein verloren hätten.“⁴²⁶

Sowohl Angst als auch Vermeidungsverhalten können leider auch besonders gut generalisiert werden – beides bezieht sich auf Situationen, in denen der Anfall schon aufgetreten ist. In der Folge führt dies dazu, dass Situationen, die sich der Kontrolle durch den Patienten entziehen,

⁴²⁴ Morschitzky 2000, S. 91

⁴²⁵ vgl. Morschitzky 2000, S. 91 f

⁴²⁶ Schonecke 1998, S. 14

gemieden werden – etwa das Busfahren, weil man zwischen zwei Stationen nicht aussteigen kann.⁴²⁷ „Im Laufe der Zeit werden zunehmend mehr Situationen als auslösend für die Beschwerden gefürchtet und entsprechend vermieden. Treten die Beschwerden, wenn auch vielleicht in abgeschwächter Form, in einer bestimmten, zur Ausgangssituation ähnlichen Situation auf, so stellt sich das von den Patienten befürchtete Ereignis ein, und auch diese Situation wird dann vermieden.“⁴²⁸

Es wird aus dem Gesagten deutlich, dass zwar bestimmte Grundmuster bei der Herzneurose häufig vorhanden sind – etwa das gerade dargestellte Schon- und Vermeidungsverhalten, dass die Herzphobie andererseits aber auch ein sehr komplexes uneinheitliches Krankheitsbild ist⁴²⁹, welches daher auch gründliche differentialdiagnostische Überlegungen notwendig macht.

⁴²⁷ vgl. Schonecke 1998, S. 18

⁴²⁸ Schonecke 1998, S. 18

⁴²⁹ vgl. Csef 1987, S. 179

2.3 Zur Bezeichnung des Störungsbildes

In den vorangegangenen Abschnitten wurde bereits darauf hingewiesen, dass es eine Vielzahl an Begriffen für dasselbe Störungsbild gibt. Teilweise wurden die verschiedenen Begriffe dabei auch bereits parallel eingesetzt. Es erschien aber sinnvoll, vor der Diskussion um die **Bezeichnung** des Störungsbildes die Symptomatik und das Patientenverhalten darzustellen, weil darauf aufbauend die Begriffsvielfalt, die jetzt Gegenstand der Diskussion ist, besser verstanden werden kann. Der **Begriff** soll also nun betrachtet werden, um ihn in der Verortung der Störung nach ICD-10 und DSM-IV schließlich nicht mehr gesondert beachten zu müssen.

Auch Schonecke macht darauf aufmerksam, dass hier verschiedene Begriffe diese oder ähnlich erscheinende Beschwerden kennzeichnen: „Der Begriff ‚Herzneurose‘ stellt die psychischen Merkmale des Krankheitsbildes in den Vordergrund und wird gegenwärtig im Rahmen tiefenpsychologischer Ansätze verwendet.“⁴³⁰ Auch wenn diese Bezeichnung heute zum Teil mächtiger Kritik ausgesetzt ist, verfügt sie also trotzdem über eine Berechtigung, weil sie neben dem Begriff der Herzphobie und dem der phobischen Herzneurose verwendet wird.⁴³¹

Demgegenüber wird der Begriff der ‚Herzphobie‘ eingesetzt, „... um einen Zustand zu kennzeichnen, in dem zum einen eine andauernde auf die Gesundheit bezogene Besorgnis vorhanden ist, zum anderen anfallsweise Angstzustände auftreten, die unter anderem den Inhalt haben, das Herz könnte versagen und damit der Tod eintreten.“⁴³² Bezieht man diese Bezeichnung auf das oben aufgeführte Fallbeispiel, wird deutlich, dass auch diese Bezeichnung durchaus ihre Berechtigung hat. Der Patient hat Angst, öffentlich zu sprechen. Betont man diesen Aspekt besonders, klingt die Bezeichnung ‚Herzphobie‘ einleuchtend. „Betont man eher den phobischen Charakter, spielt eine gewisse vegetative Übererregbarkeit eine wichtige Rolle, wobei es dabei körperliche Reaktionsgegebenheiten gebe, die einmal durch körperliche Bedingungen ausgelöst werden, ein anderes mal durch psychische Bedingungen. Immer aber werden sie von heftiger Angst begleitet. Genau diese Angst ist es auch dann, die sich verfestigt und dazu führt, daß man sich vor der Angst selbst fürchtet. Den Beginn einer derartigen Herzphobie macht immer ein

⁴³⁰ Schonecke 1998, S. 11

⁴³¹ vgl. Csef 1990, S. 631

⁴³² Schonecke 1998, S. 11

Anfall von Angst, der in der Regel datiert werden kann und bedingt durch die erlebte Dramatik zur Entwicklung der Phobie führe.“⁴³³

Parallel zum Begriff der Herzphobie ist auch die Bezeichnung ‚**Herzangstsyndrom**‘ geläufig. Sie umfasst neben der Angst, einen Herztod zu erleiden, kardiovaskuläre Symptome mit Anfallscharakter, etwa Herzklopfen oder Engegefühl in der Brust.⁴³⁴

Spricht man von der ‚**funktionellen kardiovaskulären Störung**‘, liegt die Betonung auf dem Umstand, dass keine organpathologischen Veränderungen am Herzen feststellbar sind; gleichzeitig ist der Patient aber überzeugt, herzkrank zu sein.⁴³⁵ Die Bezeichnung ‚funktionelles kardiovaskuläres Syndrom‘ wurde 1962 von Thure v. Uexküll eingeführt und wird in der inneren Medizin eingesetzt.⁴³⁶

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Vielfalt an Bezeichnungen für ein Störungsbild mit dem Teil der Störung zusammenhängt, der jeweils besonders betont wird. Aber auch die Entwicklungsgeschichte der Neurosenlehre, der Psychiatrie sowie der psychosomatischen Medizin ist mit diesem Umstand eng verknüpft.⁴³⁷

Weiterhin existieren Bezeichnungen wie Effort-Syndrom, Herzhypochondrie, Da-Costa-Syndrom, Kardiophobie, larvierte Depression und psychogener akuter Herzanfall.⁴³⁸

Der **aktuelle Trend** in dieser ‚Bezeichnungskrise‘ geht dahin, dass Kardiologen wie Internisten den Begriff ‚funktionelle Herzbeschwerden‘⁴³⁹ präferieren, wohingegen im Bereich der Psychotherapie meist mit den Begriffen ‚Herzneurose‘, ‚Herzphobie‘, ‚phobische Herzneurose‘ und ‚Herzangstsyndrom‘ gearbeitet wird. Eine dritte Möglichkeit, die Symptomatik zu benennen, besteht in der Titulierung ‚**Panikstörung**‘, die wegen des anfallsartig auftretenden Angstzu-

⁴³³ vgl. Hahn 1965, 1976, zitiert nach Schonecke 1998, S. 11

⁴³⁴ vgl. Buller und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 42

⁴³⁵ vgl. Schonecke 1998, S. 11 f

⁴³⁶ vgl. v. Uexküll & Köhle in Uexküll 1986, zitiert nach Csef 1990, S. 631

⁴³⁷ vgl. Csef 1996, S. 771 f

⁴³⁸ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 112

⁴³⁹ vgl. Lydtin 1999, Herrmann & Krüger 1999, Werner und andere 1991, Csef 1993, 1996, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 113

standes im Bereich der Psychiatrie verwendet wird. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Begriffe ‚Hypochondrie‘ und ‚somatoforme Störung‘ hinzuweisen.⁴⁴⁰

„Im internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO/ICD-10 ist die diagnostische Zuordnung relativ eindeutig. ... (Hier, M. Hager) findet sich der diagnostische Begriff ‚Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems‘. In der angloamerikanischen wissenschaftlichen Literatur lässt sich ebenfalls eine diagnostische ‚Kluft‘ nachweisen: In internistischen und kardiologischen Fachzeitschriften wird das Schmerzerleben fokussiert. Die geläufigsten diagnostischen Begriffe sind deshalb derzeit ‚Non cardiac chest pain‘ oder ‚Chest pain with normal coronary arteries‘. In der angloamerikanischen psychiatrischen Literatur wird das Angsterleben fokussiert und entsprechend die Zuordnung als ‚panic disorder‘ nach DSM-IV gewählt. Diese Vielfalt der Begriffe und das jahrzehntelange Ringen um einen Konsens verdeutlichen, dass die interdisziplinäre Kooperation von Innerer Medizin mit Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie noch erheblich verbessert werden muss.“⁴⁴¹

Der Abschnitt über die Begriffe für die Störung, die im Titel der Arbeit ‚Herzneurose‘ genannt wird, ist als Basis für die nun folgende Einordnung der Erkrankung einmal in die psychosomatischen Krankheiten zu verstehen, ebenfalls wurde aber auch schon die Möglichkeit (und der aktuelle Trend) angesprochen, die ‚Herzneurose‘ den Angst- und Panikerkrankungen⁴⁴² zuzuordnen.

Der folgende Diskurs will nun tiefer in diese Debatte eindringen.

⁴⁴⁰ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 113

⁴⁴¹ Csef in Nissen 2002, S. 113

⁴⁴² dass die Herzneurose eine Angsterkrankung ist, leitet sich aus dem Dreierkomplex ab, Angst zu haben, davon überzeugt zu sein, an einer Herzerkrankung zu leiden und keinen organischen Befund erheben zu können (vgl. Strian 1983, zitiert nach Csef 1990, S. 629)

2.4 Zur Verortung eines Krankheitsbildes –

Die Herzneurose als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne

Einigkeit besteht darüber, dass die Herzneurose von den psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, wie z. B. dem Magengeschwür, abzugrenzen ist, weil ein organischer Befund nicht vorliegt.⁴⁴³ Trotzdem ist dieses Krankheitsbild nach Csef ein psychosomatisches,⁴⁴⁴ wenngleich es zu den psychosomatischen Erkrankungen im weiteren Sinne zählt. Zum besseren Verständnis soll an dieser Stelle noch einmal in aller Kürze auf die generelle Einteilung psychosomatischer Erkrankungen eingegangen werden: Nach Csef (1994) werden psychosomatische Erkrankungen in drei Hauptgruppen eingeteilt, nämlich in die so genannten **funktionellen Syndrome**, die nach ICD-10 nun **somatoforme Störungen** genannt werden, in die **psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne** und die **somatopsychischen Störungen**, bei denen Angst die Folge einer organischen Erkrankung ist. Bei den beiden ersten Gruppen hingegen ist Angst als wichtiger ätiologischer Faktor zu betrachten.⁴⁴⁵

In diesem Kapitel soll nun zunächst die genaue Verortung der herzneurotischen Symptomatik nach ICD-10 stattfinden. Weil aber schon in der oben stehenden Einleitung ganz deutlich darauf hingewiesen wird, dass **Angst** ein wesentliches Moment bei psychosomatischen Erkrankungen insgesamt ist, soll und muss auch der Beitrag des DSM-IV zum Thema Herzneurose berücksichtigt werden, weil Angst und Panik hier die tragende Rolle spielen. Als eine vom Trend der Verortungsdiskussion abweichende Einschätzung soll hier aber noch einleitend eine Aussage von Deter formuliert werden, die zum Nachdenken anregt.

Deter nämlich unterscheidet zwischen der **funktionellen Erkrankung einerseits und den wahrgenommenen und psychischen Beschwerden und Symptomen andererseits**. Er nimmt an, dass die funktionelle Symptomatik der Auslöser für diese ist, deren Ausmaß aber nicht erklären kann.⁴⁴⁶ Er verbindet also die funktionellen Beschwerden und die dadurch ausgelöste Angst auf prägnante Weise und stellt sich die Frage nach einer Einordnung erst gar nicht: „Die funktionellen Herzbeschwerden können durch einen sympathikovasalen Anfall mit Tachykardie (...) und hypertonen Blutdruckwerten (...), z. B. durch Streß, Schlafentzug, Nikotinabusus o.ä.

⁴⁴³ vgl. Bergmann & Hahn in Nutzinger und andere 1987, S. 75

⁴⁴⁴ vgl. Csef 1987, S. 172

⁴⁴⁵ vgl. Csef 1994, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 127

⁴⁴⁶ vgl. Deter 1997, S. 99

Die ‚Herzenurose‘ – Annäherung an ein vielfach diskutiertes Störungsbild
Zur Verortung eines Krankheitsbildes – Die Herzneurose als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne
ausgelöst werden (...).“⁴⁴⁷ „Das Erlebnis der Todesangst und die Vorstellung, das Herz könnte
stehenbleiben, ist so beeinträchtigend, daß zunehmend stärkere Angst entwickelt wird und es
oft zu Angst vor weiteren Anfällen im Circulus vitiosus, zur Angst vor der Angst kommt.“⁴⁴⁸

⁴⁴⁷ vgl. Hahn 1979, zitiert nach Deter 1997, S. 99

⁴⁴⁸ Deter 1997, S. 99

2.4.1 Die Herzneurose – tatsächlich somatoforme autonome Funktionsstörung des kardio- vaskulären Systems nach ICD-10 oder doch eine Variante der Panikstörung nach DSM-IV?

Während die Herzneurose beziehungsweise die Herzphobie von manchen Wissenschaftlern als eigene diagnostische Einheit gesehen wird, die von anderen Erkrankungen und psychiatrischen Beschwerden abgegrenzt werden sollte,⁴⁴⁹ handelt es sich bei diesem Störungsbild jedoch (auf den ersten Blick völlig eindeutig) um eine funktionelle Störung in der inneren Medizin.⁴⁵⁰

Der Begriff der ‚funktionellen Störung‘ jedoch wurde im Rahmen der zehnten Revision der International Classification of Diseases (abgekürzt ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die Bezeichnung ‚somatoforme Störung‘ ersetzt. Durch diese Änderung wurde einer sehr großen Patientengruppe der allgemeinen und auch der inneren Medizin eine neue Nomenklatur sowie neue Diagnosekriterien und neue Klassifikationen gegeben.⁴⁵¹

„Diejenigen Störungen, die heute als somatoforme Störungen bezeichnet werden, finden sich in älteren diagnostischen Konzepten und nosologischen Systemen unter sehr unterschiedlichen Bezeichnungen. Im alten Griechenland bestanden enge Beziehungen zum Begriff der **Hysterie**. Der Begriff der **Hypochondrie** leitete sich von der Vermutung ab, daß es sich hierbei um Störungen von Organen ‚unter den Rippen‘ (Regio hypochondrica) handelte. Hysterie und Hypochondrie wurden von **Thomas Sydenham** im 17. Jahrhundert miteinander in Verbindung gebracht. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Hysterie von **Paul Briquet** als polysymptomatische Störung beschrieben. Beziehungen bestehen auch zu Krankheitsbezeichnungen wie ‚psychovegetatives Syndrom‘, ‚vegetative Dystonie‘, ‚psychosomatischer Beschwerdekomples‘ und ähnlichen Bezeichnungen, die in den letzten Jahrzehnten mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet wurden.“⁴⁵² Zum Neuverständnis der psychosomatischen Erkrankungen im weiteren Sinne beschreibt Deter grundsätzliche Veränderungen: „Mit dem Vordringen der Psychiatrie und der behavioral geprägten Psychologie wurden diese psychosomatischen Störungen als ‚Somatierungsstörung‘, ‚Schmerzstörung‘ bzw. als vegetativer Anteil beim Krankheitsbild der Angst-erkrankungen angesehen. Das hat medizinorganisatorische und therapeutische Konsequenzen. Die Patienten würden damit nicht mehr primär in der Inneren Medizin, sondern in der Psychia-

⁴⁴⁹ vgl. Nutzinger & Zapotoczky 1985, zitiert nach Beunderman und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 56

⁴⁵⁰ vgl. Csef 1994, 1995, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 110

⁴⁵¹ vgl. Csef 1995, S. 275

⁴⁵² Deister in Möller und andere 2001 c, S. 254

trie bzw. Psychologie behandelt, d. h. sie verlieren teilweise internistische Behandlungsmöglichkeiten und gelten als ‚psychiatrische Fälle‘. Dennoch wird der größte Teil dieser Patienten wegen des Sozialstatus oder aus Selbstdefinitionsgründen in der Inneren Medizin bleiben, dort aber bei Verlagerung der psychotherapeutischen Ressourcen nicht umfassend psychosomatisch behandelt werden. Umgekehrt könnten die Patienten bei einer Verlegung in die Psychiatrie nicht mehr adäquat intensiv internistisch behandelt werden.“⁴⁵³

Trotz dieser grundsätzlichen Veränderung im Verständnis der psychosomatischen Erkrankungen im weiteren Sinne gelten natürlich heute die aktuellen Definitionen der somatoformen Störungen und sind verbindlich.

„Hauptmerkmal der somatoformen Störungen ist ein anhaltendes oder wiederholtes Auftreten von körperlichen Symptomen, für die keine ausreichenden organischen Befunde nachweisbar sind, bei denen aber in der Pathogenese seelische Belastungssituationen und Konflikte eine wesentliche Rolle spielen.“⁴⁵⁴ Diese Definition schließt also Symptome ein, die **ohne organischen Befund** und nicht nur gelegentlich sondern persistent auftreten. Außerdem sehen diese Störungen wie körperliche aus und werden vom Patienten auch so empfunden, sind aber keine.⁴⁵⁵

Nach ICD-10 werden die somatoformen Störungen „... – gemeinsam mit den Angststörungen, der Zwangsstörung, den Reaktionen auf schwere Belastungen, den Anpassungsstörungen und den dissoziativen Störungen zum Hauptkapitel *F4 ‚Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen‘* zusammengefasst.“⁴⁵⁶

Erwähnenswert ist noch, dass der Begriff der somatoformen Störung eigentlich aus dem DSM-III von 1980 stammt und 1992 in die ICD-10 aufgenommen wurde.⁴⁵⁷

⁴⁵³ Deter 1997, S. 6

⁴⁵⁴ Deister in Möller und andere 2001 c, S. 254

⁴⁵⁵ vgl. Morschitzky 2000, S. 57

⁴⁵⁶ Morschitzky 2000, S. 57

⁴⁵⁷ vgl. Morschitzky 2000, S. 57

Charakterisiert sind somatoforme Störungen nach der ICD-10 folgendermaßen:

- „- Körperliche Symptome ohne organische Ursachen werden den Ärzten wiederholt präsentiert.
- Die Betroffenen fordern hartnäckig medizinische Untersuchungen trotz des wiederholten Vorliegens negativer Befunde und trotz der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome keine körperliche Ursache haben.
- Wenn körperliche Faktoren vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innere Beteiligung der Patienten.
- Selbst wenn Beginn und Fortdauer der Symptome in engem Zusammenhang mit unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten stehen, lehnen die Patienten gewöhnlich die ärztlichen Versuche ab, die Möglichkeiten einer psychischen Ursache zu diskutieren.
- Aufgrund des mangelnden Verständnisses der Patienten für die psychischen Ursachen ihrer Symptome ist die Arzt-Patienten-Beziehung bald für beide Seiten enttäuschend.
- Häufig besteht ein gewisses Aufmerksamkeit suchendes (...) Verhalten, besonders bei Patienten, die ihre Ärzte nach allen unergiebigem Untersuchungen nicht von den organischen Ursachen überzeugen bzw. zu weiteren entsprechenden Untersuchungen und Behandlungen veranlassen konnten.“⁴⁵⁸

Nach dem Klassifizierungssystem DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Ausgabe) sind somatoforme Störungen dadurch charakterisiert, dass körperliche Symptome existieren, die den Verdacht eines körperlichen Krankheitsfaktors nahe legen, die aber durch Faktoren organischer Art, Einwirkung von Substanzen oder andersartige Störungen psychischer Art (etwa Panikstörung) nicht in vollem Umfang erklärt werden können. Außerdem beeinträchtigen die Symptome die Bereiche des Sozialen, des Beruflichen und anderer wesentlicher Funktionen und sie führen zu Leidenszuständen. DSM-IV verlangt hingegen nicht, dass Körpersymptome wiederholt auftreten müssen; auch die massiven Forderungen nach erneuter Untersuchung ist hier nicht als Voraussetzung für das Vorliegen einer somatoformen Störung genannt.⁴⁵⁹

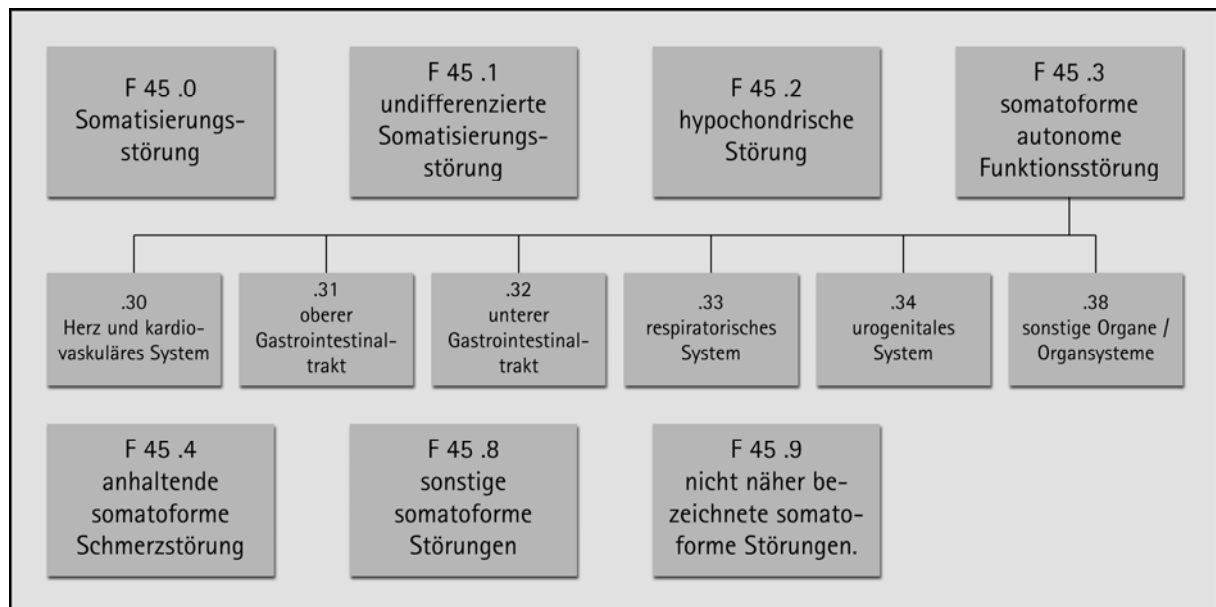
Zu beachten ist, dass die somatoforme Störung jedes Organ und jede körperliche Funktion betreffen kann; sie ist selbst bei eindeutiger organischer Ursache einer Erkrankung gegeben, aber

⁴⁵⁸ vgl. Dilling und andere 1993, zitiert nach Morschitzky 2000, S. 57

⁴⁵⁹ vgl. Morschitzky 2000, S. 58

hier nur dann, wenn Schwere, Ausmaß sowie Beschwerdevielfalt und Beschwerdedauer sowie die Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich nicht genügend durch diesen organischen Befund erklärt werden können. Somit liegt nicht die psychische Verursachung im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern ein typisches Verhaltensmuster bezüglich kognitiver Überzeugungen und Interaktionsmuster – etwa zwischen Arzt und Patient. Der Begriff ‚somatoform‘ ersetzt quasi Termini wie ‚psychosomatisch‘ oder ‚vegetativ‘, ‚funktionell‘ oder ‚psychogen‘; alles Begriffe also, die die Krankheiten beschreiben, in denen das Krankheitsverhalten und das Erleben der Störung im Mittelpunkt steht.⁴⁶⁰ Die Gesamtheit der somatoformen Störungen stellt sich als Gruppe sehr ungleicher Krankheitsbilder dar, die lediglich die Gemeinsamkeit haben, eine körperliche Symptomatik zu zeigen, die nicht organisch begründbar ist.⁴⁶¹

Insgesamt nimmt die ICD-10 folgende Unterteilung vor:



462

Interessant für den Zusammenhang der Arbeit ist, dass die Herzneurose beziehungsweise Herzphobie nach ICD-10 unter der Codierung F 45 .30 als **somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems** ihre Verortung findet. Auf die Beschreibung der anderen Bereiche (F 45 .0 bis F 45 .9 außer F 45 .30) soll hier verzichtet werden, weil eine derartige Tiefe das Thema der Arbeit verfehlen würde. Zur Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein:

⁴⁶⁰ vgl. Morschitzky 2000, S. 58 f

⁴⁶¹ vgl. Csef 1995, S. 276

⁴⁶² vgl. Morschitzky 2000, S. 60

A) Es bestehen zunächst Symptome der vegetativen beziehungsweise autonomen Erregung, die vom Patienten einer körperlichen Erkrankung entweder einem oder mehreren (in der Regel zwei) Organen beziehungsweise Organsystemen zugeordnet werden, ohne dass ein organischer Befund erhoben werden kann. Die Symptome beziehen sich dabei auf folgende Bereiche:

- Herz und kardiovaskuläres System
- Oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus und Magen)
- Unterer Gastrointestinaltrakt
- Respiratorisches System
- Urogenitalsystem.

B) Gleichzeitig müssen mindestens zwei der folgenden Symptome vegetativer Art vorhanden sein – diese stellen gleichzeitig die Hauptbegründung der Diagnose dar:

- 1) Herzklopfen (Palpitationen)
- 2) Heiße oder kalte Schweißausbrüche
- 3) Mundtrockenheit
- 4) Erröten beziehungsweise Hitzewallungen
- 5) Druck im Oberbauch, Kribbeln oder Unruhe im Bauch.

C) Zusätzlich findet sich noch mindestens eines von verschiedenen Symptomen, die aber nur schwer objektivierbar sind:

- 1) Schmerzen in der Brust oder Druck in der Gegend des Herzens
- 2) Atemnot oder Hyperventilation
- 3) Außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei nur leichter Anstrengung
- 4) Aerophagie,⁴⁶³ Singultus⁴⁶⁴ oder Brennen im Brustkorb / Oberbauch
- 5) Häufiger Stuhldrang
- 6) Erhöhte Miktionsfrequenz⁴⁶⁵ oder Dysurie⁴⁶⁶
- 7) Völlegefühl bzw. Gefühl der Überblähung

⁴⁶³ Luftschlucken

⁴⁶⁴ Schluckauf

⁴⁶⁵ erhöhte Frequenz der Harnblasenentleerung

⁴⁶⁶ schmerzhafter Harndrang

D) Es gibt ferner keinen Nachweis bezüglich einer Struktur- oder Funktionsstörung der Organe oder Organsysteme, über die geklagt wird, und

E) die Symptomatik tritt nicht nur im Zusammenhang mit einer Phobie oder Panikstörung, mit einer affektiven Störung oder Schizophrenie auf.⁴⁶⁷

Im Gegensatz zur Somatisierungsstörung, die durch verschiedene und nicht auf ein bestimmtes Organsystem bezogene, immer wieder auftretende und oft wechselnde Symptome körperlicher Art charakterisiert ist, berichtet der Patient, der an einer somatoformen autonomen Funktionsstörung leidet, über Symptome, die darauf hindeuten, dass ein bestimmtes Organ oder Organsystem erkrankt ist. Im Gegensatz zur Hypochondrie kann der Patient die vermutete Krankheit aber nicht näher konkretisieren; dennoch quält ihn die Angst, dass ein bestimmtes Organ (-system) krank ist.⁴⁶⁸

Nach ICD-10 wird also das Störungsbild der Herzneurose/Herzphobie als somatoforme autonome Funktionsstörung verstanden, der Begriff ‚funktionell‘ im Gegensatz zu dem Terminus ‚organisch‘ wird durch jenen ersetzt, und die Herzneurose kann weiterhin als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne verstanden werden.

Ergänzend ist aber darauf hinzuweisen, dass die **Angst** bei diesem Störungsbild eine ganz wesentliche Rolle spielt – im Verlauf der Arbeit wurde auf diesen Umstand schon mehrmals verwiesen; verschiedenartige Zusammenhänge zwischen dem Kreislaufsystem und Emotionen waren immer schon Gegenstand der klinischen Medizin.⁴⁶⁹

„Das anfallsartig auftretende Krankheitsbild ist meistens verbunden mit Angst vor einem plötzlichen Herztod und panikartiger Todesangst. Die Herzneurose wurde deshalb überwiegend den Angsterkrankungen zugeordnet und entsprechend Herzphobie, phobische Herzneurose oder Herzangst-Syndrom genannt.“⁴⁷⁰

⁴⁶⁷ vgl. Dilling und andere 1993, Dilling und andere 1994, zitiert nach Morschitzky 2000, S. 86

⁴⁶⁸ vgl. Morschitzky 2000, S. 87

⁴⁶⁹ vgl. Rosemann in Nutzinger und andere 1987, S. 2

⁴⁷⁰ Csef in Nissen 2002, S. 109

Gerade weil Angst hier eine so zentrale Rolle spielt, kann man die Herzneurose z. B. auch ‚somatisierte Angst‘ nennen.⁴⁷¹

Viele Autoren gehen also weiter und zählen die Herzingstsyndrome zu den Angst- und Panikstörungen. Und „In der Tat spricht vieles dafür, bereits auf der Symptomebene den »Herz-anfall« des Herzphobikers als Panikattacke aufzufassen.“⁴⁷²

So haben etwa Buller und andere anhand eines Gruppenvergleichs zwischen von Herzingst-Syndromen begleiteten Panikattacken und solchen ohne Herzingst-Syndrom differenziert. Das Ergebnis bestand darin, dass Herzingst-Syndrome als Untergruppe des Paniksyndroms aufzufassen sind.⁴⁷³

„Aus internistischer und psychosomatischer Sicht bedarf dies einer Ergänzung. Offensichtlich unterschieden sich die Herzphobiker, die Jahre bis Jahrzehnte Internisten und Innere Kliniken konsultieren und nie einen Psychiater zu Gesicht bekommen, wesentlich von jenen, die frühzeitig aufgrund ihrer Panikanfälle einen Psychiater konsultieren.“⁴⁷⁴ Der Unterschied besteht darin, dass der Herzphobiker, der Hilfe in der inneren Medizin sucht, der Meinung ist, er sei herzkrank, wohingegen der Herzingst-Patient, der denkt, unter Angstzuständen zu leiden, bei einem Psychiater Hilfe suchen wird.⁴⁷⁵ Denn gerade die Zuschreibung, herzkrank zu sein, nimmt wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.⁴⁷⁶

Eine ähnliche Einschätzung gibt auch Morschitzky ab, der der Ausbildung des Arztes und des Therapeuten eine Rolle in der Zuordnung des Störungsbildes zuschreibt: „Die Art der Diagnose kann auch durch die theoretische Ausrichtung des Psychotherapeuten bestimmt sein. Bei einer primär herzzentrierten Symptomatik werden Psychoanalytiker aufgrund der vorhandenen theoretischen Konzepte, wie diese z. B. in dem bekannten Buch ‚Herzneurose‘ von Richter und Beckmann beschrieben sind, eher die Diagnose einer ‚Herzneurose‘ (F45 .30: ‚somatoforme autonome Funktionsstörung, kardiovaskuläres System‘) wählen, während Verhaltenstherapeuten aufgrund

⁴⁷¹ vgl. Csef in Nissen 1995, S. 128

⁴⁷² Csef in Nissen 1995, S. 128

⁴⁷³ vgl. Buller und andere 1987, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 128, vgl. Buller und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 47

⁴⁷⁴ Csef in Nissen 1995, S. 128

⁴⁷⁵ vgl. Csef in Nissen 1995, S. 129

⁴⁷⁶ vgl. Csrf 1993, zitiert nach Csef in Nissen 1995, S. 128 f

der kognitiv-behavioralen Modelle eher die Diagnose einer Panikstörung stellen werden.“⁴⁷⁷
Generell könnte man Angst-Syndrome und Panikattacken⁴⁷⁸ dann zur Herzneurose abgrenzen, wenn die herzbezogene Todesangst nicht vordergründig ist.⁴⁷⁹

Weiter oben wurde im Zusammenhang der ICD-10-Klassifikation beschrieben, dass die Herzneurose als ‚somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems‘ klassifiziert wird. Dass das Störungsbild der Herzneurose nach DSM-IV als Panikstörung verstanden wird, hat auch damit zu tun, dass es die ‚somatoforme autonome Funktionsstörung‘ im DSM-IV gar nicht gibt. Dies wird insbesondere mit dem Umstand begründet, dass es für deren Existenz keine empirisch gesicherten Konzepte gebe, durch die eine deutliche Abgrenzung zur undifferenzierten somatoformen Störung gerechtfertigt wäre.⁴⁸⁰

Im DSM-IV werden entsprechende Symptome als undifferenzierte somatoforme Störung verortet. Generell kennt das DSM-IV folgende Gruppen somatoformer Störungen, nämlich

- die Somatisierungsstörung
- die undifferenzierte somatoforme Störung
- die Konversionsstörung mit motorischen Symptomen und Ausfällen mit sensorischen Symptomen und Ausfällen mit Anfällen oder Krämpfen mit gemischtem Erscheinungsbild
- die Schmerzstörung
- die Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren
- die Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor
- die Hypochondrie
- die körperdysmorphe Störung und die
- nicht näher bezeichnete somatoforme Störung.⁴⁸¹

Der Vollständigkeit halber muss begrifflich dargestellt werden, was überhaupt unter Angst- und Panikstörungen zu verstehen ist. „Unter dem Oberbegriff **Angst- und Panikstörung** werden mehrere Erkrankungsformen zusammengefaßt, die durch unterschiedliche Erscheinungsweisen

⁴⁷⁷ Morschitzky 2000, S. 155

⁴⁷⁸ vgl. Benkert, Maier, Buller 1985, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 262

⁴⁷⁹ vgl. Csef in Wyss 1987, S. 262

⁴⁸⁰ vgl. Morschitzky 2000, S. 61

⁴⁸¹ vgl. Morschitzky 2000, S. 60

der Angst geprägt sind. Die wesentlichen Formen sind die **frei flottierende Angst**, **phobische Angst** sowie **Panik**. Die Symptomatik umfaßt in der Regel sowohl seelische als auch körperliche Beschwerden. Angststörungen haben gravierende Folgen auch im sozialen Bereich und führen oft zu ausgeprägter Behinderung.⁴⁸²

Dabei stammt das Wort ‚Angst‘ vom lateinischen Wort ‚angor‘ ab und bedeutet so viel wie Enge.⁴⁸³ „Angst als Symptom wurde erst Mitte des vorletzten Jahrhunderts systematisch untersucht. **Carl Westphal** beschrieb 1871 ausführlich die Agoraphobie. Eine Vielzahl von Beschwerden, die heute am ehesten den Angsterkrankungen zugeordnet werden, wurden 1880 durch den Amerikaner **Beard** als ‚Neurasthenie‘ beschrieben. **Sigmund Freud** schlug um die Jahrhundertwende vor, von diesem Krankheitsbild eine eigenständige ‚Angstneurose‘ abzugrenzen. Mit der Entwicklung der ersten Antidepressiva und Anxiolytika in den fünfziger Jahren wuchs das Interesse an einer genaueren Beschreibung der Angstsymptomatik.⁴⁸⁴

„In den modernen operationalen Diagnosesystemen werden früher als Angstneurose beschriebene Krankheitsbilder in **Panikstörung** und **generalisierte Angsterkrankung**, Phobien im Wesentlichen in **Agoraphobie**, **soziale** und **isolierte (spezifische) Phobien** unterteilt.“⁴⁸⁵

Unter der so genannten **Agoraphobie** versteht man indessen den Umstand, hilflosmachende Symptome zu erleben und dabei weder die Flucht antreten noch fremde Hilfe beanspruchen zu können. Die bei Michaelis genannte Straßenangst weist in diese Richtung und zeigt, dass agoraphobische Zustände Teil der herzneurotischen Symptomatik werden können, wobei die Agoraphobie selbst differentialdiagnostisch auszuschließen ist.

Demgegenüber beinhaltet die **Sozialphobie** die Angst davor, im Mittelpunkt zu stehen beziehungsweise die Aufmerksamkeit eines bestimmten Publikums auf sich zu ziehen. In diesem Zusammenhang ist auf das Fallbeispiel zu verweisen, in dem der Patient durch die Angst vor öffentlichem Sprechen auch sozialphobische Anteile zeigt, aber die Sozialphobie als eigenständige Störung ist von der Herzphobie abzugrenzen.

⁴⁸² Deister in Möller und andere 2001 a, S. 106

⁴⁸³ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 107

⁴⁸⁴ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 107

⁴⁸⁵ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 110

Bei der **spezifischen Phobie** hat der Patient Angst vor ganz konkreten Dingen und/oder Situationen. Diese Form umfasst beispielsweise die Furcht vor bestimmten Tieren, aber auch die Klaustrophobie, die Höhen- und Flugangst.⁴⁸⁶ Auch hier gilt wieder, dass die Herzphobie klaustrophobische Anteile besitzen kann bzw. diese sich aus dem Störungsbild entwickeln können.

Unter einer **Panik** hingegen werden Ängste subsumiert, die ohne erkennbaren Anlass entstehen. Sie tritt in der Regel anfallsweise in der **Panikattacke** auf und geht mit körperlichen Symptomen einher. Treten diese Attacken häufiger und abgrenzbar auf, spricht man von einer **Panikstörung**, aus der sich oft Erwartungsangst entwickelt und die häufig mit der Agoraphobie kombiniert auftritt.⁴⁸⁷

In der Beschreibung der Panikattacke wird schließlich wieder die Ähnlichkeit zum sympathikovasalen Anfall der Herzphobie deutlich, was wiederum ein Indiz für deren Einordnung in die Angst- und Panikstörungen wäre, denn die einfache Panikattacke ist dadurch charakterisiert, dass sie plötzlich beginnt und sich in einem Zeitraum von 2 bis 30 Minuten zu einem Höhepunkt steigert, aber auch einige Stunden dauern kann und von Symptomen wie Herzjagen, Hitze wallungen, Beklemmung, Zittern, Atemnot, abdominellen Beschwerden und Angst vor Ohnmacht begleitet ist.

Deister kommt dann auch tatsächlich auf das Herzangstsyndrom zu sprechen und schreibt, dass es bei Panikattacken oft der Fall ist, dass eine kardiale Symptomatik im Patientenerleben vordergründig sei – die Herzphobie bzw. das Herzangstsyndrom sei deshalb an dieser Stelle den Panikstörungen zuzuordnen.⁴⁸⁸

Festzuhalten bleibt demnach: Die Herzneurose/Herzphobie ist nach der ICD-10 den somatoformen autonomen Funktionsstörungen zuzuordnen und wird als ‚somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems‘ bezeichnet, kann also als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne gewertet werden. Nach dem DSM-IV hingegen ist das Störungsbild eine Variante der Panikstörung. Es kommt also darauf an, ob die Angst und Panik im Erscheinungsbild dieser Störung betont wird oder ob die Nichtexistenz einer organischen Ursache für einen Symptomkomplex als zentraler Punkt erachtet wird. In jedem Fall macht aber die

⁴⁸⁶ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 114

⁴⁸⁷ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 111 ff

⁴⁸⁸ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 117

Uneinigkeit über die Einordnung der Herzangstsymptomatik deutlich, dass nach Meinung des Verfassers der Patient zu sehr aus dem Visier der Betrachtung gerät. In diesem Sinne möge die vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag dazu leisten, wieder zu einer Medizin zurückzukehren, die sich an Ludolf Krehls Ausspruch „Wir behandeln kranke Menschen, nicht Krankheiten“⁴⁸⁹ orientiert.

Wenn gemäß dem Gesamtmotto der Arbeit trotz unbestrittener Würdigung und Tolerierung derartiger Klassifikationsstreitigkeiten ein neues Verständnis von psychischen Krankheiten entwickelt werden würde, könnte dies ein biographisch-interpretierendes anstatt eines medizinisch-klassifizierenden Verständnisses sein.⁴⁹⁰

Wenn die Herzneurose später als biographisches Ereignis betrachtet wird, kommt die Arbeit diesem Grundmotto auch nach.

Als weiterer Schritt muss aber zunächst der Diskurs über Ätiologie und Pathogenese dieses komplexen Störungsbildes Eingang in diese Arbeit finden.

⁴⁸⁹ Krehl o.J., zitiert nach Deter 1997, S. 52

⁴⁹⁰ vgl. Bittner 1998, S. 82

2.5 Zur Diskussion um die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung

Die Herzneurose ist, wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurde, ein komplexes Störungsbild, das nicht völlig befriedigend und absolut endgültig in die bekannten Erkrankungskategorien einzuordnen ist, weil es darauf ankommt, worauf der Schwerpunkt in der Betrachtung und Beschreibung liegt.

Auch bei der Diskussion um die Gründe, die zu dieser Erkrankung führen, gibt es unterschiedliche Ansätze, und auch hier ist wieder die Frage wesentlich, welcher Diagnose das Störungsbild primär zuzuordnen ist. Wie das folgende Kapitel aber zeigen wird, sind die Erklärungsansätze zur Entstehung der Herzneurose – *jedenfalls innerhalb des psychoanalytischen Rahmens*, der in sämtlichen Wissenschaften noch immer Verwendung findet – erstaunlich ähnlich.

Eine Erweiterung des Versuches, die Herzangst-Symptomatik zu erklären, besteht hingegen im Bereich der Lerntheorie und der Neurochemie bzw. Neurobiologie; diese Bereiche werden aber nicht vertieft dargestellt, weil ein derartiges Vorhaben zu sehr in den naturwissenschaftlichen Bereich eindringen würde – der Bezug zum Gesamtkontext der Arbeit würde dann verloren sein.

Weil die Psychoanalyse auch in neuerer Literatur zur Entstehungserhellung herangezogen wird, soll mit der psychoanalytischen Theorie zum Entstehungshintergrund der Herzneurose der Anfang dieses Kapitels gestaltet werden.

Richter und Beckmann beispielsweise vermuten einen neurotischen Ursprung der Erkrankung und fragen daher neben Ereignissen, die die Symptomatik unmittelbar auslösen, zunächst nach Vorschädigungen in der Kindheit, welche aber nach Meinung der Autoren nur schwer zu beweisen sind.⁴⁹¹

Auch Schonecke verweist zunächst auf den Umstand, dass es sich bei der Herzneurose nach tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Auffassung um eine neurotische Störung handelt, weswegen schließlich der Begriff innerhalb der Psychoanalyse auch zum Einsatz komme.⁴⁹²

⁴⁹¹ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 36

⁴⁹² vgl. Schonecke 1998, S. 109

Richter und Beckmann unterstellen in der Regel **eine gestörte Bildung im Bereich der Selbstsicherheit** während der Kindheit, die dann zur Herzneurose im Erwachsenenalter führt. Insbesondere die Mütter der Kinder scheinen hier maßgeblich beteiligt zu sein, indem eine **zu enge Symbiose zwischen Mutter und Kind** entstanden sei.

Als Untermauerung für diese Hypothese führen die Autoren Berichte von Patienten an, die teilweise einerseits dominierende, andererseits aber auch ängstliche Mütter haben, welche die Patienten in ihrer Kindheit als äußerst verunsichernd empfanden. Ferner werden Berichte über Beobachtungen erwähnt, die zeigen, dass derartig strukturierte Beziehungen zu Müttern der Patienten zum Teil bis in die Gegenwart zu finden sind und schließlich werden Aussagen darüber getroffen, dass eine solche Mutterrolle im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auf den Arzt übertragen wird und dadurch das symbiotische Rollenspiel, das als Kind erlernt und niemals abgelegt wurde, wieder aufgeführt wird. Schließlich ergeht der Hinweis, dass viele Mütter von Patienten mit einer Herzneurose selbst an einer solchen litten oder noch immer leiden.

In diesem Zusammenhang weisen die Autoren sogar auf den Umstand hin, dass die mütterliche Erkrankung sogar oft zur Einschüchterung des Kindes benutzt wird – das Kind sei an den Herzbeschwerden der Mutter schuld, weil es den mütterlichen Wünschen nicht nachkomme. Dadurch wird der Aufbau kindlicher Selbstsicherheit gehemmt, weil sich das Kind nicht traut, unabhängig von der Mutter seine Erwartungen und Wünsche zu leben.⁴⁹³ „Derartige kindliche Distanzierungsversuche oder gar Emanzipationsbestrebungen lösen in herzneurotischen Müttern sofort Trennungsängste und als Reaktion immer wieder die geschilderten moralischen Pressionen aus.“⁴⁹⁴

Während Alexander bei Störungen in der Funktion des Herzens insbesondere frei flottierende Angst sowie verdrängte Feindseligkeitsantriebe vermutet,⁴⁹⁵ wird nach dem oben aufgeführten Modell ein bestimmter Objektbeziehungstyp in früher Kindheit als prädisponierend unterstellt, der späteren Objektbeziehungen als Modell dient.⁴⁹⁶ Hierbei stellt „... ein symbiotisches Ver-

⁴⁹³ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 36 f

⁴⁹⁴ Richter & Beckmann 1973, S. 37

⁴⁹⁵ vgl. Alexander 1971, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 467

⁴⁹⁶ vgl. Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 467

hältnis zur Mutter, die das Kind aufgrund eigener Unsicherheit und mehr oder weniger erfolglosen Dominanzstrebens zu sehr an sich bindet, ein wesentliches Charakteristikum dar.“⁴⁹⁷

Also scheint die hoch ambivalent besetzte Person auslösend für die Erkrankung zu sein, weil diese auf der einen Seite eine schützende Funktion hat (auf die das Kind angewiesen ist, M. Hager), andererseits aber auch Abhängigkeit herstellt (die entgegen dem kindlichen Wunsch nach Autonomie wirkt, M. Hager).⁴⁹⁸

Auch Michaelis kommt im Grundsatz zu diesem Ergebnis: „Die Mutter-Kind-Beziehung wird von einem großen Teil unserer Kranken als nicht besonders gut bezeichnet. Häufig verhielt die Mutter sich gefühlsmäßig distanziert und war streng, zeigte dabei aber Überbeschützungs-tendenzen. In einigen Fällen erinnerten sich die Patienten auch daran, dass die Mutter sogar zu körperlicher Züchtigung neigte. Häufig hören wir etwas über eine ausgesprochene Ängstlichkeit der Mutter, die sich auf das Kind übertragen hat.“⁴⁹⁹

Obwohl eine Ähnlichkeit zu Richter und Beckmann besteht, geht Michaelis nicht von bestimmten Entwicklungslinien innerhalb der Lebensgeschichte und besonderen Persönlichkeitsprofilen als kausalgenetische Erklärung für die Konfliktenstehung und dessen Art aus. Vielmehr scheint seiner Meinung nach ein Konflikt in der Partnerschaft in der Regel eine bedeutende Rolle zu spielen.⁵⁰⁰ Es scheinen also unbewusste Tendenzen, Strebungen und Wünsche bei den Patienten zu existieren, die auf die Ablösung innerer oder äußerer Art vom jeweiligen Partner abzielen, wegen einer parallel existierenden Abhängigkeit vom Partner oder der Bindung an ihn ist es aber nicht möglich, die Impulse in die Tat umzusetzen.⁵⁰¹

Innerhalb der klassischen psychoanalytischen Auffassung kommt der Mutter-Kind-Bindung in früher Kindheit *insgesamt* eine wesentliche Bedeutung zu.⁵⁰²

⁴⁹⁷ Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 467

⁴⁹⁸ vgl. Bräutigam 1964, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 468

⁴⁹⁹ Michaelis 1970, S. 63

⁵⁰⁰ vgl. Michaelis 1970, zitiert nach Csef 1982, S. 12

⁵⁰¹ vgl. Michaelis 1970, S. 59

⁵⁰² vgl. Fürstenau und andere 1964, Richter 1964, Bräutigam 1964, Baumeier 1966, Dieckmann 1966, Zauner 1967, Richter & Beckmann 1973, Maas 1975, Studt 1979, zitiert nach Schonecke 1998, S. 110

Durch die überbeschützende Mutter ist es dem Kind nicht möglich, eigene Angstbewältigungsverhaltensweisen zu erlernen. Außerdem dient die Mutter, die ihre überbeschützende Erziehung wegen eigener Ängstlichkeit ausübt, als Modell in Bezug auf die Angstverarbeitung.⁵⁰³

Insgesamt gilt hier, dass die Angst vor dem Objektverlust ein wesentliches Element des Bedingungsgefüges darstellt, das dann zur Herzneurose führen kann. „Solange die Beziehung zur Mutter oder zu äquivalent beschützenden Personen im späteren Leben gewährleistet bleibt und nicht durch eigene Wünsche nach Selbständigkeit gefährdet wird, bleibt das System in einem Gleichgewicht. Wird diese Beziehung jedoch gefährdet, so tritt die Angst vor der Trennung von einer Person in den Vordergrund, die Halt verleiht und die zum Leben notwendig ist. Die dadurch eintretende phantasierte Bedrohung der eigenen Existenz drückt sich möglicherweise in der mit der Herz-Kreislauf-Symptomatik verbundenen Todesangst aus.“⁵⁰⁴

Also wird das schützende Außenobjekt (hier die Mutter) teilweise durch den Körper ersetzt, insbesondere durch das Herz.⁵⁰⁵ „Das Herz liefert ersatzweise die letzte verfügbare Objektrepräsentanz, deren Unverlässlichkeit zwar sehr befürchtet wird, deren Erhaltung indessen mit dem beschriebenen zeremoniellen Aufwand zwangsneurotischer Schonungs- und Vorsichtsmaßnahmen gesichert werden soll. Unsere 5jährigen klinischen Untersuchungen haben uns eine große Zahl von Herzneurotikern gezeigt, die ihr Herz in der Phantasie genau wie einen allmächtigen symbiotischen Partner einschätzen und behandeln: mit konstanter Aufmerksamkeit, demütiger Rücksichtnahme, Straferwartungen und Bußbereitschaft bei Herausforderungen ...“⁵⁰⁶

„Das gesunde Herz erscheint wie die gute, fütternde Mutter, wenn es den Körper mit Blut und Kraft versorgt. Aber man wird von ihm bestraft, wenn man böse zu ihm ist. So wie die Mutter verlangt, daß man sich ihr unterwirft, so darf man auch das Herz nicht herausfordern, etwa durch zu wenig Schlaf, Genußgifte oder dergleichen. Die ungleichmäßigen Schläge bei arrhythmischer Aktion, die verlängerten Pausen bei einer Extrasystolie erscheinen wie die Androhung des Liebesentzuges seitens der Mutter. So wird das Herz zu einer Art von Partner, von dem man zwar tyrannisiert wird, ohne dessen Schutz man indessen vollkommen wehrlos wäre. Es bleibt nichts anderes übrig, als sich zu unterwerfen. Wenn man sieht, wie manche Patienten unter dem

⁵⁰³ vgl. Schonecke 1998, S. 110

⁵⁰⁴ Schonecke 1998, S. 112

⁵⁰⁵ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 132

⁵⁰⁶ Richter & Beckmann 1969, zitiert nach Csef 1982, S. 9

Eindruck ihrer Herzsymptome zu hilflosen Jammerbündeln werden, so ist die Parallele zu einem Kind unverkennbar, das sich ganz klein und demütig benimmt, um die strafende Mutter wieder zu versöhnen.“⁵⁰⁷

Auch in der aktuellen Literatur zu psychosomatischen Erkrankungen findet sich immer wieder dieser Bezug auf **unbewältigte Trennungskonflikte gegenüber stark ambivalent besetzten Personen** als Charakteristikum für die herzneurotische Psychodynamik. Dieser Trennungskonflikt, der unbewältigt ist, aktualisiert sich meist in ganz bestimmten Auslösesituationen, wobei für die Emotionsambivalenz der Konflikt zwischen Abhängigkeitserleben und Autonomiestreben verantwortlich ist.⁵⁰⁸

Es gibt also spezifische Situationen des Auslösens herzneurotischer Anfälle: „Nur ausnahmsweise kommt der erste herzneurotische Anfall anscheinend ‚aus heiterem Himmel‘. Aber selbst in diesen Fällen ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass verborgene lebensgeschichtliche Zusammenhänge bestehen, die bei der Untersuchung nur unentdeckt geblieben sind (...).“⁵⁰⁹

Nach Richter und Beckmann sind solche spezifischen Situationen des Auslösens herzneurotischer Symptomatiken folgende:

1. Todesfall, Krankheit oder Unfall bei einer nahe stehenden Bezugsperson.⁵¹⁰
2. Herzinfarkt oder plötzlicher Herztod im Umfeld.⁵¹¹ Das bedeutet, dass der Patient sowohl die Symptome nachahmt als auch der Meinung ist, an derselben Krankheit zu leiden.⁵¹² „Die Herzattacke oder der Herztod einer prominenten Persönlichkeit, in Zeitung, Radio oder Fernsehen beschrieben, vermag bei dem einen oder anderen bereits ein herzneurotisches Geschehen in Gang zu setzen.“⁵¹³
3. Allgemein beunruhigende, speziell auf das Herz bezogene Beobachtungen am eigenen Körper.⁵¹⁴ Hier ist auf den Umstand hinzuweisen, dass Patienten mit Herzphobie tat-

⁵⁰⁷ Richter & Beckmann 1964, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 95

⁵⁰⁸ vgl. Bräutigam 1956, 1964, Richter & Beckmann 1986, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 119

⁵⁰⁹ vgl. Kulenkampff & Bauer 1960, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 37 f

⁵¹⁰ vgl. Richter & Beckmann 1986, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 119

⁵¹¹ vgl. Richter & Beckmann 1986, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 119

⁵¹² vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 38

⁵¹³ Richter & Beckmann 1973, S. 39

⁵¹⁴ vgl. Richter & Beckmann 1986, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 119

sächlich selbst geringe Abweichungen im Herzrhythmus sehr gut wahrnehmen.⁵¹⁵
„Auffällig ist hierbei, daß jede subjektive Wahrnehmung mit emotionalem Angstgefühl einhergeht. Dieser Befund läßt sich dahingehend interpretieren, daß Patienten mit Herzphobie im Vergleich zu anderen Gruppen eine erhöhte Sensitivität für Arrhythmien haben. Bei subjektiver Wahrnehmung von Herzschlagveränderungen wird Angst erlebt. Dieses Angstgefühl wird mit diesen Herzschlagveränderungen kognitiv verknüpft und gewinnt so einen pathologisierenden Charakter.“⁵¹⁶

4. Diagnosen des Arztes (z.B. Verdacht auf Herzkrankheiten).
5. Erleben von Trennung – etwa Scheidung, Umzug, Verlassenwerden.
6. Streit mit nahe stehenden Bezugspersonen, der zu Distanz oder Abbruch der Beziehung führt.⁵¹⁷

Psychoanalytisch kommt neben der ambivalenten Mutter-Kind-Bindung aber noch eine weitere Komponente hinzu, nämlich eine **Ich-Schwäche**, die mit der Mutter-Kind-Beziehung zusammenhängt: „Die Neigung der Patienten zu sozialer Abhängigkeit (...) und dazu, in Streß- oder Konfliktsituationen nach sozialer Unterstützung zu suchen (...), spiegelt ihre Selbstunsicherheit. Auffällig ist hier weiter die Streßintoleranz der ... Herzneurotiker, und ihre Unfähigkeit, mit Streßsituationen umzugehen, indem sie sich entweder trotzig zurückziehen und damit jeglicher Konfrontation mit der Situation ausweichen, vor ihr sogar flüchten, oder sie bemitleiden sich und reagieren depressiv (...).“⁵¹⁸

Schonecke spricht in diesem Zusammenhang von einer mangelnden Ich-Entwicklung bzw. mangelnder Desomatisierung, ein wichtiger Aspekt innerhalb der menschlichen Entwicklung nämlich besteht in einem Wechsel vom primärprozesshaften Reagieren in Richtung eines sekundärprozesshaften Handelns, indem das zunächst körperliche Reagieren in bedachtes Handeln wechselt.⁵¹⁹

„Gelingt diese Entwicklung zumindest nur eingeschränkt, so bleibt eine Tendenz bestehen, Erregung hauptsächlich körperlich zu erleben und weniger psychisch oder inhaltlich. Als eine Bedingung dieser Art unvollkommener Entwicklung wurden übermäßig schützende und ver-

⁵¹⁵ vgl. Harbauer-Raum in Nutzinger und andere 1987, S. 89

⁵¹⁶ Harbauer-Raum in Nutzinger und andere 1987, S. 89

⁵¹⁷ vgl. Richter & Beckmann 1986, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 119

⁵¹⁸ Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 163

⁵¹⁹ vgl. Schonecke 1998, S. 114

wöhnende Mütter genannt (...) ⁵²⁰, die ihrerseits unfähig sind, sich von ihrem Kind zu trennen oder eine Trennung durch dessen Entwicklung und Verselbständigung zuzulassen. Unter besonders belastenden Bedingungen komme es zu einer sog. Ichregression, d. h. das Ich zieht sich auf eine frühere Organisationsform zurück, es kommt zur sog. ‚Resomatisierung‘, die körperlichen Erlebnisanteile rücken in den Vordergrund. ⁵²¹

Wird also beispielsweise ein kindlicher Konflikt im Erwachsenenalter wieder aktuell, aktiviert dies eine psychische Struktur, welche zum Inhalt den Konflikt mitsamt dessen früherem Erleben hat. Die zum Erleben gehörenden körperlichen Sensationen, die in der Kindheit stattgefunden haben, passen aber nicht mehr in das ‚Verhaltensrepertoire‘ des Erwachsenen, weil Kinder vermutlich stärkere Erregungen verspüren als Erwachsene. ⁵²²

„Das würde bedeuten, daß sie für den gegebenen Zusammenhang im erwachsenen Leben als nicht passend oder zu stark erlebt werden. Das bedeutet, daß diese körperlichen Empfindungen als ungewöhnlich bzw. ungewohnt, zu den Abläufen nicht passend und daher stark beunruhigend oder ängstigend wirken, sie sind aus der Gegenwart nicht erklärlich.“ ⁵²³

Symbiotische Mutter–Kind–Bindung, Ich–Schwäche und Trennungskonflikte (faktisch oder phantasiert) scheinen also psychoanalytisch als bedeutendste Faktoren zur Herzneurose führen zu können. Danach wird die Herzneurose dann ausgelöst, wenn der geliebte Mensch sich vom Patienten löst oder umgekehrt bzw. wenn die Beziehung in Gefahr gerät. In diesen Momenten demaskiert sich auch die mangelnde Selbstsicherheit der Patienten, die denken, von dieser anderen Person abhängig zu sein. ⁵²⁴

„Das eigentliche Dilemma für die Patienten besteht nun darin, daß sie innerlich gegen eben diese maximale Abhängigkeit aufbegehren, ohne deren Aufrechterhaltung sie kaputtzugehen fürchten. Sie wünschen sich eine stärkere Verselbständigung, aber oft werden sie gerade in dem Augenblick krank, in dem sie diese Verselbständigung durchsetzen könnten oder äußerlich bereits erreicht haben.“ ⁵²⁵

⁵²⁰ vgl. v. Rad & Zepf 1986, zitiert nach Schonecke 1998, S. 114

⁵²¹ Schonecke 1998, S. 114

⁵²² vgl. Schonecke 1998, S. 115

⁵²³ Schonecke 1998, S. 115

⁵²⁴ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 44

⁵²⁵ Richter & Beckmann 1973, S. 44 f

Warum aber klammern sich erwachsene Menschen in diesem Zusammenhang derart kindlich an einen Partner? Nach Richter und Beckmann liegt dies an einer bereits zuvor existenten Persönlichkeitsstörung, die in einer Angstbereitschaft besteht, welche schon lange existiert. Diese Bereitschaft zur Angst zwingt die Person dazu, in einer symbiotischen Beziehung Hilfe und Zuflucht zu suchen – bei gleichzeitiger Unterdrückung ihrer Strebung nach Unabhängigkeit, weil die Angst größer ist. Droht dann diese Bindung zerstört zu werden oder ist sie bereits zerstört, kommt die Angst zum Vorschein, die bereits vorher vorhanden war.⁵²⁶

An den Partner, die übermächtige Mutter oder andere nahe stehende Personen klammert sich der Herzneurotiker also, weil er von der Mutterfigur dieses Verhalten zur Angstbewältigung erlernt und am Modell immer wieder ‚einstudiert‘ hat. Aber auch außerhalb dieses psychoanalytischen Ansatzes existieren verschiedene Auffassungen zur Ätiologie der herzneurotischen Symptomatik. Neben Trennungsambivalenzen, Partnerkonflikten und vielen anderen Konflikten können auch Konflikte, Krisen und Defizite in der *Kommunikationsstruktur Orientierung* als zentral ätiologischer Faktor gewertet werden.⁵²⁷

Der Hintergrund: „Jede menschliche Kommunikation vollzieht sich nach *D. Wyss* in folgenden sechs Grundstrukturen: Lebensraum, Orientierung, Ordnung, Zeit, Leib und Leistung.“⁵²⁸

In einer Untersuchung von Csef an 20 Herzangst-Patienten hat sich gezeigt, dass gerade im Bereich der Orientierung Konflikte, Krisen und strukturelle Defizite als ätiologische Faktoren von entscheidender Bedeutung sind.⁵²⁹ ‚Orientierung‘ umfasst hierbei grundsätzliche Einstellungen, Überzeugungen und Wertvorstellungen, Lebensstil, Prinzipien, weltanschaulich-religiöse Einstellungen, Individualethik im moralisch-ethischen Bereich sowie Welt- und Selbstbild.⁵³⁰

Dabei scheint es drei Hauptformen gestörter Orientierung bei Herzangst-Syndromen zu geben:

1. Ein im gesamten Verlauf der Lebensgeschichte des Kranken aufweisbarer Orientierungsmangel, der lange vor der Dekompensation (Manifestation der Krankheit im Herzangst-

⁵²⁶ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 47

⁵²⁷ vgl. Csef 1985, S. 320

⁵²⁸ vgl. Wyss o.J., zitiert nach Csef 1985, S. 323

⁵²⁹ vgl. Csef 1985, S. 335

⁵³⁰ vgl. Wyss 1976, 1979, 1980, Wyss & Gerich 1979, Wyss und Mitarbeiter 1982, zitiert nach Csef 1985, S. 324

Syndrom) als ‚Defizit‘ und ‚Mißverhältnis‘ in der Kommunikationsstruktur Orientierung erscheint.

2. Längere Zeit fortbestehender unbewältigter Orientierungskonflikt (...), ... (Bsp.: jahrelang bestehender unbewältigter Konflikt zwischen religiösen Prinzipien, Geboten und Verboten einerseits und erotisch-sexuellen Bedürfnissen andererseits – dies entspräche dem Konflikt zwischen Über-Ich und Es bei *S. Freud*).
3. Akute Orientierungskonflikte (... – wie etwa den Umzug eines gläubigen Katholiken in eine rein protestantische Gegend, in der er ... auf hartnäckige Ablehnung stößt.“⁵³¹

Aus einer tiefenpsychologischen und psychopathologischen Betrachtungsweise heraus sind Ordnungs- und Orientierungsbezüge von großer Bedeutung für die Entstehung der Krankheit, „... da sie nicht nur Sicherheit, Halt und Geborgenheit vermitteln und dem Orientierungsschwachen Wegweiser, Anker, Leitlinie usw. sind, sondern auch vielfältige Konflikt- und Dekompensationsmöglichkeiten mit sich bringen.“⁵³²

Mit diesem Ansatz kann man die Entstehungsbedingungen der Herzangst-Syndrome nun in ein bio-psycho-soziales Modell⁵³³ einordnen:

1. Biologische Faktoren: Was man unter diesen biologischen Faktoren zu verstehen hat, wurde bereits von Freud als ‚somatisches Entgegenkommen‘ bezeichnet. „P. Hahn (1979) betont besonders die ‚Eigengesetzlichkeit im somatischen Funktionsablauf‘, durch die über den ‚sympathicovasalen Anfall‘ aus der vorher ‚unorganisierten Neurose‘ die relativ einförmige Symptomatik der Herzphobie wird (...).“⁵³⁴
2. Psychische Faktoren: „Hier stehen als intrapsychische Faktoren das Selbst-Erleben und die Selbst-Konstitution, Affekte und Gefühle sowie unbewältigte Konflikte im Mittelpunkt der Diskussion (...).“⁵³⁵ M. Ermann (1982, 1983) unterscheidet zwischen Ich-Pathologie (frühstrukturelle Ich-Störung), die wesentlich die Körperorientierung (gesteigerte Körperwahrnehmung) mitbedingte, und die Konflikt-Pathologie, in der besonders Trieb- und Beziehungskonflikte wirksam werden.“⁵³⁶

⁵³¹ Csef 1985, S. 331

⁵³² Csef 1985, S. 330 f

⁵³³ Weiner 1977, Engel 1977, v. Uexküll 1986

⁵³⁴ vgl. Bergmann & Hahn 1985, Reindell 1981, 1985, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263

⁵³⁵ vgl. Richter & Beckmann 1969, König 1980, 1981, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263

⁵³⁶ vgl. Ermann 1982, 1983, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263

3. Soziale Faktoren: Hierunter fällt die gestörte zwischenmenschliche Kommunikation, also an erster Stelle Beziehungskonflikte, die nicht bewältigt sind sowie mangelnde Fähigkeit zur Beziehung. Hier scheint eine pathogenetische Wirkung für die Entwicklung einer Herzphobie inhärent zu sein.⁵³⁷ „Die überaus große Häufigkeit von Partnerkonflikten (besonders Trennungsambivalenzen, ...)“⁵³⁸ verweisen auf die Relevanz von pathogener Paardynamik (...)“⁵³⁹ sowie der familiendynamischen Bedeutung der Herzphobie als Familienneurose (...)“⁵⁴⁰ „⁵⁴¹.

Insgesamt kann man also festhalten, dass besonders eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit, Beziehungskonflikte, Leib und Orientierung besonders wichtig für das Verständnis der Herzphobie sind.⁵⁴²

Zur Bedeutung der Orientierungskrise für die Entstehung der Krankheit sagt Wyss: „Orientierungskrisen ... sind im Zusammenhang des Verlustes und der Aufsplitterung der Lebensräume, der Irrelevanz und Erschöpfung der Vorbilder zu sehen, deren vorausgegangene bindend-verbindliche, erlebte Einheit und Ganzheit jetzt zu gegeneinander wirkenden innerräumlichen Strukturen zerfällt; d. h. Lebensraum, Orientierung und Ordnung schränken sich antagonistisch einander ein und nichten sich gegenseitig.“⁵⁴³

Neben der psychoanalytischen und bio-psycho-sozialen Zugangsweise zum Störungsbild der Herzneurose darf aber nicht vergessen werden, dass es sich hierbei nach ICD-10 um eine somatoforme autonome Funktionsstörung handelt, während DSM-IV eine Untergruppe der Panikstörung diagnostiziert.

Deshalb stellt sich natürlich die Frage, wie die entsprechenden Störungen hier erklärt werden. Den Anfang soll hier die Ätiologie der somatoformen Störungen machen.

„Es gibt gegenwärtig keine einheitliche Theorie zur Erklärung der somatoformen Störungen. ... Die modernen Diagnoseschemata (ICD-10, DSM-IV) sind um eine rein phänomenologische

⁵³⁷ vgl. Csef in Wyss 1987, S. 263

⁵³⁸ vgl. hierzu Bräutigam & Christian 1986, Csef 1985, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263 f

⁵³⁹ vgl. Willi 1972, 1975, 1976, 1978, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263

⁵⁴⁰ vgl. Stierlin 1976, 1982, Wirsching & Stierlin 1982, 1983, Ermann 1986, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 263 f

⁵⁴¹ Csef in Wyss 1987, S. 263 f

⁵⁴² vgl.

⁵⁴³ Wyss 1976, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 274

Darstellung der verschiedenen Störungen ohne ätiologische Konzepte bemüht. Sie kommen aber doch nicht umhin, Bezeichnungen zu verwenden, die durch eine lange Tradition eine bestimmte Bedeutung erlangt haben.“⁵⁴⁴

Äußerst interessant ist, dass bei Morschitzky als Modell zur Erklärung somatoformer Störungen das **altbekannte freudsche Modell der Konversion** in seiner aktualisierten Form⁵⁴⁵ herangezogen wird.⁵⁴⁶

Auch aus psychiatrischer Sicht, die ein Zusammenwirken verschiedener pathogenetischer Faktoren bei der Entstehung somatoformer Störungen vermutet, wird die Psychoanalyse erwähnt: „Nach **psychoanalytischen Modellen** liegt den somatoformen Störungen, ähnlich wie den dissoziativen Störungen (...), eine ‚Übersetzung‘ unbewusster Konflikte in die Körpersprache zugrunde. Innerpsychische Konflikte werden auf der ‚Bühne des Körpers‘ ausagiert. Dabei spielt das Auftreten von diffuser Angst, vor allem Schuldängsten, eine besondere Rolle. Durch den entstehenden primären (inneren) und sekundären (äußeren) Krankheitsgewinn kann eine Entlastung von der Konflikt- und Affektspannung erreicht werden.“⁵⁴⁷

Nach den eher umfangreichen Ausführungen älterer Autoren erscheint diese Erklärung eher oberflächlich. Aber Literatur neueren Datums – hier psychiatrische – hat dafür noch andere Erklärungsversuche zur Entstehung somatoformer Störungen parat, die aber in der Summe nicht neu sind.

Da wäre zum Beispiel die **lerntheoretische Sichtweise** zu nennen, die von einem erlernten, sich immer wieder verstärkenden Kreislauf als wesentliche Basis bei der Krankheitsgenese ausgeht.⁵⁴⁸

„So wird z. B. ein Patient, der ängstlich seinen Herzrhythmus durch Tasten des Pulses kontrolliert, tatsächlich durch ängstliche Anspannung provozierte Extrasystolen bemerken. Diese vermeintliche Bestätigung wird dann im Rückschluss seine ängstliche Erwartungshaltung verstärken. Das wiederholte Erleben solcher Phänomene kann schließlich die Symptome fixieren.

⁵⁴⁴ Morschitzky 2000, S. 181

⁵⁴⁵ herausgelöst aus dem psychodynamischen Grundkonzept

⁵⁴⁶ vgl. Morschitzky 2000, S. 182

⁵⁴⁷ Deister in Möller und andere 2001 c, S. 255 f

⁵⁴⁸ vgl. Deister in Möller und andere 2001 c, S. 255 f

Auch **neurobiologische Modelle** werden diskutiert. Diese werden besonders durch die Beobachtung unterstützt, dass die meisten somatoformen Störungen gehäuft auch bei Verwandten 1. Grades der Patienten auftreten.⁵⁴⁹

Nicht neu ist ferner der Hinweis, dass **bestimmte Persönlichkeitsstrukturen** an der Entstehung somatoformer Störungen beteiligt sein könnten. Dazu gehört etwa die unsichere Persönlichkeit⁵⁵⁰ oder die mangelnde Fähigkeit zum Ausdruck von Emotionen (**Alexithymie**) (auch dieser Begriff ist nicht neu und wurde im ersten Kapitel der Arbeit bereits diskutiert, M. Hager).

Schließlich wird eine **spezielle Anfälligkeit bestimmter Organe** diskutiert – ebenso wie eine **Identifikation mit Beschwerden nahe stehender Personen** oder der **kulturelle Hintergrund** als Beitrag zur Ausgestaltung des Symptoms.⁵⁵¹

Betrachtet man die Entstehungsgründe der Herzneurose vor dem Hintergrund der Tatsache, dass dieses Störungsbild nach aktueller Auffassung auch den Angst- und Panikstörungen zugeordnet werden kann, wird man auch hier bereits bekannte Aussagen antreffen. **Psychodynamisch betrachtet** nämlich haben mehr oder weniger sämtliche Symptombildungen den Zweck, Konflikte innerhalb eines Individuums mittels eines Kompromisses miteinander zur Versöhnung zu bringen. Das psychische Gleichgewicht wird demnach durch eine neurotische Konfliktlösung erhalten. Gelingt diese neurotische Konfliktlösung aber nicht, wird Angst erlebt.⁵⁵²

„Eine weitere Grundlage dieser Vorstellungen besteht darin, daß Angst-Patienten in ihrer Entwicklung keine ausreichend stabilen Ich-Fähigkeiten ausbilden konnten, um mit adäquater ‚Signalangst‘ umzugehen. Bei Konfliktsituationen wird der real bestehende Konflikt als überfordernd beurteilt und es werden eventuell infantile Ängste reaktiviert. Bei Patienten mit neurotischer Angstsymptomatik können insbesondere dann akute Ängste ausgelöst werden, wenn Ich-stützende Mechanismen in Frage gestellt werden, z. B. bei drohendem Verlust oder Trennung von einer nahe stehenden Bezugsperson (**Trennungsangst**) bzw. beim Verlust von sozialer Anerkennung.“⁵⁵³

⁵⁴⁹ Deister in Möller und andere 2001 c, S. 255 f

⁵⁵⁰ Richter & Beckmann beschreiben dies bereits mit dem A-Typ des Herzneurotikers

⁵⁵¹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 c, S. 256

⁵⁵² vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 108

⁵⁵³ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 108

Die nicht erworbene Fähigkeit im Umgang mit Angst durch mangelnde Ich-Fähigkeiten und Trennungsfähigkeit werden unter psychodynamischem Gesichtspunkt also auch zur Erklärung der Genese von Angsterkrankungen, zu denen die Herzneurose auch gezählt werden kann, herangezogen.

Unter lerntheoretischem Gesichtspunkt werden eher Modellvorstellungen der Phobieentstehung betrachtet. Dabei ist zunächst der disponierende Faktor zu nennen, der in genetischer und lebensgeschichtlicher Dimension wirksam werden kann, wobei hier das klassische Konditionieren durch das Modelllernen ergänzt zu werden scheint. Daneben gibt es den auslösenden Faktor, der etwa in bestimmten Lebensereignissen bestehen kann. Schließlich existiert ein aufrechterhaltender Faktor, der z. B. durch mangelnde Konfrontationsbereitschaft mit der angstauslösenden Situation diese noch ängstiger macht. Durch eine kognitive Fehlattribution werden die innerhalb der Angst wahrgenommenen Symptome als gefährlich interpretiert. Der Teufelskreis entsteht dann dadurch, dass die persönlich empfundene Gefahr die Angst verstärkt, was wiederum die körperliche Symptomatik negativ beeinflusst.⁵⁵⁴

Dass der lerntheoretische Gesichtspunkt nicht neu ist, kann bei Richter und Beckmann nachgelesen werden: „KOEPCHEM diskutiert speziell in bezug auf die menschliche Herzneurose die Möglichkeit, daß auch der Mensch durch ... Konditionierung eine gesteigerte Bereitschaft zu ... vegetativen Reaktionen erwerben könnte, wobei an die Stelle des ursprünglich auslösenden Reizes Reize dritter, vierter oder noch höherer Ordnung treten könnten, die schließlich gar keinen Zusammenhang mit dem Erstreiz erkennen und diesen aus dem Bewußtsein überhaupt verschwinden lassen würden.“⁵⁵⁵

Schließlich spielen hier aber auch Modellvorstellungen im neurobiologischen und neurochemischen Bereich eine Rolle. So spielen unter neurobiologischem Gesichtspunkt ganz bestimmte neuroanatomische Regionen im Rahmen der Angst eine wesentliche Rolle, unter neurochemischem Aspekt ist zu erwähnen, dass nicht funktionierende Transmittersysteme und daraus resultierende neuroendokrine Veränderungen die Modellvorstellungen ergänzen.⁵⁵⁶

⁵⁵⁴ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 108

⁵⁵⁵ vgl. Koepchen o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 16

⁵⁵⁶ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 108 ff

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass insbesondere der psychoanalytische Erklärungsansatz zur Ätiologie der Herzneurose noch immer aktuell erscheint, weil er selbst in aktueller psychiatrischer Literatur verwendet wird.

Lerntheoretische Überlegungen scheinen dann die Thematik zu treffen, wenn es darum geht, die Symptomatik ‚von der Lebensgeschichte isoliert‘ zu erklären, denn das Modell des Konditionierens erklärt ja lediglich, wie es dazu kommt, dass die Symptomatik der Herzneurose in augenscheinlich völlig harmlosen und unverhofften Situationen eintritt. Die Lebensgeschichte wird hier zwar nicht gänzlich ausgeblendet, sie steht aber im Gegensatz zu psychoanalytischer Auffassung nicht im Mittelpunkt sondern wird als disponierender Faktor lediglich erwähnt. Der Schwerpunkt innerhalb der Lerntheorie liegt dabei auf der Tatsache, dass man ein Symptom und das entsprechende Verhalten erlernt hat und sich dieses mittels Verstärkung manifestiert und im schlimmsten Fall durch Generalisierung auch in anderen Situationen auftritt.

Aus diesen unterschiedlichen Ansätzen erwachsen schließlich ebenso verschiedenartige Behandlungsansätze der Herzneurose, die an anderer Stelle dargestellt werden.

2.6 Differentialdiagnostische Überlegungen

Aus den bisherigen Ausführungen zur Symptombeschreibung und Verortung der Herzneurose kann die Vermutung abgeleitet werden, dass die Differentialdiagnose, also die Abgrenzung zu anderen Krankheiten und die Identifizierung einer bestimmten Erkrankung innerhalb einer Gruppe symptomatisch ähnlicher Krankheiten, ähnliche Probleme aufwerfen könnte. Der folgende Abschnitt wird sich diesem Problem widmen und versuchen, die wichtigsten Krankheiten, die der Herzneurose ähnlich sind, darzustellen. Eine besondere klinische Bedeutung erhält die Herzneurose durch die Häufigkeit ihres Auftretens, ihre Behandlungsschwierigkeiten und die Langzeitfolgen. Gerade die Differentialdiagnose muss besonders sorgfältig durchgeführt werden, weil schwerwiegende organische Herzerkrankungen sowie solche pulmonologischer, neurologischer, endokrinologischer und psychiatrischer Erkrankungen Symptome in ähnlicher Weise zeigen können.⁵⁵⁷

In der Argumentation kann man aber ferner die Meinung vertreten, dass das Vorliegen einer organisch unbegründbaren Herzphobie erst dann vermutet werden darf, wenn zu nichts bringenden Untersuchungsergebnissen positive Zeichen der Herzphobie hinzukommen.⁵⁵⁸ „Wir konnten sehen, daß weder das Alter noch positive Zeichen einer Herzphobie, weder atypischer Herzschmerz, noch ein negatives EKG und weder eine leere Anamnese, noch normale Laborparameter eine organische Grundlage der Herzsensation ausschließen. Trotz zusätzlicher negativer Befunde weitergehender Untersuchungen, wie Echokardiographie, Szintigraphie oder Angiokardiographie, können wir das Fehlen einer organischen Grundlage der Erkrankung (...) nur vermuten. Erst wenn positive Zeichen einer Herzphobie hinzukommen, kann der Verdacht auf eine organisch nicht begründbare Herzphobie ausgesprochen werden.“⁵⁵⁹

Nach Hahn gilt folgende Faustregel der Differentialdiagnose: „Je besorgter und hypochondrischer ein Patient bei der Darstellung und Beschreibung seiner einmal aufgetretenen Herzbeschwerden wirkt, desto weniger wahrscheinlich ist es, daß er an einer somatischen begründbaren, d. h. koronarsklerotischen Erkrankung leidet. Je mehr aber ein Patient die einmal aufgetretenen Beschwerden abwertet, desto sorgfältiger muß man die somatischen Untersuchungen einleiten und mit der Möglichkeit einer koronarsklerotischen Einwirkung auch dann rechnen,

⁵⁵⁷ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 110 f

⁵⁵⁸ vgl. Schütz in Nutzinger und andere 1987, S. 40 f

⁵⁵⁹ Schütz in Nutzinger und andere 1987, S. 40 f

wenn sich noch keine Befunde objektivieren lassen.“⁵⁶⁰ Natürlich handelt es sich hierbei nicht um ein zuverlässiges differentialdiagnostisches Kriterium, sondern lediglich um einen ersten Hinweis.⁵⁶¹

Die erste wichtige Abgrenzung ist zu den *organischen Erkrankungen und anderen, u.a. körperlich bedingten Angsterkrankungen* vorzunehmen.

„Hierbei ist vor allem an organisch bedingte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu denken, die z. T. Beschwerden verursachen, die einem Teil der Beschwerden gleichen, unter denen die Patienten mit funktionellen Störungen leiden.“⁵⁶² Die koronare Herzerkrankung ist hierfür ein Beispiel. Ebenfalls auszuschließen ist eine Hyperthyreose, ein Nebennierentumor und das hyperkinetische Herzsyndrom, das auf eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Katecholaminen zurückgeführt wird.⁵⁶³

Weil insbesondere der sympathikovasale Anfall als eine Art Auslöser der Herzneurose verstanden wird, „... ist diese Form der Symptombildung von anderen Formen deutlich abzugrenzen: ...“⁵⁶⁴ Bergmann und Hahn nennen auch das hyperkinetische Herzsyndrom, ferner paroxysmale Tachykardien, beginnende Angina-pectoris-Beschwerden im Rahmen der koronaren Herzerkrankung und funktionelle Beschwerden im Rahmen der depressiven Entwicklung, auf die später eingegangen wird.⁵⁶⁵

Das hyperkinetische Herzsyndrom wird auch von Csef ebenso wie paroxysmale Tachykardien, Beschwerden im Rahmen depressiver Erkrankungen und diffusen Herzbeschwerden funktioneller Art⁵⁶⁶ von der Herzneurose abgegrenzt,⁵⁶⁷ weil beim hyperkinetischen Herzsyndrom ausgeprägte Blutdruckveränderungen festzustellen sind, wohingegen die herzbezogene Todesangst in der Regel fehlt.⁵⁶⁸

⁵⁶⁰ vgl. Hahn o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 21

⁵⁶¹ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 21

⁵⁶² vgl. Schonecke 1998, S. 24

⁵⁶³ vgl. Schonecke 1998, S. 24 ff

⁵⁶⁴ Bergmann & Hahn in Nutzinger und andere 1987, S. 76

⁵⁶⁵ vgl. Bergmann & Hahn in Nutzinger und andere 1987, S. 76

⁵⁶⁶ etwa Herzdruck oder Herzstechen ohne physiologische Charakteristika eines sympathikovalen Anfalles und panikartiger Todesangst (vgl. Csef in Wyss 1987, S. 262).

⁵⁶⁷ vgl. Csef 1985, S. 321

⁵⁶⁸ vgl. Csef in Wyss 1987, S. 262

*Exkurs: Abgrenzung der Herzneurose zu anderen (u.a. körperlich bedingten) Angststörungen*⁵⁶⁹

Im bisherigen Verlauf wurde immer wieder auf den Trend hingewiesen, die Herzneurose den *Angststörungen* zuzuordnen. Differentialdiagnostisch ist dabei zu fragen, ob es sich beim Symptom

1. um eine behandlungsbedürftige Angst handelt,
2. die Angst durch **körperliche Krankheit** verursacht ist,
3. die Angst durch psychiatrische Krankheit verursacht wird oder
4. eine primäre Angsterkrankung vorliegt.⁵⁷⁰

„Angstsyndrome werden in primäre und sekundäre Angstsyndrome unterteilt. Die sekundären Angstsyndrome können bei organischen Grundkrankheiten auftreten. Bei den primären Angstsyndromen handelt es sich um Angstkrankheiten im engeren Sinn.“⁵⁷¹ Ferner sind von den sekundären Angstsyndromen „... für die Differentialdiagnose der Herzphobie diejenigen bedeutsam, die bevorzugt zu Tachykardien oder Herzbeschwerden führen (...)“⁵⁷²

Neben den bereits genannten organischen Erkrankungen sind hier aus Sicht der *inneren Medizin* auszuschließen:

- Herzinfarkt,
- Mitralklappenprolaps-Syndrom⁵⁷³,
- Bluthochdruck,
- Störungen des Herzrhythmus,
- verschiedene endokrinologische Erkrankungen sowie aus neuropsychiatrischer Sicht
- epileptische Angstsyndrome.⁵⁷⁴

„Beim Mitralklappenprolaps liegt ein Vorfall eines oder beider Segel oder von Anteilen des hinteren Segels der Mitralklappe in den linken Vorhof während der Systole zugrunde. Dabei

⁵⁶⁹ wird hier aufgeführt, weil auch körperliche Grunderkrankungen (die hier ja differentialdiagnostisch aufgeführt werden) zu Herzsensationen und Ängsten führen können

⁵⁷⁰ vgl. Csef 1996, S. 772

⁵⁷¹ Csef 1996, S. 772

⁵⁷² Csef 1996, S. 772

⁵⁷³ Erklärung folgt

⁵⁷⁴ vgl. Csef 1996, S. 772

schließen die Segel der Mitralklappe während der Systole (...) nicht flächig, sondern nur randständig, gleichzeitig prolabiert die Mitralklappe in den linken Vorhof (...).“⁵⁷⁵

Eine besondere Situation liegt vor, „... wenn am Herzen diskrete organische Veränderungen gefunden werden, die jedoch vom Patienten wesentlich dramatischer erlebt werden, als es dem objektivierbaren Befund entspricht (...). Durch die moderne kardiologische Diagnostik, einschließlich invasiver Verfahren, werden immer häufiger organische Veränderungen gefunden, die früher als ‚funktionell‘ oder ‚Neurose‘ eingeordnet worden wären (...). Diesen diagnostischen Fortschritten stehen oft erhebliche Probleme im Umgang mit verunsicherten, ängstlichen, misstrauischen oder zwanghaften Patienten gegenüber. Gerade der ängstliche Mensch neigt in der Wertung der Befunde zu einer Fehleinschätzung, die seine weitere Behandlung um so mehr erschweren kann, je irrationaler und ausgeprägter die Ängste sind.“⁵⁷⁶

Sind also *andere (u.a. körperlich bedingte) Angstsyndrome und körperliche Erkrankungen* ausgeschlossen worden, „... so bleibt die Gruppe von sogenannten psychosomatischen Herzkrankheiten übrig, die zusammenfassend »funktionelles kardiovaskuläres Syndrom« genannt werden. Zahlreiche psychosomatisch orientierte Internisten (...)“⁵⁷⁷ treten für eine weitere Differenzierung in Subtypen ein, die sich sowohl physiologisch als auch psychologisch abgrenzen lassen. Wichtige Subtypen sind paroxysmale Tachykardien, Herzhypochondrie, Herzphobie, hyperkinetisches Herzsyndrom und vegetative Dystonie, ...“⁵⁷⁸

Während also z. B. das hyperkinetische Herzsyndrom in anderen Veröffentlichungen von der Herzneurose abgegrenzt wird, tritt es hier als Subtyp in Erscheinung. Neben **somatischen Störungen und anderen (auch körperlich bedingten) Angsterkrankungen** müssen aber auch **psychische** ausgeschlossen werden, wenn es um die Diagnose von Herzangst-Syndromen geht.

Dabei „... geht es einerseits darum, beispielsweise eine depressive Erkrankung zu erkennen, zu deren Symptomatik vielleicht die körperliche Symptomatik gehört (...). Natürlich handelt es sich auch dann bei den Beschwerden um solche ohne eine somatische Grundlage, und sie können daher als ‚funktionell‘ bezeichnet werden. Dennoch ist eine Unterscheidung bzw. Abgrenzung

⁵⁷⁵ Strian in Nutzinger und andere 1987, S. 67

⁵⁷⁶ Csef in Nissen 2002, S. 114

⁵⁷⁷ vgl. z.B. Hahn in Hahn 1983, zitiert nach Csef 1990, S. 633

⁵⁷⁸ Csef 1990, S. 633

notwendig wegen der sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine Behandlung. So sind auch die Übergänge zwischen den einzelnen Angststörungen und den funktionellen Herz-Kreislauf-Störungen bzw. der Herzphobie fließend. Es ist keine Frage, daß viele Patienten mit funktionellen Störungen agoraphobe Symptome haben und auch Panikattacken erleben.“⁵⁷⁹

So verweist Csef auf die Idee, andere Angst-Syndrome sowie ‚Panikattacken‘⁵⁸⁰ dann von der Herzangst abzugrenzen, wenn die Todesangst, die sich auf das Herz bezieht, nicht vordergründig ist⁵⁸¹, obwohl der Übergang zu anderen Herzsymptomen fließend ist.

Eine Abgrenzung der Herzneurose zur **Agoraphobie** wird von Schonecke vorgeschlagen. Nach der ICD-10 wird dieses Störungsbild wie folgt definiert: „Der Begriff Agoraphobie wird hier in einer weiter gefaßten Bedeutung verwendet als ursprünglich eingeführt und als noch in einigen Ländern üblich. Er bezieht sich jetzt nicht nur auf Ängste vor offenen Plätzen, sondern z. B. auch auf Menschenmengen oder die Schwierigkeit, sich wieder sofort und leicht an einen sicheren Platz, im allgemeinen nach Hause, zurückziehen zu können. Der Terminus beschreibt also eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien, mit der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder allein in Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Viele Patienten empfinden Panik bei dem Gedanken, zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben.“⁵⁸²

Im Kapitel über die Symptomatik der Herzangst-Syndrome wurde auf die Gefahr dieser agoraphobischen Entwicklung mehrfach verwiesen.

Eine Gemeinsamkeit herzphobischer und agoraphobischer Patienten besteht also darin, sich verstärkt zu isolieren, um Situationen zu vermeiden, in denen bereits Beschwerden aufgetreten sind. Der Unterschied zwischen den Störungsbildern besteht aber darin, dass der an Herzphobie Leidende denkt, wirklich körperlich krank zu sein, wohingegen der Agoraphobiker diese Überzeugung nicht hat. Die Folge besteht darin, dass der Agoraphobiker nicht ständig den Arzt wechselt, um die Befürchtung des Herzphobikers, herzkrank zu sein, bestätigt zu bekommen.⁵⁸³

⁵⁷⁹ Schonecke 1998, S. 28

⁵⁸⁰ vgl. Benkert, Maier, Buller 1985, zitiert nach Csef in Wyss 1987, S. 262

⁵⁸¹ vgl. Csef in Wyss 1987, S. 262

⁵⁸² Dilling und andere 1991, S. 144

⁵⁸³ vgl. Schonecke 1998, S. 28

Die Herzneurose wird von vielen Fachleuten als Variante der Panikstörung verortet. Es wurde schon darauf verwiesen, dass eine einfache Panikattacke plötzlich beginnt und ihren Höhepunkt innerhalb von 2 bis 30 Minuten erreicht, aber auch mehrere Stunden andauern kann und von Tachykardie, Hitzewallungen, Beklemmungsgefühlen und Zittern, Atemnot, abdominellen Beschwerden und Ohnmachtsgefühlen begleitet ist.⁵⁸⁴ „Bei Panikattacken steht häufig die kardiale Symptomatik ganz im Vordergrund des Erlebens. Früher als **Herzphobie** oder **Herzangstsyndrom** bezeichnete Phänomene sind dieser Störung unterzuordnen.“⁵⁸⁵

Die Symptomliste des Paniksyndroms macht dabei deutlich, dass nahezu alle körperlichen Symptome auch bei der Herzphobie vorhanden sind. Als Folge wird die Symptomatik von vielen Autoren mit der Panikstörung identifiziert, wohingegen andere Fachleute die Herzphobie als abgrenzbare und besondere Form der Panikstörung betrachten.⁵⁸⁶

Es ist darauf hinzuweisen, dass Angst auch bei anderen psychischen Erkrankungen auftreten kann, die bislang noch nicht genannt wurden, nämlich bei

- der schizophrenen Psychose,
- bei Drogenabusus,
- bei posttraumatischen Belastungsstörungen,
- bei Zwängen und
- Persönlichkeitsstörungen.⁵⁸⁷

Die Herzneurose ist nach der ICD-10 eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems. Es stellt sich also die Frage, in welchem Verhältnis dieses Störungsbild zu den somatoformen Störungen insgesamt steht. Betrachtet man die Somatisierungsstörung im Vergleich zur Herzneurose, fällt folgender Sachverhalt auf: „Es gibt für die Klassifikation der Somatisierungsstörung einige Kriterien, die die Anwendung dieser Kategorie erheblich erschweren. Das eine bezieht sich auf die minimale Anzahl der Beschwerden aus einem vorgegebenen Katalog von 35 Symptomen, die beim Patienten in bedeutsamer Ausprägung vorliegen müssen. Dabei sind 13 Beschwerden oder Symptome gefordert. In DSM IV müssen sich die

⁵⁸⁴ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 116 f

⁵⁸⁵ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 117

⁵⁸⁶ vgl. Schonecke 1998, S. 30

⁵⁸⁷ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 121

Beschwerden explizit auf vier verschiedene somatische Systeme beziehen. So werden mindestens vier verschiedene Schmerzsymptome unterschiedlicher Lokalisation gefordert wie Kopf, Abdomen, Rücken usw. Darüber hinaus zählen die übrigen Symptome nur dann, wenn sie nicht schmerzhaft sind. Es werden neben den vier Schmerzsymptomen mindestens zwei nicht schmerzhaft gastrointestinale, mindestens ein sexuelles und mindestens ein pseudoneurologisches Symptom gefordert. Die geforderte Gesamtzahl der Symptome ist damit zwar geringer, die somatischen Bereiche sind jedoch deutlicher festgelegt. Der Beginn der Symptomatik muss nach DSM III und IV vor dem 30. Lebensjahr liegen, was bei vielen Patienten nicht zutrifft.⁵⁸⁸ Nach ICD-10 ergibt sich für die Somatisierungsstörung eine Erweiterung der diagnostischen Leitlinien. So entfällt etwa jenes Kriterium, das den Beginn vor dem 30. Lebensjahr verlangt; ebenso wie die minimale Anzahl von Beschwerden, die jedoch multipel sind. Die Störung muss mindestens zwei Jahre lang bestehen und mit Medikamenten behandelt werden.⁵⁸⁹ „Beziehen sich die Beschwerden hauptsächlich auf ein bestimmtes, vegetativ innerviertes und kontrolliertes Organsystem, so kann die Kategorie der ‚somatoformen autonomen Funktionsstörung‘ angewendet werden. Bei der Herzphobie handelt es sich also um eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems.“⁵⁹⁰

Die so genannte undifferenzierte somatoforme Störung wird dann angewendet, wenn weniger als die 13 Symptome vorliegen, die für die Somatisierungsstörung verlangt werden. Die Symptombdauer muss mindestens sechs Monate betragen und darf nicht über mehrere Jahre vorhanden sein. Diese Kategorie kann auch dann verwendet werden, wenn eine körperliche Erkrankung in Beziehung zur Symptomatik steht, das Ausmaß der Beschwerden, der sozialen oder beruflichen Beeinträchtigung aber nicht erklärt.⁵⁹¹ Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch auf die hypochondrische Störung hinzuweisen, die in der Angst besteht, tatsächlich an einer somatischen Krankheit zu leiden, weil körperliche Symptome trotz ärztlicher Abklärung falsch interpretiert werden.⁵⁹²

„Die Störung muß zu klinisch relevanten Einschränkungen sozialer, beruflicher oder anderer Lebensfunktionen führen. Die Störung muß mindestens für sechs Monate bestehen. Im Vergleich zur undifferenzierten somatoformen Störung wird bei der Hypochondrie die über-

⁵⁸⁸ Schonecke 1998, S. 33 f

⁵⁸⁹ vgl. Schonecke 1998, S. 34

⁵⁹⁰ Schonecke 1998, S. 34 f

⁵⁹¹ vgl. Schonecke 1998, S. 35

⁵⁹² vgl. Schonecke 1998, S. 35

mäßige Beschäftigung mit der körperlichen Symptomatik und die damit verbundene Angst, herzkrank zu sein, betont. Ansonsten sind die diagnostischen Kriterien mit denen der undifferenzierten somatoformen Störung fast identisch.“⁵⁹³

Auch die Abgrenzung zur Depression ist von wesentlicher Bedeutung, denn „Vitalgefühle, vor allem solche mit vorwiegend kardiophober Prägung, sind in der Psychiatrie als Prodromal- und Begleitsymptome von Gemütskrankungen mit psychotischem Krankheitswert seit langem bekannt.“⁵⁹⁴ Allerdings ist „Die Diagnose einer Hintergrunddepression als Ursache kardiophobischer Erscheinungen ... nicht immer leicht zu stellen, da die Kranken ... sich ihrer emotionalen Beeinträchtigung oft gar nicht bewußt sind oder aus gesellschaftlichen Erwägungen wie auch in einer vorwiegend somatisch orientierten Schulmedizin verhalten werden, psychische Alteration zu verdrängen.“⁵⁹⁵ Schon innerhalb der Darstellung des klinischen Erscheinungsbildes fiel häufig eine bestimmte Depressivität der Patienten auf. „Dies macht es notwendig, die vorliegende Erkrankung entweder gegenüber den depressiven Störungen abzugrenzen, oder bei zum Teil ähnlichem Erscheinungsbild die depressive Symptomatik im klassifikatorischen Bereich der depressiven Störungen einzuordnen.“⁵⁹⁶ Symptome einer depressiven Störung können sein

- niedergedrückte Stimmung,
- Verminderung des Antriebes sowie
- Gedanken und Gefühle negativer Art.⁵⁹⁷

„Rief und Hiller (...) fanden bei 63% der Patienten mit einer Somatisierungsstörung eine akute depressive Störung, bei insgesamt 87% eine solche Störung in der Vorgeschichte der Somatisierungsstörung. Die Komorbidität zwischen somatoformen bzw. funktionellen Störungen und depressiven Störungen ist also recht hoch.“⁵⁹⁸

Die Diagnose einer Herzneurose gestaltet sich also als äußerst kompliziert und muss daher gewissenhaft durchgeführt werden. Zu achten ist ferner immer auch auf andere Differentialdiagnosen, da viele Symptome auch bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auftreten können.

⁵⁹³ Schonecke 1998, S. 35 f

⁵⁹⁴ Walcher in Nutzinger und andere 1987, S. 50

⁵⁹⁵ Walcher in Nutzinger und andere 1987, S. 52

⁵⁹⁶ Schonecke 1998, S. 36

⁵⁹⁷ vgl. Schonecke 1998, S. 37

⁵⁹⁸ vgl. Rief & Hiller 1992, zitiert nach Schonecke 1998, S. 39

2.7 Statistische Angaben

Die Häufigkeit, mit der die Herzneurose auftritt, die Schwierigkeiten in der Behandlung und die Komplikationen, die sich im Langzeitverlauf ergeben können, führen zu ihrer besonderen klinischen Relevanz, zumal Hausärzte, Allgemeinmediziner, Internisten, Kardiologen und sogar Notärzte mit diesem Störungsbild konfrontiert sind.⁵⁹⁹

Wie die Arbeit aber bisher gezeigt hat, ist die diagnostische Einordnung nicht völlig eindeutig – Angaben zur Häufigkeit sind daher unterschiedlich. „Seit Einführung der diagnostischen Kategorie der Panikstörung muß davon ausgegangen werden, daß viele der Patienten mit einer Herzphobie unter dieser Diagnose eingeordnet wurden.“⁶⁰⁰

In älteren Arbeiten, denen diese Kategorie nicht bekannt war, findet man folgende Angaben: „Cremerius (1963) fand 8% Patienten mit funktionellen Herz-Kreislauf-Störungen von 2330 Fällen einer medizinischen Poliklinik. Kannel und Mitarbeiter (1958) fanden bei über 1000 untersuchten Personen der Framingham Studie 16% mit ‚funktionellen Herz- und Kreislaufbeschwerden‘. Maas (1975) fand bei 16332 Patienten der deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden bei 20 bis 25% Angaben von Beschwerden, die einen Verdacht auf das Vorliegen funktioneller Herz- und Kreislauf-Beschwerden rechtfertigen. Studt (1979) schätzt die Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung auf 2 bis 5%,⁶⁰¹ in der Allgemeinen Praxis auf 10 bis 15%,⁶⁰² bei 30 bis 40% der Patienten mit Herz-Kreislauf-Beschwerden seien diese funktionell bedingt.“⁶⁰³

Auch Richter und Beckmann gehen von einem Mittelwert der Diagnose ‚Herzneurose‘ zwischen 30 und 40% bei Patienten mit Herzbeschwerden aus, weisen aber darauf hin, dass es hier natürlich maßgeblich auf die Größe der Stichprobe ankomme.⁶⁰⁴

Auch Csef ist der Meinung, dass in der Allgemeinpraxis funktionelle Herzbeschwerden mit 10 bis 15% vertreten sind.⁶⁰⁵

⁵⁹⁹ vgl. Csef 1996, S. 771

⁶⁰⁰ Schonecke 1998, S. 40

⁶⁰¹ vgl. auch Roth & Luton o.J., Cohen & White o.J., Delius o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 27 f

⁶⁰² vgl. auch Delius o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 27 f

⁶⁰³ vgl. Cremerius 1963, Kannel & Standere 1958, Maas 1975, Studt 1979, zitiert nach Schonecke 1998, S. 40

⁶⁰⁴ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 27

⁶⁰⁵ vgl. Csef 1996, S. 771

Andere Angaben schwanken zwischen einer Häufigkeit von 2% bis ca. 12% in der Allgemeinbevölkerung.⁶⁰⁶

Ein sehr schönes Beispiel dafür, dass gerade Definitionsunschärfen zu derartigen Schwankungen führen, zeigt eine Untersuchung von Tress und anderen aus dem Jahr 1990, die zeigte, „... daß bei 16% der Personen, bei denen in einer Prävalenzstudie zu einem Zeitpunkt das Vorliegen psychosomatischer Störungen diagnostiziert wurde, zu einem Zeitpunkt drei Jahre später das Vorliegen von neurotischen Störungen angenommen wurde. Umgekehrt werden psychosomatische Störungen bei 38% der Patienten angenommen, bei denen drei Jahre vorher neurotische Störungen festgestellt worden waren.“⁶⁰⁷

Hier wird also deutlich, dass beide Störungsformen nicht nur unscharf voneinander abgegrenzt sind, sondern dass man insbesondere aus epidemiologischer Perspektive von einer Grundgesamtheit psychogener Störungen ausgehen könnte, die bei wechselnden Symptomen unterschiedlich klassifiziert werden können. Ferner ist die Abgrenzung etwa zum Paniksyndrom nicht unbedingt möglich; *beide* Diagnosen können häufig verwendet werden.⁶⁰⁸

Interessant ist auch die Nennung von Patienten, die mit Verdacht auf Herzinfarkt untersucht werden – Schütz fand hier unter 552 Patienten eine Phobierate von 10,7%.⁶⁰⁹

„Gaus und Vogler haben in einer kardiologischen Ambulanz im Jahre 1979 bei immerhin 24% der Patienten nicht organisch bedingte Herzbeschwerden festgestellt; die Vergleichszahl im Jahr 1980 lag bei 27%.“⁶¹⁰

Im Bereich der Notaufnahme haben 60% der nicht organisch kranken Patienten eine Herzphobie.⁶¹¹

Unter den Patienten, die zwecks Psychotherapie in eine Psychosomatische Klinik aufgenommen werden, haben 80% eine Herzphobie.⁶¹²

⁶⁰⁶ vgl. Schepank 1987, Dilling und andere 1984, zitiert nach Schonecke 1998, S. 40

⁶⁰⁷ vgl. Tress und andere 1990, zitiert nach Schonecke 1998, S. 40

⁶⁰⁸ vgl. Schonecke 1998, S. 40 f

⁶⁰⁹ vgl. Schütz in Nutzinger und andere 1987, zitiert nach Csef 1996, S. 771

⁶¹⁰ vgl. Gaus & Vogler 1982, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 111

⁶¹¹ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 111

⁶¹² vgl. Bräutigam & Christian 1986, zitiert nach Csef 1996, S. 771

„In der Ambulanz des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg zählt die Herzphobie zu den häufigsten Diagnosen. Mit einem Anteil von etwa 7,5% (...) ⁶¹³ ist sie fünf- bis zehnmal so häufig wie beispielsweise Asthma oder Colitis ulcerosa.“ ⁶¹⁴

Interessant ist auch der Verdacht von Jorswieck und Katwan, dass die Erkrankungsquantität in Kriegen und unter schlechten sozialen Umständen steigt. Sie „... belegen durch eine umfangreiche Statistik, daß sich im Berliner Zentralinstitut für psychogene Störungen die Zahl der Patienten mit Herzsymptomen in den Jahren 1945 bis 1965 verdoppelt hat.“ ⁶¹⁵ „Es muß damit gerechnet werden, daß die Herzneurose-Morbidität durch soziale Umstände beeinflusst wird, wie ja durch den hohen Anstieg der Erkrankungszahlen bei Soldaten im Kriege bereits hinlänglich demonstriert worden ist.“ ⁶¹⁶

Auf die sozialen Umstände wird auch hinsichtlich dem Leben in der Stadt und auf dem Land ein Unterschied gemacht: „Über die Häufigkeit funktioneller Herz- und Kreislaufbeschwerden finden sich in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben. Gross (1948) findet in ländlichen Gebieten wie Roth (1943) und Mitarbeiter ein Vorkommen von 2%. In der Stichprobe einer Population in Boston hatten 4,7% der Befragten funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden.“ ⁶¹⁷

Gliedert man die Symptomatik der Herzneurose in die Reihe der Panikerkrankungen ein, bringen es amerikanische Studien auf die Zahl von 50% Panikpatienten, wobei man sich hier mit Patienten befasst, die unter Brustschmerz leiden, aber eine befundfreie Koronarangiographie aufweisen. ⁶¹⁸ Die Panikstörung selbst erweist eine Lebenszeitprävalenz von 3 bis 4%, isolierte Panikattacken finden sich jedoch öfter. ⁶¹⁹ Abschließend bleibt festzuhalten, dass Menschen mit somatoformen Störungen eine Hauptpatientengruppe des Internisten ist. ⁶²⁰ Somatoforme Störungen machen auch zahlenmäßig die umfangreichste Gruppe der Symptombildungen im psychosomatischen Bereich aus. ⁶²¹

⁶¹³ vgl. Csef in Nutzinger und andere 1987, zitiert nach Csef 1990, S. 631

⁶¹⁴ Csef 1990, S. 631

⁶¹⁵ vgl. Jorswieck & Katwan o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 28

⁶¹⁶ Richter & Beckmann 1973, S. 28

⁶¹⁷ vgl. Gross 1948, Roth und Mitarbeiter 1943, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 467

⁶¹⁸ vgl. Morschitzky 2000, S. 92

⁶¹⁹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 116

⁶²⁰ vgl. van de Loo 1992, zitiert nach Csef 1995, S. 275

⁶²¹ vgl. Tress, Manz, Solon-Mossler in v. Uexküll 1990, zitiert nach Csef 1995, S. 275

Neben der Häufigkeit des Störungsbildes insgesamt kann aber noch eine weitere Aufschlüsselung erfolgen. Mit neueren Erkenntnissen übereinstimmend sagen Richter und Beckmann, dass diese Erkrankung innerhalb einer Familie gehäuft auftritt: „Bei einer Nachuntersuchung von 20 Jahre vorher diagnostizierten Herzneurosen ergab sich, daß in der Zwischenzeit 49% der Kinder dieser Patienten selbst an einer Herzneurose erkrankt waren (...).“⁶²²

In einer Untersuchung von Csef, die sich auf Langzeitverläufe psychotherapeutisch unbehandelter Herzphobien bezog, konnte er bei 8 von insgesamt 92 Patienten die Entwicklung einer Herzangst oder eines anderen Angst-Syndroms bei den Kindern der Untersuchten nachweisen.⁶²³

Auch Machleidt macht darauf aufmerksam, dass bei 40% der Patienten die Eltern – häufiger die Mutter – an allerdings verschiedenen, also nicht nur herzneurotischen Herzbeschwerden gelitten haben.⁶²⁴

Bezüglich der Altersverteilung ist anzumerken, dass der Befund von Richter und Beckmann, die Herzneurose bevorzuge das jüngere und mittlere Lebensalter,⁶²⁵ („In unserer eigenen Stichprobe von 125 Herzneurotikern betrug das mittlere Lebensalter 34,9 Jahre.“⁶²⁶) richtig zu sein scheint.

Nach Schonecke sind nämlich hauptsächlich Patienten unter 40 Jahren vorzufinden,⁶²⁷ und auch Deter kommt zu dem Ergebnis, dass 20- bis 40jährige besonders von der Herzneurose betroffen sind,⁶²⁸ wohingegen ab 40 eine deutliche Abnahme des Störungsbildes zu konstatieren sei – das Alter scheint diese Erkrankung förmlich zu verdrängen.⁶²⁹ Auch Machleidt nennt das mittlere Lebensalter als charakteristisch bedeutsam für das Auftreten der Herzneurose; diese Erkrankung komme bei 30- bis 40jährigen am häufigsten vor.⁶³⁰ Selbst die Panikstörung, unter der die Herzneurose auch eingeordnet wird, beginnt in der Regel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr.⁶³¹

⁶²² vgl. Wheeler, White und andere o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 28

⁶²³ vgl. Csef in Nutzinger und andere 1987, S. 177

⁶²⁴ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

⁶²⁵ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 30

⁶²⁶ Richter & Beckmann 1973, S. 30

⁶²⁷ vgl. Schonecke 1998, S. 41

⁶²⁸ vgl. Deter 1997, S. 99

⁶²⁹ vgl. v. Uexküll 1966, Bräutigam 1964, Pflanz 1962, Cremerius 1963, Richter & Beckmann 1969, zitiert nach Schonecke & Herrmann in v. Uexküll 1981, S. 467

⁶³⁰ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

⁶³¹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 116

Während Bittner die Störung als Erscheinung versteht, die hauptsächlich im Kindesalter vorkommt,⁶³² scheint es nach Delius funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden bei Kindern lediglich in Form allgemeiner vegetativer Labilität zu geben.⁶³³ Nach Plügge und Mappes ist nämlich zu beachten, dass erst ab dem 11. oder 12. Lebensjahr ein Erleben von differenzierten Organempfindungen bei Kindern möglich sei.⁶³⁴ Obwohl also das mittlere Lebensalter als ‚ideal‘ für die Genese einer Herzneurose erscheint, haben Richter und Beckmann selbst in der Gießener Psychosomatischen Klinik die Bekanntschaft eines erst 9-jährigen herzneurotischen Mädchens gemacht.⁶³⁵ Die Autoren stellen im Kanon mit der heutigen Meinung fest, dass es im fortgeschrittenen Alter (bei Richter und Beckmann nach dem 65. Lebensjahr) keine vegetativen Neurosen mehr gebe.⁶³⁶

Nach Meinung des Autors dieser Dissertation könnte dieser Umstand durchaus auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass im fortgeschrittenen Lebensalter auch häufiger organische Veränderungen zu finden sind, die den herzneurotischen Symptomkomplex vordergründig erklären. Nach Meinung des Autors leiden aber ältere und alte Menschen mit Sicherheit ebenso an psychosomatischen Erkrankungen wie jüngere Menschen.

Eine weitere wichtige Frage ist, welches Geschlecht bevorzugt an der Herzneurose erkrankt. Die Vermutung, dass die Geschlechtsverteilung der Herzneurose sozial bedingten Schwankungen unterliegt,⁶³⁷ wird durch unterschiedliche Untersuchungsergebnisse bestärkt, denn nach Friedberg kommt die Herzneurose im zivilen Leben bei Frauen häufiger als bei Männern vor,⁶³⁸ wohingegen Kulenkampff und Bauer 62% Männer unter den Patienten finden.⁶³⁹ Auch Lamprecht sagt aus, dass der Männeranteil bei dieser Erkrankung mit 60 bis 70% deutlich überwiegt.⁶⁴⁰

Ordnet man die Herzneurose in die Panikerkrankungen ein, überwiegt der Frauenanteil; 11% der weiblichen und 7% der männlichen Bevölkerung bekommen im Laufe des Lebens eine Panik-attacke.⁶⁴¹

⁶³² vgl. Bittner 1994, S. 36 ff

⁶³³ vgl. Delius o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 30

⁶³⁴ vgl. Plügge & Mappes o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 30

⁶³⁵ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 30

⁶³⁶ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 31

⁶³⁷ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 32

⁶³⁸ vgl. Friedberg 1956, zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 32

⁶³⁹ vgl. Kulenkampff & Bauer o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 32

⁶⁴⁰ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

⁶⁴¹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 116

Im Hinblick auf den Familienstand kann vermutet werden, dass Herzneurotiker wegen ihrer Anhänglichkeit und Tendenz zur Anklammerung häufiger heiraten oder in Partnerschaften leben. Und tatsächlich: „In einer Stichprobe von 400 Fällen (FAHRENKAMPP) zeigt sich die an der bevölkerungsstatistischen Erwartung gemessene Tendenz der Herzneurotiker, häufiger zu heiraten, mit 81% bei Männern und 80% bei Frauen.“⁶⁴² Richter und Beckmann stellen anhand einer Analyse der Gießener Psychosomatischen Klinik bei 125 Patienten einen Prozentsatz an Verheirateten von 79% fest, lediglich 18% waren ledig, 3% verwitwet oder geschieden.⁶⁴³

Dieser anklammernde Typ des Herzneurotikers wird auch Typ A genannt und „... ist gekennzeichnet durch anklammerndes, hilfloses, kindliches, sich selbst schonendes Verhalten, und Typ B versucht, die Herzängste mit aktiver Bewältigung und betonter Selbständigkeit in den Griff zu bekommen. Wegen der vorhandenen, tief empfundenen Abhängigkeit handelt es sich aber um eine Pseudoautonomie. Typ A ist mit ca. 70% wesentlich häufiger als der pseudounabhängige Typ B.“⁶⁴⁴

Die Häufung verheirateter Herzneurotiker könnte also durch diese Abhängigkeit erklärt werden.

Das Verhalten der Familie dem herzneurotischen Familienmitglied gegenüber ist hierbei dadurch geprägt, dass der Symptomträger tatsächlich diese Abhängigkeit noch fördert. Sie „... formiert sich ... um ihn und wird zu einem Ensemble von außerordentlicher Einigkeit. Als Leitmotiv der herzneurotischen Familie hat *Richter* das Thema ‚Sanatorium‘ erkannt.“⁶⁴⁵

Willi hingegen ist der Auffassung, dass die Beziehungsstruktur des Herzneurotikers vielmehr dadurch entsteht, dass Patient und Partner ein neurotisches Zusammenspiel vollziehen.⁶⁴⁶

Ob Sanatoriumsatmosphäre oder neurotisches Zusammenspiel – bei den Partnern des Herzneurotikers muss zwischen den Geschlechtern differenziert werden: „Die ... Partnerinnen herzneurotischer Patienten zeigen eine Ich-Schwäche mit der daraus resultierenden Selbstunsicherheit, die sich nicht nur in depressiv ängstlicher Verstimmtheit, sondern auch in der Angst vor Gefühlen auswirkt. Dies führt zu Verschlossenheit und zu der allgemeinen Unfähigkeit,

⁶⁴² vgl. Fahrenkampff o.J., zitiert nach Richter & Beckmann 1973, S. 33

⁶⁴³ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 33

⁶⁴⁴ Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131 f

⁶⁴⁵ vgl. Richter 1970, zitiert nach Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 162

⁶⁴⁶ vgl. Willi 1973, zitiert nach Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 162

Liebe zu geben und zu nehmen. Statt dessen wird der Versuch unternommen, sich ängstlich an andere anzuklammern.“⁶⁴⁷ Die Situationen, in denen Stress auftritt, sind dadurch charakterisiert, dass Partnerinnen von Herzneurotikern Hilfe und Unterstützung von anderen Menschen benötigen, weniger Selbstkontrolle besitzen und depressiv reagieren.⁶⁴⁸

Anders verhält es sich mit den männlichen Partnern von Herzneurotikerinnen, weil sie selbstsicher und zu Gefühlen fähig sind.⁶⁴⁹ „Sie stellen sich Stresssituationen und versuchen, sich und die Situation unter Kontrolle zu bekommen (...). Insgesamt entsteht so ein Bild der ‚Stärke‘ und ‚Supernormalität‘, wie es in der Literatur beschrieben wird.“⁶⁵⁰

Die letzte interessante Frage im Zusammenhang der Epidemiologie wäre schließlich die nach Intelligenz, Schulbildung und Beruf. Und offensichtlich scheint bezüglich der Intelligenz jeder potentiell von dieser Erkrankung gefährdet zu sein, denn: „Die Spannweite der Intelligenzquotienten reicht analog zur Streuung von Schulbildung und Beruf *vom Schwachsinn bis zur Hochintelligenz*. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Herzneurose zu erkranken, ist unabhängig von Intelligenz, Schulbildung und Beruf.“⁶⁵¹

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang aber auf die weit reichende Problematik, die innerhalb des Berufes durch die Erkrankung entstehen kann, nämlich beispielsweise Arbeitsplatzprobleme oder gar Invalidisierung.⁶⁵² Gravierende psychosoziale Folgen entstehen also durch Kündigung aufgrund umfangreicher Ausfallzeiten des Arbeitnehmers, durch Streit mit dem Arbeitgeber und Gefährdung der Versorgungsansprüche.⁶⁵³

⁶⁴⁷ Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 164

⁶⁴⁸ vgl. Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 164

⁶⁴⁹ vgl. Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 164

⁶⁵⁰ Bohrn in Nutzinger und andere 1987, S. 164

⁶⁵¹ Richter & Beckmann 1973, S. 34

⁶⁵² vgl. Csef in Nutzinger und andere 1987, zitiert nach Csef 1990, S. 633

⁶⁵³ vgl. Csef in Nutzinger und andere 1987, S. 177

2.8 Therapeutische Möglichkeiten

Es ist ausgesprochen wichtig, den an einer Herzneurose erkrankten Patienten zu behandeln – und zwar aus folgenden Gründen: Bleibt eine adäquate Behandlung des Störungsbildes aus, besteht die Gefahr der Chronifizierung und des Anstieges der Intervallsymptomatik.⁶⁵⁴ Die Chronifizierungsrate liegt dabei zwischen 60 und 80%.⁶⁵⁵ Gerade die häufig eintretende Chronifizierung im Langzeitverlauf wäre prinzipiell vermeidbar, wenn die Zeitspanne zwischen ersten Anzeichen der Herzphobie und dem Besuch eines Psychotherapeuten nicht bei bis zu 30 % der Patienten mehr als fünf Jahre betragen würde.⁶⁵⁶

Auch andere Langzeitfolgen des Störungsbildes, wie etwa die Überlagerung oder gar der Ersatz der Herzneurose durch andere neurotische oder psychosomatische Symptomatiken,⁶⁵⁷ könnten durch rechtzeitige und adäquate Behandlung zumindest eingeschränkt werden.

Wichtig ist die Behandlung auch deshalb, weil das angesprochene phobische Vermeidungsverhalten und die neurotische Schonhaltung oft zu Arbeitslosigkeit und dem Abbruch sozialer Kontakte führt.⁶⁵⁸ Und: „Die eigene Orientierungs- und Lebenskrise versucht der Herzphobiker durch Sich-Anklammern und Sich-Anpassen an den Lebenspartner oder an den Arzt zu kompensieren. Dadurch fühlt er sich zunehmend abhängig und fürchtet nichts mehr als eine mögliche Trennung.“⁶⁵⁹ Besonders wichtig ist in letzter Konsequenz der Hinweis auf die drohende Abhängigkeit von Medikamenten bei Herzangstpatienten, denn sie bekommen häufig Psychopharmaka verordnet anstatt zum Psychotherapeuten überwiesen zu werden.⁶⁶⁰

Schlichtweg kann der ganze Leidensweg, den der herzneurotische Patient in der Regel durchläuft, als Beleg für die Notwendigkeit einer Behandlung herangezogen werden. Es wurde darauf verwiesen, dass im Verlauf der Erkrankung häufig depressive Entwicklungstendenzen oder die Entwicklung von Phobien, z. B. Klaustro- oder Agoraphobie mit Generalisierungstendenz zur Erkrankung hinzukommen.⁶⁶¹

⁶⁵⁴ vgl. Radespiel 1984, zitiert nach Csef 1990, S. 633

⁶⁵⁵ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

⁶⁵⁶ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 115

⁶⁵⁷ vgl. Csef 1996, S. 773

⁶⁵⁸ vgl. Csef 1990, S. 634

⁶⁵⁹ Csef 1990, S. 634

⁶⁶⁰ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 115 f

⁶⁶¹ vgl. Lamprecht in Machleidt und andere 1999 b, S. 131

2.8.1 Therapie psychosomatischer Erkrankungen allgemein

Beschäftigt man sich mit der Therapie psychosomatischer Erkrankungen insgesamt, begegnet man schnell dem Terminus der Verhaltensmedizin. Dieser Begriff der *behavioral medicine* kommt erstmals 1973 zur Kennzeichnung von Methoden des Biofeedback zum Einsatz.⁶⁶²

„Heute steht der Begriff Verhaltensmedizin für ein multidisziplinäres Fachgebiet, das unter Beteiligung von Psychologie, Medizin und anderen wissenschaftlichen Disziplinen Krankheits- und Gesundheitsmechanismen beim Menschen erforscht und sich zum Ziel gesetzt hat, die Erkenntnisse dieser Forschung für die Behandlung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit nutzbar zu machen.“⁶⁶³

Der Entstehungshintergrund besteht darin, dass sich nicht alle Gesundheitsprobleme mit der in der Mitte des 19. Jahrhunderts entstandenen naturwissenschaftlich orientierten Medizin lösen ließen, denn man fand auch Beschwerdebilder bei Patienten, innerhalb derer der medizinisch erhobene Befund in keinem Verhältnis angemessener Art zum subjektiv erlebten Patientenleid stand. Aus diesem Grund begann man wieder interessierter darüber nachzudenken, dass auch psychische Faktoren auf somatische Krankheiten bezüglich Ätiologie und Verlauf Einfluss nehmen könnten. Dies führte in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts schließlich zur Entstehung der psychosomatischen Medizin bzw. deren Fachrichtung. Psychoanalytisch orientierte Behandlungsweisen waren hier das Mittel der Wahl – in Anlehnung an Victor von Weizsäckers Anspruch, die psychosomatische Medizin könne nur eine tiefenpsychologische sein.⁶⁶⁴ Jedoch bemerkte man schnell, dass mit dieser Forschungsweise keine neuen Erkenntnisse entstanden.⁶⁶⁵

Als Folge sollte verworfen werden, dass organische Krankheiten nur psychogenetisch verstanden werden – zu Gunsten eines multifaktoriellen Ansatzes. An dieser Stelle liegt bereits der Grundgedanke der Verhaltensmedizin vor. Aber auch die Psychologie hat mit der Entwicklung der Verhaltenstherapie einen Anstoß zum Aufbruch gegeben; denn die Verhaltenstherapie wollte schließlich psychologische Erkenntnisse zur Heilung psychischer Störungen einsetzen. Dadurch war nun auch das Interesse der Psychophysiologen geweckt. Man erkannte schnell, dass eine gezielte Einflussnahme auf Denken beziehungsweise Verhalten der Patienten zu einer Ver-

⁶⁶² vgl. Birk 1973, zitiert nach Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 1

⁶⁶³ Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 1

⁶⁶⁴ vgl. Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 3

⁶⁶⁵ vgl. Lipowski 1977, zitiert nach Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 3

änderung von vegetativen Reaktionen führen können – etwa zur Abnahme der Herzfrequenz. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, dass schon früher und unabhängig von der Verhaltenstherapie mit einer physiologischen Orientierung Erkenntnisse gewonnen wurden, man denke nur an Pawlow.⁶⁶⁶

„All diese Forschungsergebnisse legten die These nahe, man könne auch in gestörte psychophysiologische Mechanismen mit experimentalpsychologisch fundierten behavioralen oder kognitiven Methoden regulierend eingreifen und so einen völlig neuartigen Behandlungszugang zu funktionellen Krankheiten schaffen.“⁶⁶⁷

Dies hatte zur Folge, dass eine Fokusverschiebung stattfand – und zwar von verdächtigen krankheitsspezifischen Strukturen der Persönlichkeit oder früh in der Kindheit vermuteten Konflikten als Ursache einer Krankheit hin zu den im Hier und Jetzt gestörten psychophysiologischen Funktionsabläufen.⁶⁶⁸

Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die primär Konflikte aufdecken möchte, die zu einer bestimmten Krankheit geführt haben können und dadurch sekundär die pädagogische Aufgabe bewältigen kann, auf falsches Verhalten – etwa der Eltern in der Erziehung der Kinder – aufmerksam zu machen, geht es der Verhaltensmedizin also um die Anwendung vieler wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Medizin. „Sie hat mit ihrem Konzept der Kompetenzvermittlung die Selbstverantwortung der Bürger für ein gesundheitsorientiertes Verhalten aufgezeigt und auch eine entscheidende Wende in der Rolle des Patienten eingeleitet. Während von Patienten traditionell gefordert wurde, daß sie ihre Krankheit geduldig abwartend ertragen, lernen die Betroffenen nach den Konzepten der Verhaltensmedizin, selbst aktiv und kompetent mit der Krankheit umzugehen. Sie werden zu Experten im Management ihrer eigenen Krankheit ausgebildet.“⁶⁶⁹

Dieser Sachverhalt führt direkt in eines der wichtigen Dinge in Bezug auf die Behandlung herzneurotischer Patienten über – in das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das bei diesen Patienten ein besonderes zu sein scheint.

⁶⁶⁶ vgl. Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 4 ff

⁶⁶⁷ vgl. Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 6

⁶⁶⁸ vgl. Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 7

⁶⁶⁹ Florin und andere in Flor und andere 1999, S. 21 f

2.8.2 Therapiemöglichkeiten der Herzneurose

In diesem Teil der Arbeit soll dargestellt werden, wie unser Gesundheitssystem dem herzneurotischen Patienten gut und zuverlässig helfen kann. Bei der Erörterung der unterschiedlichen Ansätze muss aber beachtet werden, dass diese nicht isoliert voneinander und immer in der dargestellten Reihenfolge sowie in vollem Umfang durchgeführt werden müssen. Zwar bildet beispielsweise der erste Kontakt mit dem behandelnden Arzt oder dem Psychotherapeuten grundsätzlich die Basis der folgenden Behandlung, ob aber lediglich eine gründliche Anamnese erhoben wird, um zu verstehen, unter welchen Problemen der Patient leidet oder ob schon während der Anamnese auch der Patient in den Entwurf einer Therapie eingebunden wird, hängt von der Einzelsituation ab. Sicher macht es auch einen Unterschied, ob im Mittelpunkt eine Orientierungskrise des Patienten steht, die quasi ‚nebenbei‘ herzneurotische Anfälle auslöst und die es zu beheben gilt, indem, wie Csef es vorschlägt, Arzt und Patient in einen gemeinsamen Diskurs eintreten, aus dem neue Orientierungspunkte entstehen können oder ob der Fokus auf den Panikattacken liegt, die den Hilfesuchenden tagtäglich in seiner Lebensführung massiv behindern. In diesem Fall nämlich wäre eine Verhaltenstherapie zumindest auch angebracht.

Aus den folgenden Therapieansätzen sollte also ein auf den einzelnen Patienten zugeschnittener ‚Therapiemix‘ hergestellt werden, der den individuellen Bedürfnissen und Nöten gerecht wird. Unter dieser Voraussetzung ist es dann z. B. auch egal, ob die Bio-Feedbacktherapie als alleiniges Mittel zur Bekämpfung der Beschwerden herangezogen wird oder ob sie im Sinne einer Entspannungstechnik als Vorbereitung auf die eigentliche Therapie verstanden wird. Mit anderen Worten muss das folgende Kapitel als ein **Ganzes** verstanden werden, das sich in jedem einzelnen Fall aus den unterschiedlichen Methoden und deren unterschiedlicher Gewichtung zusammensetzt. Weil sich der herzphobische Patient herzkrank fühlt, beginnt seine klinische Laufbahn mit zahlreichen Untersuchungen, um ein organisches Leiden auszuschließen. Diese Phase und die Manifestation eines neurosenpsychologischen Befundes dauert Tage bis hin zu mehreren Wochen und spielt sich im stationären Bereich ab. Wegen der Angstgefühle des Patienten beginnt diese Phase aber in der Regel auch mit der Gabe von Medikamenten, weil der Arzt quasi gezwungen wird, etwas zu unternehmen.⁶⁷⁰

⁶⁷⁰ vgl. Csef in Nissen 1993, S, 74

„Die klinische Erfahrung lehrt, daß diese erste diagnostische Phase oft entscheidenden Einfluß auf den weiteren Verlauf der Herzphobie hat. Es ist deshalb sinnvoll, von einem »diagnostisch-therapeutischen Zirkel« zu sprechen, da sich hier ein Kreisprozeß gestaltet, in dem die diagnostischen Untersuchungen und die Erklärungen der Ärzte bereits die künftige Therapie prägen. Herzphobiker sind höchst sensibel für die Worte des Arztes, die dieser wählt, um das Krankheitsbild zu erklären oder den Patienten zu beruhigen. Durch unbedachte Sätze der Ärzte können schwere Fixierungen oder Fehleinschätzungen des Patienten entstehen.“⁶⁷¹

„Dem Kranken in seinem Leiden begegnen bedeutet hier in erster Linie, ihm über die therapeutische Beziehung zu einer kommunikativen Bewältigung der Orientierungskonflikte zu verhelfen, ihm durch die Erhellung seiner Krisensituation eine Entscheidung zu ermöglichen oder mit ihm in den Prozeß einer Neuorientierung oder der Konstitution bislang fehlender Orientierungsbezüge einzutreten.“⁶⁷²

Weil Neuorientierung intersubjektiv und dialogisch stattfindet, kann sie z. B. derart stattfinden, dass Patient und Therapeut quasi in gegenseitige Erkundung eintreten, was Gegensätze und Gemeinsamkeiten zu Tage bringt und in die Diskussion um Sinn und Bedeutung von Orientierungsbezügen mündet. Personale Auseinandersetzung, die auf der Andersartigkeit des Therapeuten in seiner Orientierung beruht, kann dann in die Bindung des Patienten an eine Orientierung münden, der eine Lösung von Alternativen inhärent ist. Orientierung und somit auch Entscheidung geben dem Patienten eine neue Struktur.⁶⁷³

Weil der Patient die Herzneurose zunächst als organisches Leiden einstuft, verlangt er vom Arzt zu Beginn der Therapie verständlicherweise eine somatische Abklärung und spricht Medikamenten zu.⁶⁷⁴ Auch Richter und Beckmann sind der Auffassung, dass die Herzneurose zu den Erkrankungen gehört, „... deren weiteres Schicksal bereits durch die Art und Weise des diagnostischen Untersuchungsganges selbst nicht unerheblich beeinflußt werden. D. h. ob erkannt und obendrein beabsichtigt oder nicht, der Arzt wirkt schon in einem Stadium positiv oder negativ therapeutisch, das erst üblicherweise die Indikation für eine Behandlung klären soll.“⁶⁷⁵

⁶⁷¹ Csef in Nissen 1993, S. 74

⁶⁷² Csef 1985, S. 335

⁶⁷³ vgl. Csef 1985, S. 335 f

⁶⁷⁴ vgl. Csef in Nissen 1993, S. 75

⁶⁷⁵ Richter & Beckmann 1973, S. 107

Sind die Untersuchungen abgeschlossen, ist es wichtig, auf welche Art man das negative Untersuchungsergebnis mitteilt.⁶⁷⁶ „Selbst wenn sich röntgenologisch ein verhältnismäßig kleines Herz findet, so sollte man nicht von einem ‚zu kleinen‘ oder gar ‚etwas schwachen‘ Herzen reden.“⁶⁷⁷

Tritt nach der Akzeptanz des Patienten durch den Arzt Erleichterung ein, ist diese nicht von langer Dauer. „Zahlreiche Patienten erscheinen zum nächsten Besuch mit ähnlichen Fragen und Besorgnissen wie beim ersten mal.“⁶⁷⁸

Dies liegt nach den Autoren darin begründet, dass eine rationale Gewissheit vom Kranken nicht erwartet wird – es geht ihnen in erster Linie um eine erneute Stärkung irrationaler und magischer Art. Die Patienten halten derart an ihrer ‚eingebildeten‘ Krankheit fest, weil diese vor dem Absinken in die Depression schützt.⁶⁷⁹

Also scheint die psychologische Führung des Patienten seitens des Arztes unheimlich bedeutsam zu sein. Gerade der Hunger nach Kontakt des Patienten sollte daher ertragen und gehandhabt werden – aber immer mit dem Ziel, jeden noch so kleinen Selbstsicherheitszuwachs zu nutzen, um die ‚Arztdosierung‘ zu reduzieren.⁶⁸⁰

Für den so genannten B-Typ wird ein etwas anderer Weg vorgeschlagen: „Wie bereits geschildert, ist der B-Typ im sozialen Verhalten aktiver und selbständiger als der A-Typ. Er pflegt in der Sprechstunde sogar gern davon zu erzählen, was er alles Bedeutendes leisten könne. So groß und stark er sich aber auch darstellt, so merkt man ihm doch bald an, welche Anstrengung es ihn kostet, seine Ängste niederzuhalten.“⁶⁸¹ Deshalb muss man ihnen das Signal übermitteln, „... dass man sie als besonders qualifizierte, aktive Persönlichkeiten achtet, und sie zugleich fühlen lassen, daß man ihren großen Schutzbedürfnissen entgegenkommt, die sie freilich im Gegensatz zu den A-Patienten zu Beginn einer Therapie weder dem Arzt noch sich selbst einzugestehen vermögen.“⁶⁸²

⁶⁷⁶ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 109

⁶⁷⁷ Richter & Beckmann 1973, S. 109

⁶⁷⁸ Richter & Beckmann 1973, S. 111

⁶⁷⁹ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 111

⁶⁸⁰ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 116 ff

⁶⁸¹ Richter & Beckmann 1973, S. 127

⁶⁸² Richter & Beckmann 1973, S. 127

Es geht also darum, im vertieften ärztlichen Gespräch den Patienten in Bezug auf seine Probleme und Konflikte zu erkennen und ihn zu beraten; besonders die Beruhigung des Patienten scheint hier wesentlich zu sein.⁶⁸³

Wenn eine erste strukturierte Beziehung zwischen Arzt und Patient hergestellt ist, kann man über die weitere Vorgehensweise nachdenken, denn Annahme des Patienten und Orientierungsfindung in mehreren Gesprächen dürften in den wenigsten Fällen zur Behandlung der Herzanngst ausreichen.

Zunächst soll noch einmal auf die häufig angewandte Pharmakotherapie eingegangen werden, bevor dann das psychotherapeutische Vorgehen dargestellt wird.

Es ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund des plötzlichen und panikartig erlebten Anfalles der Arzt selbst eine Medikation präferiert. Weil aber ein oft anzutreffender häufiger Wechsel der verschiedenen Präparate verrät, dass ein medikamentöses Vorgehen nicht erfolgreich war,⁶⁸⁴ wird der Blick für andere Behandlungsmethoden zwangsläufig geweitet.

Einige Patienten erhalten nämlich langfristig 20 unterschiedliche Medikamente.⁶⁸⁵ Die Palette beginnt bei Beta-Rezeptorenblockern und reicht über Tranquilizer, Antidepressiva und panikreduzierende Monoaminoxidase-Hemmer bis hin zu Neuroleptika.⁶⁸⁶

Gerade im Erfolgsvergleich zeigt sich, „... dass die Wirksamkeit der Beta-Blocker relativ gering ist und die Rückfallgefahr im Sinne einer Verschlechterung der Herzanngstsymptomatik mit 90% sehr groß ist. Sehr günstig sind im Vergleich dazu die Ergebnisse einer kognitiven Verhaltenstherapie, die 90% Besserung zeigt und bei der nach Therapieende nur bei 15% der Patienten mit einem Rückfall zu rechnen ist.“⁶⁸⁷ Allerdings wurden die meisten „... Therapiestudien ... bei psychiatrischen Patienten mit Angststörungen oder Paniksyndromen durchgeführt.“⁶⁸⁸ Die untersuchten Patienten litten also nicht spezifisch unter einer phobischen Herzneurose bzw. an einem Herzanngstsyndrom.⁶⁸⁹ Nachdem aber mittlerweile die Herzneurose auch als Form der

⁶⁸³ vgl. Deter 1997, S. 101

⁶⁸⁴ vgl. Csef in Nissen 1993, S. 75 ff

⁶⁸⁵ vgl. Csef 1996, S. 773

⁶⁸⁶ vgl. Csef 1996, S. 774

⁶⁸⁷ vgl. Michelson & Marchione 1991, zitiert nach Csef in Nissen 2002, S. 117

⁶⁸⁸ Csef 1996, S. 774

⁶⁸⁹ vgl. Csef in Nissen 2002, S. 117

Angst- und Panikstörung verstanden wird, ist es doch gängig, dass hier zusätzlich zu anderen Therapieformen mit Antidepressiva, Benzodiazepinen und eingeschränkt mit Betablockern behandelt wird.⁶⁹⁰ Gerade „In der Therapie von **Panikstörungen** stehen pharmakologische und nichtpharmakologische Ansätze weitgehend gleichberechtigt nebeneinander (...). In der Therapie **phobischer Syndrome**⁶⁹¹ spielt die Verhaltenstherapie eine besondere Rolle, ...“⁶⁹²

Generell gilt, dass eine Behandlung der Herzangst mit Medikamenten unter dem Aspekt der langfristigen Wirkungen gesehen werden muss, denn in der Regel kehrt die Symptomatik nach dem Absetzen eines Medikaments wieder. „Betrachtet man die Herzphobie oder die Panikstörung als eine chronische Erkrankung wie einen Diabetes, so kann es auch gerechtfertigt erscheinen, ‚lebenslang‘ Medikamente einnehmen zu müssen. Diese Auffassung scheint jedoch nicht gerechtfertigt zu sein, zumindest nicht für den größten Anteil der Patienten, wenn man in Betracht zieht, dass mit psychologischen Therapien ein dauerhafter Erfolg erzielt werden kann.“⁶⁹³ Für eine kurze und überwachte medikamentöse Therapie somatoformer Störungen spricht sich Deister aus, weist aber insbesondere auf den möglichen Missbrauch von Benzodiazepinen durch den Patienten hin.⁶⁹⁴ „Bei begleitender depressiver Symptomatik und länger andauernden Schmerzsyndromen ist der Einsatz eines Antidepressivums zu erwägen. Auch mit dem zeitlich begrenzten Einsatz niedrig dosierter Neuroleptika kann in einzelnen Fällen ein entspannender Effekt erreicht werden.“⁶⁹⁵

Abschließend zu den Aussagen zur Pharmakotherapie der Herzangst-Syndrome kann mit Richter und Beckmann festgehalten werden, „... daß manche Kranke eine eigentümliche psychische Bindung an ein Medikament entwickeln, von dessen Nutzen sie eine feste Überzeugung gewonnen haben. Es kann ihnen Angst bereiten, sich von dem Präparat zu trennen, so wie sie sich ja auch sonst von Partnern oder aus einer vertrauten Umgebung nur schwer lösen können. Hier handelt es sich also nicht etwa um suchartige medikamentenspezifische Abhängigkeiten, sondern wiederum um eine Manifestationsform der ... beschriebenen generellen Neigung zur Anklammerung an schützende Objekte.“⁶⁹⁶ Obwohl hierzu aus medizinischer Sicht ganz klar einschränkend darauf hingewiesen werden muss, dass Medikamente bestimmter Art NATÜRLICH

⁶⁹⁰ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁶⁹¹ phobische Zustände können mit der Herzangst einhergehen

⁶⁹² Deister in Möller und andere 2001 a, S. 112

⁶⁹³ Schonecke 1998, S. 196

⁶⁹⁴ vgl. Deister in Möller und andere 2001 c, S. 265

⁶⁹⁵ Deister in Möller und andere 2001 c, S. 265

⁶⁹⁶ Richter & Beckmann 1973, S. 134

abhängig machen können, klingt die Aussage der beiden Autoren vor psychoanalytischem Hintergrund und dem Wissen um die Anhänglichkeit des A-Typs bei Herzneurotikern tatsächlich plausibel.

Die medikamentöse Behandlung der Herzneurose kann ferner auch die Einsicht des Patienten in die psychische Verursachung verhindern.

Erwägt man eine andere Therapieform, ist aber diese Einsicht sehr wichtig. Ein weiterer Therapieschritt ist demnach, dem Patienten „... ein für ihn plausibles psychophysiologisches Erklärungsmodell für seine Beschwerden ...“⁶⁹⁷ zu offerieren. Dieses Vorgehen hat den Zweck, dass der Patient das medizinische Modell seiner Beschwerden hinter sich lassen kann, weil dies ihn in eine passive Erwartungshaltung drängt. Vielmehr soll er erfahren, wie er einen Zugang zu Selbsthilfepotentialen finden kann, indem eine verhaltens- oder handlungsorientierte Beschreibung seiner Beschwerden psychophysiologischer Art vorgeschlagen wird.⁶⁹⁸

Noch einmal: Es macht also Sinn, eine gewisse Beachtung in die Richtung des Vorfalles des Therapieprozesses⁶⁹⁹ zu schicken.⁷⁰⁰ So weisen etwa Kanfer und Grimm darauf hin, wie wichtig die Durchstrukturierung eines therapeutischen Vorgehens und wie wesentlich der Therapieerfolg von motivationalen Variablen abhängig ist.⁷⁰¹

In der klinischen Praxis verfügen tiefenpsychologische Verfahren und die Verhaltenstherapie über die meiste Therapieerfahrung, wenn es um die Psychotherapie des Herzangst-Syndroms geht.⁷⁰²

Dabei kann der therapeutische Prozess innerhalb eines psychoanalytisch orientierten Settings folgendermaßen beschrieben werden:

⁶⁹⁷ Sturm und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 137

⁶⁹⁸ vgl. Sturm und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 137

⁶⁹⁹ hier ist der ‚eigentliche‘ Therapieablauf gemeint, also spezielle Methoden. Tatsächlich gehört ja bereits die Anamnese und das vorbereitende Gespräch zur Therapie

⁷⁰⁰ vgl. Reinecker in Nutzinger und andere 1987, S. 126

⁷⁰¹ vgl. Kanfer & Grimm 1981, zitiert nach Reinecker in Nutzinger und andere 1981, S. 126

⁷⁰² vgl. Csef in Nissen 1993, S. 77, siehe auch Csef in Nissen 2002, S. 118 und Csef 1996, S. 774 f

- „1. Diagnostische Klärung, Entwicklung von Krankheitsverständnis und Krankheitseinsicht, Förderung einer Psychotherapiemotivation, gegebenenfalls Stabilisierung durch eine »überbrückende« medikamentöse Therapie.
2. Annahme des »somatischen Krankheitsangebotes« (Herzbeschwerden!), Ich-stabilisierende Funktion des Therapeuten, Zulassung von regressiven Anklammerungstendenzen.
3. Mit zunehmender Bindung und Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung, Konflikterhellung und Konfliktbearbeitung, insbesondere des Grundkonfliktes von Anklammerungs- und Trennungswünschen sowie der Antinomie von Abhängigkeitserleben und Autonomiestreben.
4. Auflösung der Übertragungsbeziehung, Autonomieförderung, neues Vertrauen des Patienten in die tragende Funktion des Körpers (»tragender Leib«) und damit eine neue Beziehung zum eigenen Herzen.“⁷⁰³

„Die letzte Behandlungsphase – das innere Loslassen und der Abschied vom Therapeuten – stellt für den Herzphobiker eine vulnerable Phase und eine wichtige Bewährungsprobe dar. Gerade durch die neugewonnene Autonomie und das wiedergefundene Vertrauen in den eigenen Leib (in das eigene Herz) wird es dem Patienten möglich, dort Trennungen und Distanzierungen zuzulassen, wo vorher Anklammerungstendenzen bestanden.“⁷⁰⁴

Insgesamt gilt, dass der Herzphobiker in erster Linie als Angstkranker zu verstehen ist und die Bewältigung der Angst daher Priorität hat. Charakterisiert ist der Patient auch dadurch, dass er unter zwischenmenschlichen Beziehungskonflikten leidet, die sich meist in den Beziehungen zu den Eltern als Primärbeziehungen zeigen und in der Partnerwahl erneut auftauchen.⁷⁰⁵

Diese zwischenmenschlichen Beziehungskonflikte „... werden im psychoanalytischen Prozeß auf den Therapeuten übertragen und sind wesentlicher Inhalt des analytischen Durcharbeitens und Deutens. Die Entwicklung der Partnerbeziehung hat für den therapeutischen Prozeß Signalfunktion (...).“⁷⁰⁶ In den ... Verlaufsuntersuchungen, die an psychotherapeutisch behandelten Herzphobikern durchgeführt wurden, ergab sich, daß die Entwicklung der Partnerbeziehung ein

⁷⁰³ Csef in Nissen 1993, S. 78

⁷⁰⁴ Csef in Nissen 2002, S. 118

⁷⁰⁵ vgl. Csef in Nissen 1993, S. 78, siehe auch Csef 1996, S. 774 f

⁷⁰⁶ vgl. Bohrn 1987, zitiert nach Csef in Nissen 1993, S. 78

zuverlässiger Prädiktor für den Krankheitsverlauf und damit für eine mögliche Heilung des Herzangst-Syndroms darstellt (...) ⁷⁰⁷. ⁷⁰⁸

Während Csef hier also ein psychoanalytisches Setting als Möglichkeit der Behandlung vorschlägt, scheidet die Psychoanalyse bei Richter und Beckmann aus. ⁷⁰⁹

„Die Patienten der Hauptgruppe A sind im allgemeinen infolge ihres hilflos ängstlichen, anklammernden Verhaltens nicht imstande, genügend aktiv und selbständig in einer Psychoanalyse mitzuarbeiten und die mit dem analytischen Arrangement verbundenen Anspannungen zu ertragen. Ausgeprägte B-Patienten wiederum, die ihre massiven Ängste durch Verleugnungen und durch kontraphobische Selbstbestätigungen niederzuhalten versuchen, können sich nur in relativ seltenen Fällen für längere Zeit geduldig einer rein introspektiven Therapie öffnen.“ ⁷¹⁰

Die Autoren empfehlen hingegen die analytische Fokaltherapie, die eine kürzere Einzeltherapie ist und nur die Lösung eines umgrenzten Problems zum Ziel hat, ferner die analytische Psychotherapie über längeren Zeitraum, die analytische Gruppentherapie sowie suggestive und autosuggestive Techniken. ⁷¹¹

Schonecke schlägt zur Therapie der Herzphobie insbesondere psychologische Therapien vor, die sich an der Verhaltenstherapie orientieren; wenn auch in unterschiedlicher Tönung (etwa kognitive versus Konfrontationstherapie). ⁷¹²

Grundsätzlich geht die Verhaltenstherapie davon aus, dass Verhalten nicht zufällig sondern bestimmt ist.

Es gilt, dass Verhaltenstherapie „... als Grundlage des therapeutischen Vorgehens die Aufgabe hat, die individuellen Bedingungen der Symptomatik soweit zu erhellen, wie es zu ihrer dauerhaften Veränderung notwendig ist. Sie zielt auf die ‚Aufdeckung‘ der individuellen Lern-

⁷⁰⁷ vgl. Nutzinger 1990, zitiert nach Csef in Nissen 1993, S. 78

⁷⁰⁸ Csef in Nissen 1993, S. 78

⁷⁰⁹ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 142 f

⁷¹⁰ Richter & Beckmann 1973, S. 143

⁷¹¹ vgl. Richter & Beckmann 1973, S. 144 ff

⁷¹² vgl. Schonecke 1998, S. 171

geschichte eines Patienten.“⁷¹³ Der Gegensatz zur Psychoanalyse besteht darin, dass durch diese „... die Ursache für ein Symptom, wie beispielsweise Angst vor bestimmten Situationen, durch die Erfahrung der betreffenden Person mit den Situationen nicht erklärt werden können, da die Gründe der Angst in ungelösten Konflikten und Wünschen bestehen, die mit den Situationen verknüpft sind. Behandelt man nun die Angst, so behandelt man lediglich das Symptom, die eigentliche Erkrankung bzw. deren Ursachen bleiben jedoch unberührt, und dies führe zwangsläufig zum Auftreten neuer Symptome (...).“⁷¹⁴

Ein Fortschritt innerhalb des Ansatzes der Verhaltenstherapie ist aber dann durch die Kognitive Wende innerhalb des Ansatzes zu verbuchen, weil diese dazu geführt hat, über die Analyse äußerer Bedingungen des Verhaltens hinaus auch Gedanken eine wesentliche Rolle für das Verhalten zuzubilligen.⁷¹⁵ „Die Veränderung der Gedanken, die Verhalten aufrechterhalten, wurde also ein wichtiges Ziel der Therapie, und es wurden spezielle Techniken entwickelt, um die entsprechenden Gedanken zu verändern.“⁷¹⁶

Im folgenden Abschnitt sollen nun verschiedene Therapieformen vorgestellt werden: Zur Behandlung somatoformer Störungen sagt Deister in seinem Aufsatz über somatoforme Störungen, dass es eine generell gültige oder spezifische Therapie nicht gebe. „Die Strategie muß grundsätzlich auf die Bedingungen des Einzelfalles ausgerichtet werden. Im Vordergrund stehen **verhaltenstherapeutische Methoden**, Das Ziel der Behandlung ... besteht ... darin, dem Patienten beim Verständnis der psychischen Ursachen zu helfen und die Beeinträchtigungen im persönlichen und sozialen Bereich möglichst gering zu halten.“⁷¹⁷

Charakteristische Gemeinsamkeiten der verschiedenen Verfahren sind:

1. Bearbeitung kognitiver Schemata sowie Überzeugungen in Bezug auf die körperlichen Symptome,
2. Der Patient soll für die kognitiven Effekte von Körperwahrnehmung und Aufmerksamkeit sensibilisiert werden,

⁷¹³ Schonecke 1998, S. 173

⁷¹⁴ Schonecke 1998, S. 174

⁷¹⁵ vgl. Schonecke 1998, S. 175

⁷¹⁶ Schonecke 1998, S. 175

⁷¹⁷ Deister in Möller und andere 2001 c, S. 264

3. Vermeidende Bewältigungsstrategien müssen reduziert werden; an ihre Stelle sollen Alternativen gesetzt werden,
4. Schonverhalten soll durch körperliche Aktivierung ersetzt werden.⁷¹⁸

In seinem Aufsatz über Angst- und Panikstörungen, in dem die Herzangstsymptomatik in diese Erkrankungen eingereiht wird, gibt Deister einen knappen aber inhaltsreichen Überblick über die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Verfahren. An den Beginn einer Therapie stellt aber auch er zunächst das Gespräch zwischen Arzt und Patient, das durch Empathie und Verständnis geprägt sein sollte und dem Patienten vermitteln soll, dass er ernst genommen wird.⁷¹⁹

Er sagt dann, dass verhaltenstherapeutische Verfahren bei Phobien und Panikstörungen zur Anwendung kommen:

„Angewandt werden kognitive Verfahren, systematische Desensibilisierung und Expositionstechniken. Mit **kognitiven Verfahren** wird versucht, fehlerhafte und eingefahrene kognitive Muster zu korrigieren. Dem Patienten wird vermittelt, welche spezifischen Denkabläufe die Angst aufrechtzuerhalten bzw. zu einer Ausbreitung der Angst beitragen. Die Grundlage dieser Therapieform bildet die Information über die komplexen Zusammenhänge von Angstentstehung und Folgen der Angst. Kognitive Verfahren haben sich besonders bei **Panikattacken** bewährt.“⁷²⁰

In kognitiven Therapien wird also versucht, mittels ‚medizinischer Schulung‘ grundlegende Körperfunktionen und –zusammenhänge zu erklären, um die Attribution von Missempfindungen in Richtung des Herzens aufzulösen.⁷²¹ Denn schließlich liegt bei Herzphobikern die Vermutung nahe, „... daß die Betroffenen ihren physiologischen Erregungszustand kausal einer gefühlsrelevanten kognitiven Ursache (etwa einem kranken Herzen) zuschreiben. Dies wird als Gefühl (etwa Angst, Todesangst, Panik) erlebt und in Übereinstimmung mit der kognitiven Ursache (etwa drohender Herzinfarkt) benannt. In diesem Modell wird den Patienten anhand von anatomischen Tafeln die Zusammenhänge zwischen Wirbelsäulenveränderungen, Muskelverspannungen und herzbezogenen Beschwerden erklärt.“⁷²² Ziel ist also, „... das Interpretations-

⁷¹⁸ vgl. Deister in Möller und andere 2001 c, S. 265

⁷¹⁹ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁷²⁰ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁷²¹ vgl. Pfersmann & Zapotoczky in Nutzinger und andere 1987, S. 159

⁷²² Pfersmann & Zapotoczky in Nutzinger und andere 1987, S. 159

stereotyp zu durchbrechen, wonach jede Mißempfindung im Brustbereich einem kranken Herzen zugeordnet und jeder physiologische Erregungszustand mit Angst gekoppelt wird.“⁷²³

Die **systematische Desensibilisierung** eignet sich für die Therapie von Phobien.⁷²⁴

„Die ‚Systematische Desensibilisierung‘ war das erste Verfahren, das angewandt wurde, um pathologische Angst zu beseitigen (...).“⁷²⁵ Grundsätzlich geht dieser Ansatz davon aus, dass der Patient in einem körperlich entspannten Zustand die Anwesenheit leichter Angstreize in seiner Vorstellung ertragen kann; dabei kommt es höchstens zu einem minimal unangenehmen Gefühl. Ist diese Reaktion auf den milden Reiz normal für den Patienten geworden, wird die ‚Dosis‘ des Angstreizes gesteigert usw.⁷²⁶ „Die Konfrontation erfolgt zunächst in der Vorstellung, später auch in der Realität (**Habituationstraining**).“⁷²⁷ Diese ‚Theorie- und Praxisübung‘ wird nämlich deshalb durchgeführt, weil man schnell begriff, „... daß der Erfolg dieser Methode schneller und sicherer ist, wenn die ‚Konfrontation‘ mit den Angstreizen nicht nur in der Therapiesitzung und der Phantasie stattfindet, sondern, nach denselben Regeln, auch im täglichen Leben (...).“⁷²⁸ Das wesentliche Ziel besteht darin, dass der Patient lernen soll, nicht vor der angstausslösenden Situation zu fliehen oder diese im Vorfeld bereits zu meiden.⁷²⁹

Eine weitere Möglichkeit der Therapie besteht im so genannten **Flooding**.

„Der zentrale Ansatz der Reizüberflutungsverfahren liegt darin, das Vermeidungsverhalten der Patienten zu verhindern und eine Habituation an angstausslösende Reize zu ermöglichen (...).“⁷³⁰ Weiterhin basiert dieser Ansatz darauf, dass der Patient einen Angstrückgang in entsprechenden Situationen und die Falsifikation befürchteter Ereignisse (Herztod) erlebt. Dies führt zu einer Neubewertung angstbesetzter Situationen.⁷³¹ Wird dieses Verfahren in vivo angewandt, ist es sogar noch effektiver als die systematische Desensibilisierung.⁷³²

⁷²³ Pfersmann & Zapotoczky in Nutzinger und andere 1987, S. 160

⁷²⁴ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁷²⁵ vgl. Wolpe 1958, zitiert nach Schonecke 1998, S. 175

⁷²⁶ vgl. Schonecke 1998, S. 175 f

⁷²⁷ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁷²⁸ Schonecke 1998, S. 176

⁷²⁹ vgl. Schonecke 1998, S. 176

⁷³⁰ vgl. etwa Birbaumer 1977, Epstein 1977,
zitiert nach Fiegenbaum und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 145

⁷³¹ vgl. Fiegenbaum und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 145

⁷³² vgl. Barrett 1969, zitiert nach Schonecke 1998, S. 176

Schonecke weist darauf hin, dass nicht die Konfrontation selbst sondern deren Dauer zum Erfolg führt.⁷³³ „So gibt es viele Patienten, die sich ihrem Angstreiz täglich, oft mehrmals, aussetzen, wie beispielsweise beim Fahren mit dem Fahrstuhl, diese Angst aber trotz der wiederholten Konfrontation nicht verlieren. Dies liegt daran, daß die Konfrontation zu kurz ist und abgebrochen wird, solange die Angst noch maximal ist, das Verlassen des Fahrstuhls hat dabei jedesmal die Wirkung einer Flucht.“⁷³⁴

Es bleibt festzuhalten, dass man sich sicherlich erst einmal von der körperlichen Gesundheit eines Patienten, der diese Art der Angstbewältigung anstrebt, überzeugen muss, weil hier extreme Situationen zu ertragen sind.

Bei den verschiedenen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können Entspannungsverfahren als wesentliche Grundlage verstanden werden.⁷³⁵ „Es hat sich gezeigt, daß der Zustand der Entspannung weitgehend das Erleben von Angst ausschließt. Infrage kommen insbesondere die **progressive Muskelrelaxation** nach Jacobson⁷³⁶ (...), das **autogene Training** sowie das **Biofeedback** (...).“⁷³⁷ In den 70er Jahren konnten nämlich erstmals „Durch Rückmeldung der Herzrate oder der zeitlichen Abstände der einzelnen Herzaktionen und operante Verstärkung ... Sinustachykardien, ventrikuläre Extrasystolien und andere Rhythmusstörungen positiv beeinflusst werden.“⁷³⁸ Den Biofeedback-Prozess kann man folgendermaßen umschreiben: „Nach Vermittlung von Erklärungsmodellen lernten die Patienten in einem Biofeedbacktraining, Abhängigkeiten zwischen ihren Befürchtungen, Erwartungen, Einstellungen einerseits und körperlichen Reaktionen andererseits wahrzunehmen und gleichzeitig die Abhängigkeit dieser körperlichen Reaktionen von ihren eigenen Aktivitäten (Entspannung, Vorstellungen usw.) zu beobachten. ... Die Möglichkeit, mit Hilfe von Biofeedbackmethoden eine direkte Rückmeldung über die Auswirkung ihrer Vorstellungen und Befürchtungen zu erhalten, und die Erfahrung, daß es ihnen möglich war, ihre Körperreaktionen durch eigene Anstrengung zu kontrollieren, hat ... dazu beigetragen, daß nicht nur das Verhalten und die damit verbundenen Befürchtungen, sondern auch die physiologischen Begleitsymptome bei den Patienten zurücktraten.“⁷³⁹

⁷³³ vgl. Schonecke 1998, S. 176 f

⁷³⁴ Schonecke 1998, S. 177

⁷³⁵ vgl. Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122,
vgl. Pfersmann & Zapotoczky in Nutzinger und andere 1987, S. 157

⁷³⁶ vgl. hierzu auch Csef 1996, S. 774

⁷³⁷ Deister in Möller und andere 2001 a, S. 122

⁷³⁸ Eisenack und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 167

⁷³⁹ Eisenack und andere in Nutzinger und andere 1987, S. 170 f1

Mit anderen Worten besteht das Biofeedbacktraining darin, dass z. B. durch optisch oder akustisch dargestellte Feedback-Effekte dem Patienten das Ergebnis willentlich gesteuerter Aktionen auf den vegetativen Bereich sichtbar gemacht wird. Dadurch wird die eigene Möglichkeit zur Beeinflussung von beispielsweise Herzaktionen bestätigt.

Rief und Hiller haben in dem 1998 erschienenen Werk ‚Somatisierungsstörung und Hypochondrie‘ in Form von 21 Punkten die Behandlung von somatoformen Störungen dargelegt. Zwar basiert dieser Vorschlag auf einer speziell verhaltenstherapeutischen Grundlage aber er ist auch in alle anderen Psychotherapieansätze integrierbar.⁷⁴⁰

Weil in diesem Ansatz besonderer Wert auf eine ausführliche Anamnese gelegt wird, erscheint er lobenswert, denn aus den vielen Beeinträchtigungen in all ihren Variationen kann ein auf den Patienten individuell zugeschnittener Therapieplan entworfen werden. Es gibt also zahlreiche Nuancierungen in der Verhaltenstherapie psychischer/psychosomatischer Störungen im Bereich der Angst. Insgesamt gilt dabei: „Auch bei der Behandlung der Herzphobie bilden die drei Komponenten Konfrontation, Beeinflussung der physiologischen Komponenten und Angst eine zentrale Rolle.“⁷⁴¹

Insgesamt erscheinen folgende Eckpfeiler als ratsam:

- 1) Erweiterte Diagnostik und Patienteninformation über die Psychophysiologie von Stress und Emotionen,
- 2) Therapiezieldefinition und Erarbeitung der therapeutischen Mittel, Patientenmotivation hinsichtlich einer Psychotherapie,
- 3) Erlernen von Entspannungstechniken ,um Körperkontrolle zu erhalten,
- 4) Konfrontationsübungen, um den Patienten Schritt für Schritt der Angstreduktion zuzuführen,
- 5) Veränderung der Gedanken bezüglich der Beschwerden, indem keine Aufmerksamkeit auf entsprechende Körperaktionen gerichtet wird, das Befürchtungsgefühl neuerlicher Anfälle muss ersetzt werden durch ein positives Situationsbewältigungsgefühl,
- 6) Rückfallprophylaxe – dem Patienten zeigen, wie er mit Rückfällen umgehen kann.⁷⁴²

⁷⁴⁰ vgl. Rief & Hiller 1998, zitiert nach Morschitzky 2000, S. 217

⁷⁴¹ Schonecke 1998, S. 178

⁷⁴² vgl. Schonecke 1998, S. 179 ff

Zum Schluss bleibt die Frage zu beantworten, welche Erfolgsaussichten derartige Therapien haben.

Arntz und van den Hout stellten anhand der kognitiven Verhaltenstherapie, die insbesondere dysfunktionale Gedanken durch positive ersetzen, heraus, dass diese Therapieform den Entspannungstechniken überlegen ist. Etwa 80% der Patienten litten nach der Therapie nicht mehr unter Panikattacken; allerdings waren nur 50% der Patienten frei von Angst, die sich der Entspannungstherapie unterzogen hatten.⁷⁴³

Demgegenüber kamen Öst und andere zu dem Ergebnis, dass die Entspannungstherapie höhere Erfolgsraten als die Verhaltenstherapie aufwies – bei fast identischem Erfolg der Konfrontationstherapie.⁷⁴⁴ Eine Erfolgsrate von 80% der oben beschriebenen Therapie konnte auch bei Patienten mit Panikstörungen und Agoraphobie festgestellt werden. Zusätzlich wurde hier eine Reduktion der Depressivität, phobischer Vermeidungstendenzen und der Angstintensität beobachtet.⁷⁴⁵

Zahlreiche andere Untersuchungen⁷⁴⁶ kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen bei der Bewertung verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen. Die unterschiedlichen Ergebnisse sind wohl dahin gehend zu verstehen, dass der Erfolg der Therapie wesentlich von der Existenz anderer Störungen abhängt. Der Erfolg ist also umso größer, je isolierter die Panikstörung auftritt und je kürzer die Störung besteht.⁷⁴⁷

Es bleibt festzuhalten, dass durch die unterschiedlichen Klassifizierungssysteme ICD-10 und DSM-IV Grenzen zwischen den verschiedenen Störungsbildern verschwimmen und die Therapie daher schwieriger wird.

Und genau hier setzt diese Arbeit in den folgenden Kapiteln an – die Herzneurose soll als biographisches Ereignis, das unabhängig von seiner Einordnung in die verschiedenen Klassifikationssysteme das Leben der Patienten beeinflusst – gleichzeitig beeinflussen die Patienten unab-

⁷⁴³ vgl. Arntz & van den Hout 1996, zitiert nach Schonecke 1998, S. 185 f

⁷⁴⁴ vgl. Öst und andere 1993, zitiert nach Schonecke 1998, S. 186

⁷⁴⁵ vgl. Telch und andere 1993, zitiert nach Schonecke 1998, S. 186

⁷⁴⁶ van den Hout, Arntz & Hoekstra 1994, Bouchard und andere 1996, Williams & Falbo 1996, Craske und andere 1989, Michelson und andere 1990, Nutzinger und andere 1990, zitiert nach Schonecke 1998

⁷⁴⁷ vgl. Schonecke 1998, S. 189

hängig vom Namen ihrer Krankheit und der entsprechenden Therapieform die Erkrankung – untersucht und anders zum Verstehen gebracht werden.

Hierauf einzugehen ist Anliegen der Dissertation.

3. Krankheit als biographisches Ereignis. Ziel der Arbeit und Begründung der Themenwahl

3.1 Krankheit aus medizinischer Sicht

Die ersten beiden Kapitel dieser Arbeit haben gezeigt, dass mittlerweile ein immenses Wissen – insbesondere im Bereich der Theorie – über psychosomatische Erkrankungen allgemein und die Herzneurose im Besonderen existiert. In diesem Zusammenhang ist mit Jacob unbedingt darauf hinzuweisen, dass uns die Medizin hier viele positive Aspekte liefert, die in keinem Fall herabgewürdigt werden dürfen:

„Die heutige Medizin liefert uns eine Unmenge von Kenntnissen über die erfolgreiche Diagnostik und Therapie zahlreicher Krankheiten.“⁷⁴⁸ Aus diesem Umstand resultiert eindeutig auch die Rolle des öffentlichen Gesundheitswesens, das Kranke behandeln und zur Gesundung führen möchte, wobei Kliniken, Ärzte und etwa die verschiedenen Rentenversicherungsträger diese Aufgabe erfüllen.⁷⁴⁹

Allerdings ist unser Medizinsystem sowie das umfangreiche existente Wissen über Krankheiten auch von einer anderen Seite zu beleuchten, denn „Während auf der einen Seite eine ... Ausweitung des medizinischen Leistungsangebotes besteht, findet sich auf der anderen Seite ein unkritischer Reduktionismus.“⁷⁵⁰ Dieser Reduktionismus besteht nun darin, dass der biographisch-soziale Hintergrund, der zum Patienten gehört, praktisch als unwichtig erachtet wird, wohingegen ein Befund im Bereich der Molekülebene ein bedeutsames Ansehen wissenschaftlicher Natur genießt.⁷⁵¹ Lässt sich etwa die Behauptung aufstellen, dass sich die Medizin nicht für die Biographie des Patienten interessiert? Bereits 1950 schreibt von Weizsäcker, dass sich ein Unbehagen in der Medizin ausbreite:⁷⁵² „...: die Technik nimmt rapide überhand; was einmal pathologische Physiologie war, wird kurzerhand in den klinischen Betrieb eingebaut. Unaufhaltsam wandelt sich die Krankengeschichte in einen Katalog von Befundzetteln, die diagnostische Fabrik entfaltet eine reiche Beschäftigung; ...“⁷⁵³

⁷⁴⁸ Jacob in Jacob & Schipperges 1981, S. 201

⁷⁴⁹ vgl. Jacob in Jacob & Schipperges 1981, S. 201

⁷⁵⁰ Lamprecht in Janz 1999, S. 160

⁷⁵¹ vgl. Lamprecht in Janz 1999, S. 162

⁷⁵² vgl. v. Weizsäcker 1950, S. 105

⁷⁵³ v. Weizsäcker 1950, S. 105

Und weiter: „Der Kranke muß ‚verarztet‘ werden, wie man sich jetzt ausdrückt, und es ist das kein schlechtes Wort für diesen Vorgang. Wenn der Arzt das Zimmer betritt, fällt sein erster Blick auf die Kurve am Kopfende des Bettes, nicht auf den Kranken.“⁷⁵⁴ Und selbst dem Patienten ist es nicht neu, seine Erkrankung mit technischen und chemischen Bezeichnungen zu beschreiben und mit Bezeichnungen zu hantieren, die er selbst gar nicht kennt und die ihn genau aus diesem Grunde befriedigen.⁷⁵⁵

Dieses dritte Kapitel wird sich mit der gerade angesprochenen Thematik beschäftigen. Zunächst wird dabei entfaltet, dass die medizinische Wissenschaft ‚Krankheit‘ als ‚Störfall‘, als kritisches Lebensereignis betrachtet, das beispielsweise durch andere kritische Lebensereignisse hervorgerufen wird und durch die Einordnung in die modernen Klassifizierungssysteme ICD-10 und DSM-IV zur genauen Verortung gelangen soll, weil hierdurch eine auf die Erkrankung abgestimmte Therapie ermöglicht wird, die sich im pharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Bereich bewegt. Dabei wird im Prinzip jeglicher Umgang mit einer Krankheit als ‚Coping‘ verstanden, das der Frage nachgeht, wie der Patient mit dem ‚Störfall Krankheit‘ umgeht beziehungsweise wie er ihn bewältigt. Im weiteren Verlauf des Kapitels (siehe 3.2) wird dann eine gänzlich andere Sichtweise von ‚Krankheit‘ dargestellt, die gleichzeitig Grundlage der hier durchgeführten Studie ist: ‚Krankheiten‘ – insbesondere aber Neurosen – werden dabei als Vorgänge betrachtet, die schlicht zum menschlichen Leben gehören. Dadurch wird ‚Krankheit‘ nicht mehr (nur) als Störfall innerhalb der individuellen Biographie verstanden, sie wird vielmehr unter dem Aspekt der Bildung betrachtet, weil ‚Krankheit‘ zum menschlichen Leben gehört, das immer auch als Bildungsweg verstanden werden kann. Das Interesse der Arbeit dreht sich also nicht um die Frage, wie ‚Krankheit‘ bewältigt, verarbeitet, eingeordnet, benannt und therapiert wird, sondern es wird die Frage aufgeworfen, wie Erkrankungen – hier die Herzneurose – *erlebt* werden, wie sich gerade diese psychosomatische Erkrankung im Alltag, dem Beruf, der Partnerschaft etc. auswirkt. Das vorliegende Kapitel ist somit als fruchtbar gedachte Kritik an der häufig anzutreffenden Einseitigkeit der Medizin, Skizzierung des Forschungsvorhabens im Bereich der Theorie und Begründung des pädagogischen Interesses an einem medizinischen Thema zu verstehen, das durch das vierte Kapitel, in dem es um die Methode der Studie (Datenerhebung und deren Interpretation) geht, ergänzt wird.

⁷⁵⁴ v. Weizsäcker 1950, S. 105

⁷⁵⁵ vgl. v. Weizsäcker 1950, S. 105

3.1.1 Zur Definition von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘

Nachdem im ersten Kapitel ausführlich auf die Frage eingegangen wurde, was man unter ‚psychosomatischen Erkrankungen‘, ‚Psychosomatik‘ und ‚psychosomatischer Medizin‘ zu verstehen hat, soll zu Beginn des dritten Teils der vorliegenden Arbeit nur noch in aller Kürze darauf eingegangen werden, was die Medizin unter ‚Gesundheit‘ bzw. ‚Krankheit‘ eigentlich ganz allgemein versteht, zumal dieses Verständnis wie ein roter Faden das komplette Kapitel 3.1 durchzieht, indem hier nämlich dargestellt wird, was innerhalb der Medizin als Konsequenz aus dieser Haltung entsteht. Wie dieser medizinische Standpunkt dann sinnvoll erweitert werden kann, wird in Abschnitt 3.2 skizziert. Dennoch soll hier einleitend eine Art ‚Grundlagen-Definition‘ geleistet werden. Krankheit ganz allgemein kann nach Pschyrembel *unter medizinischem Aspekt* folgendermaßen verstanden werden:

„**Krankheit:** (engl.) disease, illness; Erkrankung, Nosos, Pathos, Morbus; 1. Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. I. S. der sozialversicherungs- u. arbeitsrechtl. Gesetze der regelwidrige Körper- od. Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (...) od. der Arbeitsunfähigkeit* wahrnehmbar zutage tritt; 3. Begriffll. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol., morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine best. Erkrankung verstanden wird. Vgl. Gesundheit.“⁷⁵⁶

Nachdem der Leser aufgefordert wird, diese Definition mit der des Begriffs ‚Gesundheit‘ zu vergleichen, soll dies dem Leser dieser Arbeit nicht vorenthalten werden. Unter ‚Gesundheit‘ findet man dann folgende Definition: „**Gesundheit:** (engl.) health; 1. I. w. S. nach der Definition der WHO der Zustand völligen körperl., geistigen, seel. u. sozialen Wohlbefindens; 2. I. e. S. das subjektive Empfinden des Fehlens körperl., geistiger u. seel. Störungen od. Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkr. u. pathol. Veränderungen nicht nachgewiesen werden können; 3. Im sozialversicherungsrechtl. Sinn der Zustand, aus dem Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit resultiert. ...

“⁷⁵⁷

⁷⁵⁶ Pschyrembel & Braun 2002, S. 904

⁷⁵⁷ Pschyrembel & Braun 2002, S. 594

Victor v. Weizsäcker unterscheidet im Gegensatz zu der eben genannten Definition *zwei Arten* von Gesundheit, „... nämlich 1. Die Beseitigung einer Störung oder eines Leidens (etwa durch die Gabe von Medikamenten, M. Hager), (und, M. Hager) 2. Die Lösung des Konfliktes (, der die Störung ausgelöst hat, M. Hager).“⁷⁵⁸

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Definition nach *Pschyrembel* um die der Auflage aus dem Jahr 2002.

„Wie schwer sich die Mediziner (aber, M. Hager) mit der abstrakten Definition von Krankheit tun, kann man an den verschiedenen Auflagen des bekannten klinischen Wörterbuches von PSCHYREMBEL (z.B. 1959, 1969, 1986) verfolgen. 1959 hieß es, Krankheit sei die Störung der normalen Vorgänge im Körper oder in seinen einzelnen Teilen; 1969 wurde diese Definition ergänzt: Krankheit sei die Gesamtheit von abnorm gearteten Reaktionen auf einen krankmachenden Reiz; 1986 bedeutet Krankheit im weiteren Sinne das Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinne das Vorhandensein von subjektiv oder objektiv faßbaren körperlichen oder geistigen Veränderungen beziehungsweise Störungen ...“⁷⁵⁹

Hier wird also deutlich, dass nach medizinischer Auffassung die gesundheitliche Idealnorm bestmögliches Lebenkönnen wäre, wohingegen das Eintreten einer Erkrankung als eine diesbezüglich beeinträchtigende Variable zu verstehen sei.⁷⁶⁰

Weil dieser Punkt für den weiteren Verlauf der Arbeit von größter Bedeutung ist, soll er noch einmal formuliert werden:

Wird in der Definition von ‚Krankheit‘ von einer *Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Körper* und in der Definition von ‚Gesundheit‘ gemäß der WHO-Definition vom *Zustand des absoluten Wohlbefindens* gesprochen, so wird an beiden Aussagen deutlich, dass ‚Krankheit‘ in der Medizin grundsätzlich und ausschließlich als *Störfall* betrachtet wird, wohingegen ‚Gesundheit‘ dem *erstrebenswerten Normalfall* entspricht, den es zu erhalten oder zu erreichen gilt.

⁷⁵⁸ v. Weizsäcker 1967, S. 102

⁷⁵⁹ vgl. Pschyrembel 1959, 1969, 1986, zitiert nach Bittner 1996 b, S. 18

⁷⁶⁰ vgl. Bittner 1996 b, S. 19

Auch die aktuelle medizinische Bezeichnung der ‚Herzneurose‘ als *somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems* macht mit dem Ausdruck ‚Störung‘ darauf aufmerksam, dass es sich bei diesem Phänomen um eine Abweichung vom ‚Normalfall‘ handelt. Dieser grundsätzlichen Auffassung der Medizin zufolge kann also festgehalten werden, dass Krankheit und Biographie zunächst einmal derart miteinander in Verbindung stehen, dass Krankheit die Biographie im Sinne der Lebensführung *stört* und daher eliminiert werden muss. Nach medizinischer Auffassung – insbesondere auch im psychosomatischen Bereich – steht eine Erkrankung aber auch noch in einem zweiten Verhältnis zur Biographie: Die bisherige Biographie hat durch bestimmte kritische Lebensereignisse (oder auch kritische *Lebensverhältnisse*, M. Hager) die Genese einer Erkrankung hervorgerufen oder zumindest begünstigt.⁷⁶¹

Am Beispiel der Herzneurose als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne wurde ja mehrfach die Parallele zu kritischen Lebensereignissen⁷⁶² – beispielsweise im Sinne von Trennungskonflikten oder mangelnder Ich-Entwicklung, symbiotischer Mutter-Kind-Bindung und falschen Angstbewältigungsstrategien, die daraus resultieren – gezogen.

An dieser Stelle soll der erste definatorische Einblick zunächst einmal beendet werden. Auf die Frage, ob Krankheit in jedem Fall *nur* als Störung der Lebensvorgänge betrachtet werden kann, der in vielen Fällen durch kritische Lebensereignisse hervorgerufen oder begünstigt worden ist und durch Coping-Vorgänge (zu denen letztlich auch sämtliche medizinischen und psychologischen Verfahrensweisen gehören) bewältigt wird, soll in diesem Kapitel intensiv eingegangen werden.

⁷⁶¹ hier deckt sich übrigens die medizinische Auffassung mit der psychoanalytischen, die schließlich auch davon ausgeht, dass etwa traumatische Erlebnisse in früher Kindheit eine Störung im Erwachsenenalter auslösen können
⁷⁶² oder eben kritischen *Lebensverhältnissen*

3.1.2 Krankheit als Folge kritischer Lebensereignisse

In der Literatur begegnet man immer wieder der Auffassung, dass Krankheiten Folgeerscheinungen kritischer Lebensereignisse sind. Was aber ist unter einem ‚kritischen Lebensereignis‘ zu verstehen?

„Der Wortbegriff ‚Krise‘ geht vom griechischen ‚krisis‘ aus und bedeutet einerseits Scheidung, andererseits aber auch Entscheidung oder Beurteilung. KL (Kritische Lebensereignisse, M. Hager) sind Situationen, in denen das im Laufe des Lebens erworbene Handlungsmuster nicht mehr anwendbar ist. Die Struktur des Problem-Löse-Verhaltens muß geändert werden, da das Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt gestört ist.“⁷⁶³

Ähnlich beschreiben Holmes und Rahe den Gegenstand der Betrachtung, wenn sie sagen, dass kritische Lebensereignisse entweder eine bedeutende Lebensmusteränderung des einzelnen Menschen erfordern oder zumindest darauf hindeuten.⁷⁶⁴

Die Betonung kann aber auch liegen auf „Erfahrungen, die eine Rollentransformation, Veränderungen im Status oder Umgebung oder die Aufbüdung von Kummer beinhalten.“⁷⁶⁵

Filipp definiert kritische Lebensereignisse unter anderem Fokus „... als konstitutive Elemente jedes menschlichen Lebenslaufs in dem je gegebenen soziokulturellen und historischen Kontext. ‚Kritische Lebensereignisse‘ werden somit einerseits als eine globale deskriptive Kategorie zur Strukturierung von Lebensläufen konzipiert, andererseits sollen sie für die Entwicklungspsychologie, insbesondere für die Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters ein heuristisch wertvolles Konzept darstellen, wenn es gilt, intraindividuellen Wandel über die gesamte Lebensspanne zu erklären und sein Bedingungsgefüge zu erhellen.“⁷⁶⁶

Kleinster gemeinsamer Nenner in allen Versuchen, das ‚kritische Lebensereignis‘ zu definieren, ist, dass es ein im Leben einer Person eintretendes Ereignis ist, das seine charakteristischen

⁷⁶³ Schenker 2000, S. 17 ff

⁷⁶⁴ vgl. Holmes & Rahe 1967, zitiert nach Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 74

⁷⁶⁵ vgl. Myers, Lindenthal, Pepper & Ostrander 1972, zitiert nach Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 74

⁷⁶⁶ Filipp 1981, S. V

Eigenschaften durch eine Veränderung der (sozialen) Lebenssituation dieser Person erfährt und durch adäquate Leistungen der Anpassung durch das Individuum beantwortet werden muss.⁷⁶⁷

„Diese Definitionen haben gemeinsam, daß ein Lebensereignis die Veränderung in den üblichen Aktivitäten einer Person beinhaltet.“⁷⁶⁸

Krisen und kritische Lebensereignisse verlaufen dabei immer in ganz bestimmten Phasen. Die erste Phase ist die so genannte ‚vorkritische‘, in der das Gleichgewicht durch hohe Spannung verloren geht, weil bereits erworbene Strukturen des Verhaltens nicht mehr greifen. In der zweiten, der ‚kritischen‘ Phase, erzwingt das psychische System wegen extremer Belastung eine Entscheidung, wobei eigene Hilflosigkeit erfahren wird. Schließlich wird in der ‚nachkritischen‘ Phase ein neues Gleichgewicht erworben, das gleichzeitig eine neue Norm darstellt.⁷⁶⁹

Lebensereignisse sind ferner in bestimmte Kategorien einteilbar. Es gibt

1. Auf das Alter bezogene Ereignisse wie etwa Heirat, Kindesgeburt, Beginn des Ruhestandes, welche den Lebenslauf inklusive der Stadien des Überganges formen,
2. Ereignisse, die sich auf die historische Zeit beziehen und mit Veränderungen biokultureller Art einhergehen, wie etwa Kriege oder wirtschaftliche Krisen. Diese Ereignisse unterscheiden den Lebenszusammenhang verschiedener Geburtskohorten,
3. Ereignisse non-normativer Art, die nur kleinere Gruppen betreffen, wie etwa Flutkatastrophen oder vorübergehende Arbeitslosigkeit; diese Ereignisse können aber auch für ein Individuum bezüglich seines Zeitpunktes im Lebenslauf einmalig sein – zu nennen wäre hier etwa die Scheidung vom Ehepartner, dessen Tod usw.⁷⁷⁰

„Außer den persönlichen KL oder Krisen des Individuums können selbstverständlich auch gesellschaftliche, politische und ökonomische KL und Krisen in Gruppen unterschiedlicher Größenordnung auftreten, ...“⁷⁷¹

⁷⁶⁷ Filipp in Filipp 1981, S. 23

⁷⁶⁸ Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 74

⁷⁶⁹ vgl. Schenker 2000, S. 17 f

⁷⁷⁰ vgl. Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 76

⁷⁷¹ Schenker 2000, S. 19

Wieder auf den einzelnen Menschen bezogen gilt also, dass jeder Lebenslauf durch eine unüberschaubare Menge von Ereignissen gekennzeichnet ist, „... die mehr oder minder abrupt und unvorhergesehen eintreten, die mehr oder minder gravierend in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen, die mehr oder minder dramatisch verlaufen und der Person Umorientierungen in ihrem Handeln und Denken, in ihren Überzeugungen und Verpflichtungen abverlangen.“⁷⁷²

In welchem Zusammenhang aber stehen solche kritischen Lebensereignisse mit Erkrankungen?
In seiner kritischen Auseinandersetzung mit Theorie und Methode der Lebensereignisforschung gibt Dittmann folgende Antwort:

„Als psychosozial orientierte Erweiterung medizinisch-ätiologischer Krankheitsmodelle wurde in den Anfängen der LE-Forschung in den sechziger Jahren⁷⁷³ postuliert, daß zwischen gravierenden bzw. kumulierenden LE-Erfahrungen in relativ kurzen Zeitabschnitten einerseits und Ausbruch, Schwere und Verlauf psychischer und physischer Störungen und Krankheiten (als spezifischen LE-Effekten) andererseits folgende – als kausal angenommene – Zusammenhänge bestehen:⁷⁷⁴ – ‚The greater the life change or adaptive requirement, the greater the vulnerability or lowering of resistance to disease, and the more serious the disease that does develop.‘ (...).⁷⁷⁵ Die durch LE provozierten Wechsel oder Veränderungen gelten dabei als per se wirksam und in dem Ausmaß bezüglich psychophysiologischer Reaktionen als belastend oder streßreich sowie die Widerstandsschranke gegen Krankheiten schwächend, wie sie die homöostatische bzw. ‚adaptive‘ Balance eines Organismus stören und entsprechende Anpassungsleistungen verlangen, die – wie später bezüglich von Coping-Mechanismen ergänzt wurde – nach ihrer Art und Dauer schädigend wirken (z. B. HOLMES & MASUDA 1974, S. 68).“⁷⁷⁶

Dabei ist der Ursprung der Lebensereignisforschung innerhalb der Psychiatrie, der Epidemiologie sowie der Medizinsoziologie und der Klinischen Psychologie zu finden.⁷⁷⁷

„Ausgangspunkt war die zunächst nur unsystematisch gewonnene Beobachtung, daß bei den unterschiedlichsten klinischen Populationen vor Ausbruch der Erkrankung jeweils eine Häufung von Lebensereignissen zu verzeichnen war. Die der klinisch-psychologischen Forschungs-

⁷⁷² Filipp in Filipp 1981, S. 3

⁷⁷³ in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, M. Hager

⁷⁷⁴ Dittmann 1991, S. 51

⁷⁷⁵ Masuda & Holmes 1967, zitiert nach Dittmann 1991, S. 51

⁷⁷⁶ Dittmann 1991, S. 51

⁷⁷⁷ vgl. Filipp in Filipp 1981, S. 6

perspektive zugrundeliegende Prämisse ist, daß mit dem Konzept der kritischen Lebensereignisse ein neuer Ansatz zur Erforschung der psychosozialen Ursachen von (physischen und psychischen) Erkrankungen bzw. Störungen gegeben ist. Ausgangshypothese ist dabei, daß die Konfrontation mit einer Vielzahl von kritischen Lebensereignissen innerhalb eines bestimmten Zeitraums pathogene Effekte besitzt und so als krankheitsauslösend und/oder – verursachend anzusehen ist.“⁷⁷⁸

Und auch Dittmann fährt fort, dass kritische Lebensereignisse ganz offensichtlich als Auslöser von Erkrankungen zu verstehen sind: „Die überwiegende Mehrzahl von einschlägigen LE-Studien konnte die ursprüngliche Vermutung bestätigen, daß bei einer ganzen Reihe psychischer und physischer Störungen und Krankheiten vor dem Krankheitsausbruch jeweils eine Häufung von LE-Konfrontationen berichtet wurde; bzw. Gruppen von kranken Pbn wiesen gegenüber Gruppen mit gesunden Pbn zumeist höhere LE-Belastungen u. a. auf:

- bei physischen Krankheiten im allgemeinen (...);⁷⁷⁹
- bei plötzlichem Herztod (...);⁷⁸⁰
- bei myokardialem Herzinfarkt (...);⁷⁸¹
- bei Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (...);⁷⁸²
- bei schweren Ausprägungen von chronischen Krankheiten (...);⁷⁸³
- bei verschiedenen psychologischen Symptomen (...);⁷⁸⁴
- bei psychiatrischen Störungen (...),⁷⁸⁵ etc.“⁷⁸⁶

Dieses Konzept berücksichtigt aber nur, „... daß mit jedem Ereignis – unabhängig von seiner affektiven Qualität, von seiner Lokalisierung im Lebensraum, von seiner personspezifischen Wahrnehmung und Verarbeitung usw. – eine Neuorganisation des Verhaltenssystems erforderlich ist. Diese wird per se als streßreich und belastend definiert. Der für eine bestimmte Zeit-

⁷⁷⁸ Filipp in Filipp 1981, S. 6

⁷⁷⁹ vgl. z. B. Hinkle 1974, Holmes & Masuda 1974, Rahe, McKean & Arthur 1967, Thurlow 1971, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸⁰ vgl. z. B. Rahe & Lind 1971, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸¹ vgl. z. B. Edward, Theorell & Rahe 1971, Theorell 1974, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸² vgl. z. B. Gorsuch & Key 1974, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸³ vgl. z. B. Wyler, Masuda & Holmes 1971, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸⁴ vgl. z. B. Dohrenwend 1973, Myers, Lindenthal & Pepper 1974, Vinokur & Selzer 1975, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸⁵ vgl. z. B. Brown & Birley 1968, Dekker & Webb 1974, Hudgens, Morrison & Barcha 1967, Paykel 1974, zitiert nach Dittmann 1991, S. 53

⁷⁸⁶ Dittmann 1991, S. 53

spanne im Leben einer Person angenommene Belastungsgrad durch kritische Lebensereignisse wird durch die gewichtete oder ungewichtete Summierung dieser Belastungswerte ermittelt.“⁷⁸⁷

Innerhalb der entwicklungspsychologischen Forschungsperspektive, auf die weiter oben bereits hingewiesen wurde, ist die Grundannahme hingegen, „... daß der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen nicht a priori eine potentiell pathogene Wirkung zugeschrieben wird, sondern daß sie vielmehr notwendige Voraussetzungen für entwicklungsmäßigen Wandel, insbesondere innerhalb des Erwachsenenalters, darstellen und somit potentiell zu persönlichem ‚Wachstum‘ beitragen können.“⁷⁸⁸

Wie also ist nun die Diskussion um kritische Lebensereignisse einzuschätzen? Sind sie verantwortlich für den Ausbruch von Erkrankungen oder kann man sie doch eher als bereichernd in dem Sinne verstehen, dass sie der persönlichen Reifung dienen?

Die Frage der pathogenen Wirkung eines kritischen Lebensereignisses hängt u. a. davon ab, ob bisherige Bewältigungsprozesse erfolgreich waren oder nicht. „Unabhängig von der Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit eines Ereignisses mit früheren Ereignissen scheint ein wesentlicher Aspekt die ‚Erfolgsbilanz‘ der bisherigen Bewältigung von Lebensereignissen zu sein, insbesondere wenn sich die Person selbst im günstigen Falle ihrer eigenen Bewältigungskompetenz sicher ist (...)“⁷⁸⁹

Es scheint so, als ob das Interesse der Medizin bezüglich kritischer Lebensereignisse also vorwiegend auf die Vorhersagbarkeit in Bezug auf ein Bewältigungsverhalten zielt, weil der Arzt somit eine *Prognose* parat hat, die er dem Patienten mitteilen kann. Und in der Tat scheint die Treffsicherheit solcher Prognosen nicht gänzlich von der Hand zu weisen zu sein, denn „...; auch *Hamburg & Adams* (...) argumentieren, daß die Effizienz früherer Bewältigungsstrategien sich auch in künftigen Fällen zeigen wird, weil diese die individuelle Problemlösefähigkeit im Zusammenhang mit Lebensereignissen erhöht hätten.“⁷⁹⁰

Ziel und Interesse der Medizin an kritischen Lebensereignissen ist also deutlich zum Vorschein gekommen – es geht ihr um die bessere Vorhersage von Krankheitsverläufen. *Gesundheitsbildung* kann an dieser Stelle genannt werden, weil auch sie von einer besseren Kenntnis

⁷⁸⁷ Filipp in Filipp 1981, S. 6 f

⁷⁸⁸ Filipp in Filipp 1981, S. 8

⁷⁸⁹ Filipp in Filipp 1981, S. 14

⁷⁹⁰ vgl. *Hamburg & Adams* 1967, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 15

typischer kritischer Ereignisse im Leben der Menschen und deren Umgang mit ihnen profitieren kann: „Sofern Lebensereignisse aufgrund ihrer sozialen und biologischen Normierung regelhaft und für die Mitglieder eines sozialen Systems vergleichsweise universell vorgegeben sind, ... zielen ... Sozialisationsprozesse darauf ab, die Person auf den Eintritt solcher Lebensereignisse vorzubereiten.“⁷⁹¹

Zusammenfassend lassen sich also zwei unterschiedliche Stränge innerhalb der Erforschung kritischer Lebensereignisse definieren, nämlich der *rein medizinische* und der *entwicklungspsychologische* Strang. Die erste Forschungsrichtung ist „... epidemiologisch orientiert, sucht also nach statistischen Zusammenhängen zwischen Lebensereignissen und Erkrankungen.“⁷⁹²

Ein „... an der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne orientiertes Modell der Analyse von kritischen Lebensereignissen (hingegen unterscheidet, M. Hager) zwischen altersbezogenen, zeitbezogenen und non-normativen Klassen von Lebensereignissen und ihrer Interaktion über die Lebensspanne und die historische Zeit hinweg Vor diesem Hintergrund muss den wesentlichen Merkmalen von Lebensereignissen (z. B. Erwünschtheit, Kontrollierbarkeit, Vorhersehbarkeit) und ihren zeitlichen Charakteristika (Zeitpunkt, Dauer, synchroner Verlauf) Beachtung zukommen. (Einige Autoren⁷⁹³ haben, M. Hager) zwischen vergangenen, noch andauernden und für die Zukunft antizipierten Ereignissen unterschieden. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive sind solche Unterscheidungen wesentlich (...). Die angemessene Explikation des Konstrukts ‚Kritisches Lebensereignis‘ erfordert also die Spezifikation seiner qualitativen und zeitlichen Charakteristika, noch bevor Ansätze zu seiner Operationalisierung vorgeschlagen werden.“⁷⁹⁴

⁷⁹¹ Filipp in Filipp 1981, S. 15

⁷⁹² Gräser und andere in Filipp 1981, S. 105

⁷⁹³ vgl. z.B. Lowenthal & Chiriboga 1973, genannt nach Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 78

⁷⁹⁴ Hultsch & Cornelius in Filipp 1981, S. 78

3.1.3 Krankheit als kritisches Lebensereignis – der ‚Störfall‘ im Leben

Dieser Abschnitt soll zeigen, dass Krankheiten nicht nur als Folge kritischer Lebensereignisse zu verstehen sind, sondern dass man sie selbst auch als ein solches Ereignis auffassen kann.

Bereits in Kapitel 3.1.1 wurde ja darauf hingewiesen, dass Krankheit eine nach medizinischer Auffassung das bestmögliche Lebenkönnen als gesundheitliche Idealnorm der Medizin beeinträchtigende Variable ist.⁷⁹⁵ Aus dieser Perspektive heraus ist Krankheit also ein *Störfall innerhalb der ‚normalen‘ Biographie*.

„Schon in der griechischen Mythologie finden wir zwei Alternativen zur Bewahrung der Gesundheit als konkurrierende Prinzipien vor: Hygieia mit der Auffassung, daß man Gesundheit durch eine verantwortliche, disziplinierte Lebensführung erhalten könne, und Äskulap mit der Kunst, Gesundheit dadurch wieder herzustellen, daß man die Krankheit überwindet. Obwohl *Hippokrates*, der Stammvater der Ärzte, mit seinem Wort: ‚Wohlgetan ist es, die Gesunden zu führen‘, der Hygieia gebührende Referenz erwies, haben die Ärzte das Zeichen des Äskulap zu ihrem Symbol gewählt und hat sich die Medizin des 19. Jahrhunderts aus ihren bis dahin noch in der Praxis gültigen Verpflichtungen Hygieia gegenüber in zunehmendem Ausmaß gelöst, um sich schließlich aus der ursprünglichen Gleichgewichtigkeit einer Gesundheits- und Krankenlehre herauszulösen und zur Pathologie und Wiederherstellungsmedizin zu werden.“⁷⁹⁶

Auch dieser Aussage von Vescovi ist zu entnehmen, dass sich das Medizinsystem mit der Erkrankung als Störfall, als Abweichung von der Regel, beschäftigt, die – egal wie – aus dem Leben des Patienten wieder verschwinden muss.

Unzweifelhaft ist dieser Standpunkt innerhalb der Medizin auch vertretungswürdig, weil diese Wissenschaft sonst die Grundlage ihrer Existenz verlieren würde. Dass aber eine Blickerweiterung sinnvoll ist, wird die Arbeit im weiteren Verlauf zeigen.

Der Inhalt dieses Kapitels ist aber der medizinische Standpunkt. Daher gilt es, weitere Belege für das Interesse dieser Wissenschaft heranzuziehen und zur Diskussion zu stellen.

⁷⁹⁵ vgl. Bittner 1996 b, S. 19

⁷⁹⁶ Vescovi in Jacob & Schipperges 1981, S. 44

Filipp weist berechtigterweise auf den Umstand hin, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens viele Ereignisse erlebt, die sich häufig ohne Voranmeldung einstellen, dadurch in Handlungsvollzüge eingreifen und im Handeln und Denken des Betroffenen Umorientierungen nötig machen.⁷⁹⁷

Dies gilt natürlich auch für Krankheiten. Man denke nur an einen herzneurotischen Patienten, der im Rahmen des Krankheitsbildes eine agoraphobische Tendenz entwickelt und das Haus nicht mehr verlassen kann, weil er etwa Angst davor hat, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren. Daraus ergibt sich, dass *Krankheit selbst* als kritisches Lebensereignis aufgefasst werden muss! „Krankheiten und die mit ihnen einhergehende Beeinträchtigung sind ja selbst als Belastungssituation aufzufassen, mit denen sich die Betroffenen auseinandersetzen müssen.“⁷⁹⁸

Und auch Dohrenwend sagt, dass Folgen von Lebensereignissen selbst wieder Ereignisse sein können.⁷⁹⁹ Also Krankheit als Folge von kritischen Lebensereignissen ist wiederum selbst kritisches Lebensereignis, die Herzneurose als Folge kritischer Lebensereignisse oder –*verhältnisse*, z. B. als Folge von Trennungskonflikten, ist selbst auch ein kritisches Ereignis höchster Brisanz.

Krankheiten, die in aller Regel also für das Individuum ein dramatisches Ereignis im Leben bedeuten,⁸⁰⁰ gehören zu den Situationen, „... in denen das im Laufe des Lebens erworbene Handlungsmuster nicht mehr anwendbar ist. Die Struktur des Problem-Löse-Verhaltens muß geändert werden, da das Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt gestört ist.“⁸⁰¹

Krankheit ist also *Folge kritischer Lebensereignisse und kritisches Lebensereignis per se*.

Die Medizin hat sich zum Ziel erklärt, diese *Störfälle als Abweichung von der Gesundheit des Patienten* aus dessen Leben wieder zu eliminieren.

„Im Laufe ihres Lebens sind Menschen immer wieder mehr oder minder schwerwiegenden Belastungen und Herausforderungen ausgesetzt. Diese betreffen kritische Lebensereignisse bzw. Lebenskrisen wie den Verlust nahestehender Personen, Unfall, Krankheiten, aber auch alltägliche Ärgernisse oder chronische, anhaltende Belastungen. Derartigen Ereignissen sind sie allerdings

⁷⁹⁷ vgl. Filipp in Filipp 1981, S. 3

⁷⁹⁸ Rüger und andere 1990, S. 12

⁷⁹⁹ vgl. Dohrenwend 1978, zitiert nach Gräser und andere in Filipp 1981, S. 107

⁸⁰⁰ vgl. Filipp in Filipp 1981, S. 3 f

⁸⁰¹ Schenker 2000, S. 19

nicht hilflos ausgeliefert, sondern setzen sich damit aktiv auseinander. Dabei sind ihnen mehr oder minder reichhaltige, innere und soziale Ressourcen hilfreich. Dies ist Gegenstand des Streß-Coping-Paradigmas, das nicht nur die wissenschaftliche Erforschung von belastenden Lebensereignissen, sondern auch therapeutische Konzepte und letztendlich auch unser Selbstverständnis beeinflußt. Dabei geht es insbesondere um die Frage, wie Menschen selbst unter intensiven Belastungen imstande sind, ihre körperliche bzw. seelische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen.“⁸⁰²

Die medizinische Wissenschaft interessiert sich aber nicht nur dafür, wie Patienten ihre Erkrankung am schnellsten wieder verlieren bzw. wie Menschen zur Bewältigung dieser oder jener Störung gelangen – sie will auch wissen, wie man *künftige Krankheiten vermeiden* kann.

„1. Personmerkmale gestatten in hohem Maße vorherzusagen, wie der Eintritt eines Ereignisses und die spezifischen Ereignisqualitäten durch die Person selbst wahrgenommen und bewertet werden. ...: Lebensereignisse erhalten ihre spezifische Qualität und damit ihren Wirkungsgrad für nachfolgende Veränderungen in der Person auch ... durch die Formen der *subjektiven Ereigniswahrnehmung* (...). 2. Personmerkmale müssen aber auch deshalb berücksichtigt werden, weil sie die Vorhersage gestatten sollten, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person mit Ereignissen einer spezifischen Qualität konfrontiert sein wird. Dies gilt für demographische Merkmale einer Person gleichermaßen wie für Merkmale ihres Verhaltens- oder Überzeugungssystems. ... 3. Schließlich ist die Berücksichtigung von Personmerkmalen im Zusammenhang mit der Frage nach den physischen und psychischen Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen, von Bedeutung (...). Dabei wird angenommen, daß beispielsweise das verfügbare Verhaltensrepertoire, Temperamentsmerkmale, Kontrollüberzeugungen und vieles mehr mittelbar oder unmittelbar die Bewältigungsprozesse bestimmen.“⁸⁰³

Die Medizin legt ihr schwerpunktmäßiges Interesse also eindeutig auf die Bewältigung und Vorhersage von Erkrankungen.

⁸⁰² Beutel 1988, S. 1

⁸⁰³ Filipp in Filipp 1981, S. 15 f

Und der Wunsch nach Vorhersagbarkeit und Prognostizierbarkeit geht noch mehr ins Detail:
„Geschlechtsunterschiede zeigen sich ... darin, daß Frauen häufiger mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert werden als Männer.“⁸⁰⁴

„Anderen Befunden zufolge manifestieren sich Geschlechtsunterschiede weniger in der Anzahl, sondern in der Art der Ereignisse.“⁸⁰⁵

Bezüglich des Alters lässt sich festhalten, dass kritische Lebensereignisse jüngere Menschen häufiger treffen als ältere Menschen.⁸⁰⁶

„Umgekehrt argumentieren *Langner & Michael* (1963) auf der Grundlage ihrer Manhattan-Studie, daß die durch Lebensereignisse erzeugte Streßbelastung im Alter ansteigt.“⁸⁰⁷

Unabhängig davon, dass sich hier – ähnlich wie bei der demographischen Häufigkeit der Herzneurose in Abhängigkeit ihrer Verortung als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinn versus Subtyp der Panikstörung die Fragwürdigkeit derartiger Versuche zeigt, bringen die Aussagen das Ziel dieses Unterkapitels als roten Faden der gesamten Arbeit auf den Punkt: Medizin, aber auch Psychologie, Psychiatrie und Psychoanalyse zielen darauf, die Ursachen einer Erkrankung zu erkennen und zu verstehen, um mittels dieser Kenntnis zu versuchen, die *Krankheit als Störfall im Leben des Patienten* aus diesem wieder zu eliminieren. Zusätzlich interessiert sich die Life-event-Forschung und der Bereich des Coping für die Frage, wie dieser oder jener Störfall vorhergesagt oder gar vermieden werden kann.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal ganz deutlich darauf hinzuweisen, dass jeder dieser Ansätze seine Berechtigung hat und auch sinnvoll ist.

Im Rahmen dieser Arbeit soll aber aufgezeigt werden, dass Krankheit nicht **nur** als Störfall zu verstehen ist, sondern dass sie auch unter dem Stichwort **biographisches Ereignis** verortet werden kann und muss. Warum dies so ist, wird in Kapitel 3.2 ausführlich erörtert.

⁸⁰⁴ vgl. Lowenthal, Thurnher & Chiriboga 1975, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁸⁰⁵ Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁸⁰⁶ vgl. Lowenthal, Thurnher & Chiriboga 1975, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁸⁰⁷ vgl. Langner & Michael 1963, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

3.1.4 ,Coping'. Zur Bewältigung der Störfälle

„Die Frage, wie Personen mit Belastungen umgehen, hat in der Psychologie und der Medizin im letzten Jahrzehnt außerordentliche Aufmerksamkeit erfahren. In den 80er Jahren stieg die Zahl der jährlichen Publikationen sprunghaft auf 800 bis 1000 pro Jahr. Also ein Modethema?“⁸⁰⁸

Dieser Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit der in Medizin und Psychologie angesiedelten Frage der *Bewältigung von Krankheiten*. Und in der Tat wird hier ein viel diskutiertes Terrain betreten, das mit Sicherheit viele interessante und wissenswerte Dinge über die Bewältigung von Krankheiten zum Diskurs beiträgt, das aber ebenso kritisch (siehe 3.2.3) einzuschätzen ist, weil das Interesse der Copingforschung schlicht zu *einseitig gelagert* ist und wesentliche Punkte der Erkrankung und ihrer Auswirkung auf das Leben der Patienten unbeachtet lässt.

Dennoch ist die Forschung in diesem Bereich populärer denn je: „Coping-Forschung ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Bereich der psychologischen Forschung in der Medizin geworden.“⁸⁰⁹

Vielleicht ist dieses massive Interesse an der Bewältigung von Krankheiten damit zu begründen, dass man bei weiter Fassung des Begriffs – zur genauen Definition kommt die Arbeit später – das ganze Leben als Copingprozess verstehen kann, denn „Von der Geburt bis zum Tod, jeden Tag und (in, M. Hager) jeder Situation sind wir bewußt oder unbewußt damit beschäftigt, ein entsprechendes Coping zur Bewältigung einer Situation zu finden, zu gestalten oder auszuführen.“⁸¹⁰ Und weiter: „In Anlehnung an die Aussage SELYEs ‚Streß beherrscht unser Leben‘ könnte man eigentlich allgemein sagen: ‚Alles Leben ist Coping!‘ Denn überall, wo der Mensch sich befindet, ist sein Organismus mit Coping-Maßnahmen beschäftigt.“⁸¹¹

Vertritt man diese Meinung, ist das große und wachsende Interesse an diesem Forschungsgebiet erklärt. „Sowohl eher grundlagenorientierte Psychologen als auch klinische Psychologen, Medizin-Psychologen und Psychosomatiker beschäftigen sich zunehmend mit der Frage, wie

⁸⁰⁸ Heim & Perrez 1994, S. 7

⁸⁰⁹ Faller 1990, Vorwort

⁸¹⁰ Vasconcellos 1985, S. 64

⁸¹¹ Vasconcellos 1985, S. 64

Menschen Krankheiten bewältigen und auch, wie die Krankheitsbewältigung verändert werden kann."⁸¹²

Über die Ansicht hinaus, das ganze Leben sei Coping, ist das Interesse an diesem Bereich noch durch ein weiteres Argument erklärbar, „...; denn inzwischen steht es außer Zweifel, daß der Ausgang einer Erkrankung oder Lebenskrise oft weniger durch die Art und die objektive Schwere des belastenden Ereignisses selbst, sondern weitaus mehr dadurch bestimmt wird, welche Bewältigungsmöglichkeiten einem Menschen in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehen. ...: Nicht mehr die Häufigkeit und Intensität von Belastungsereignissen, sondern die Qualität der subjektiven Bewertungsprozesse und der sich darauf gründenden Bewältigungsanstrengungen sind entscheidend für den Ausgang von Lebenskrisen sowie für die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen.“⁸¹³

Bevor nun auf die Definition dessen eingegangen wird, was hier ‚Coping‘ genannt wird, soll folgende Textstelle aber noch einmal deutlich machen, dass diese Forschungsrichtung ganz in jener Tradition beheimatet ist, die *Krankheit* ausschließlich als *Störfall* versteht:

„Besonders bei chronisch Kranken, wie z. B. Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK), ist die Art der Krankheitsbewältigung von wesentlicher Bedeutung. Die positiv gestaltete Krankheitsverarbeitung und –bewältigung des Patienten erhöhen seine Lebensqualität und wirken möglicherweise lebensverlängernd.“⁸¹⁴

Diese Aussage, die den Beginn einer Dissertation darstellt und somit als Grundgedanke zu verstehen ist, der jene Arbeit trägt, verweist indirekt wieder darauf, dass Krankheit innerhalb der Medizin unter dem Aspekt der Störung des ‚Normalen‘ verortet wird, deren positive Bewältigung als Ziel definiert ist. Natürlich ist auch hier wieder darauf hinzuweisen, dass eine Bewältigung von Krankheit sinnvoll ist und Erkrankungen nicht per se gut sind bzw. immer über positive Aspekte verfügen. Aber das *Leben mit der Krankheit* gerät auch hier wieder von Anfang an aus dem Blick.

⁸¹² Schübler & Leibing in Schübler & Leibing 1994, S. 9

⁸¹³ Rüger und andere 1990, S. 9

⁸¹⁴ Schön 2001, S. 1

Bevor weitere allgemeine Gedanken zur Copingforschung aus Sicht der Medizin geäußert werden, ist es an dieser Stelle ratsam, den Gegenstand der Betrachtung zunächst genauer zu definieren.

„Unter Coping (Bewältigungsverhalten) verstehen wir eine individuelle ‚adaptive Auseinandersetzung‘ (...) ⁸¹⁵ mit neuen Lebenssituationen.“ ⁸¹⁶

Auch Rüger und Mitarbeiter weisen im Anschluss an diese Definition gleich wieder darauf hin, dass die inzwischen unübersehbare Menge empirischer Arbeiten hierzu die Wichtigkeit belegt, die dieses Konzept bei der Untersuchung und der Erklärung von Folgen belastender Ereignisse hat. ⁸¹⁷

Im Pschyrembel von 2002 findet sich folgende Definition:

„Coping (engl. to cope fertig werden mit): (psychol.) Verhalten zur Bewältigung schwieriger Situationen; med. von Bedeutung als Krankheitsbewältigung v. a. bei Pat. mit chron. Erkrankungen u. Behinderungen od. zweifelhafter Progn.; erfolgreiches C. ist für den Verlauf vieler Erkr. von entscheidender Bedeutung u. setzt neben der Stabilität einer therap. Beziehung v. a. unterstützende Faktoren des sozialen Umfeldes (...), ein von Schuldzuweisungen freies Krankheitskonzept (...) u. ein günstiges Krankheitsverhalten (...) voraus.“ ⁸¹⁸

Auch Schön schreibt, dass die beste Übersetzung des Begriffs ‚Coping‘ wohl die des Bewältigens oder der Bewältigung sei. ⁸¹⁹ „Der Vorgang des Coping ist viel mehr dynamischer Natur als durch die Persönlichkeit der betrachteten Person bedingt. Es wird zwischen automatisierten Verhaltensmuster ⁸²⁰ und eigentlichem Coping, ..., differenziert. Dabei zeichnet sich das Coping bzw. die Krankheitsbewältigung (...) durch persönliche Anstrengungen aus, die der Betroffene aufbringen muß. Diese Anstrengungen sind durch die persönlichen Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten begrenzt, psychologischen Streß zu ertragen. Dahingegen stellen die automatisierten Verhaltensmuster und Gedankengänge Vorgänge dar, die eine solche Mühe nicht benötigen.“ ⁸²¹

⁸¹⁵ vgl. Bräutigam & Christian, zitiert nach Rüger und andere 1990, S. 11

⁸¹⁶ Rüger und andere 1990, S.

⁸¹⁷ vgl. Rüger und andere 1990, S. 11

⁸¹⁸ Pschyrembel & Braun 2002, S. 315

⁸¹⁹ vgl. Schön 2001, S. 10

⁸²⁰ Grammatikfehler übernommen

⁸²¹ Schön 2001, S. 11

Coping ist heute „... zum Kernstück in Modellen des Streß und seiner Verarbeitung geworden. Copingtheorien werden in neuerer Zeit ebenso zum Verständnis der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse herangezogen wie zur Erklärung der Lösung von normativen Entwicklungsaufgaben; Belastungen des Alltags werden ebenso unter Rekurs auf Bewältigungsprozesse analysiert wie klinische Interventionen. Anwendungen findet die Copingtheorie heute in Bemühungen zum ‚teaching of coping-skills‘ ebenso wie in der weiter gefaßten Beratung und Therapie, die auf Stärkung der persönlichen Kompetenz zur Lebensbewältigung zielen.“⁸²²

Dabei gründen Konzepte und Fragestellungen wissenschaftlicher Art „... zum Thema ‚Bewältigung‘ (Coping) und Adaption ... auf zwei verschiedenen Traditionen, dem ursprünglich physiologisch orientierten Streßkonzept und der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Während die physiologische Streßforschung sich zunehmend und anhand von unterschiedlichen Forschungsstrategien mit dem Thema ‚Coping‘ beschäftigt, hat sich die psychoanalytische Forschung – mit wenigen Ausnahmen – mit diesem wichtigen Thema kaum weiter befaßt.“⁸²³

Der Name *Lazarus* ist dabei immer mitzudenken, wenn man über Coping spricht. Denn die systematische Forschung im Bereich des Coping kann auf das Jahr 1966 datiert werden, weil zu diesem Zeitpunkt das Werk von Lazarus ‚Psychological Stress and the Coping Process‘ erschienen ist. Coping resultiert somit aus der Stressforschung.⁸²⁴

„Dabei ging es zunächst darum, die beobachtete individuelle Variabilität von Reaktionen in vorwiegend *äußeren* Belastungssituationen durch unterschiedliche Bewertungen und Bewältigungsformen zu erklären. Während frühe Untersuchungen hierzu von experimentell induzierten Belastungssituationen ausgingen, verlagerte sich das Interesse zunehmend auf real vorfindbare Belastungen und Lebensereignisse.“⁸²⁵

Die Arbeitsgruppe um Lazarus herum hatte also eine interaktionistische Auffassung vertreten, die im Zusammenhang mit dem verhaltensbiologisch gedachten Begriff der Anpassung stand. Person und Situation wurden hierbei als Variablen betrachtet, die unabhängig voneinander

⁸²² Olbrich in Muthny 1990, S. 53

⁸²³ Schübler & Leibing in Muthny 1990, S. 121

⁸²⁴ vgl. Beutel in Muthny 1990, S. 3

⁸²⁵ Beutel in Muthny 1990, S. 3

sind.⁸²⁶ „...; charakteristisch für diese Auffassung ist die Annahme eines unidirektionalen Ursache/Wirkungs-Verhältnisses, das allerdings später (...) ⁸²⁷ zugunsten einer transaktionalen Auffassung aufgegeben wurde. Das transaktionale Modell geht von einem bidirektionalen Ursache/Wirkungs-Verhältnis aus: Nicht nur die Situation wirkt auf die Person, sondern auch die Person wirkt (beispielsweise durch ihr Bewältigungsverhalten) verändernd auf die Situation ein.“⁸²⁸

„Im Mittelpunkt des von *Lazarus* und seinen Mitarbeitern entwickelten Modells des Bewältigungsverhaltens stehen ... jene *subjektiven Bewältigungsprozesse*, die zwischen situativen (externen wie internen) Anforderungen und den handelnden und/oder intrapsychischen ‚Reaktionen‘ des Individuums vermitteln.“⁸²⁹

„Nach Lazarus ist die Auseinandersetzung zwischen einer Person und der Belastungssituation, die sog. Person-Umwelt-Transaktion, durch ein Kräftegleichgewicht zwischen den Anforderungen der Situation und den Fähigkeiten der Person charakterisiert. ‚Streß‘ entsteht, wenn die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit eines Individuums übersteigen oder zumindest beanspruchen. Dann setzen Bewältigungsstrategien ein. Zunächst muß das Individuum beurteilen, wie seine Lage ist: Ist die Situation für das eigene Wohlbefinden positiv, irrelevant oder belastend (*primäre Bewertung*)? Und wenn belastend, dann eher im Sinne einer Schädigung/eines Verlusts, einer Bedrohung oder einer Herausforderung? In einer *sekundären Bewertung* beurteilt der Betreffende die ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Bewältigung ist ständig im Fluß. Im Verlauf des Bewältigungsprozesses nimmt das Individuum andauernd *Neubewertungen* vor. Person-Umwelt-Transaktionen verändern sich. Das Lazarus-Modell hebt die Veränderlichkeit von Bewältigungsweisen hervor. Es legt große Bedeutung auf gedankliche Bewertungen durch das Individuum, das sich in einem fortwährenden Prozeß von kognitiven Einschätzungen befindet.“⁸³⁰

Die psychologische Stress- und Copingforschung in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts stellt aber nur eine Entwicklungslinie dar. „Die historischen Wurzeln der Copingforschung liegen einmal in den 60er Jahre (n, M. Hager) in den experimentellen Anfängen einer psychologischen

⁸²⁶ vgl. Rüger und andere 1990, S. 19

⁸²⁷ vgl. Lazarus Et Laumier, zitiert nach Rüger und andere 1990, S. 18

⁸²⁸ Rüger und andere 1990, S. 18

⁸²⁹ Rüger und andere 1990, S. 19

⁸³⁰ Faller 1998, S. 36

Streß- und Copingforschung. Diese ist wesentlich mit dem amerikanischen Streßforscher Lazarus (1966) verbunden."⁸³¹

Die zweite Entstehungslinie bezüglich der Erforschung des Bewältigungsverhaltens ist in den sozialepidemiologischen Forschungen zu sehen, die in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts stattgefunden haben.⁸³² Interessant ist hierbei, dass die Untersuchungen über den Zusammenhang von sozialen Faktoren und Krankheitsraten langsam differenzierter wurden und schließlich zu einer Life-event-Forschung wurden, innerhalb derer die Variable ,Coping' eine wichtige Rolle spielte.⁸³³

„In der Folge liefen in der Copingforschung die experimentelle und epidemiologische Forschungstradition zusammen, ohne aber ganz ineinander aufzugehen.“⁸³⁴

Auch andere Autoren weisen auf den Zusammenhang der Life-event- und Copingforschung hin, denn „In den 70er Jahren war es vor allem die naturalistisch orientierte Streßforschung, die dem Bewältigungsverhalten zunehmend Aufmerksamkeit schenkte und den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen (Life-events) und dem Ausbruch von Krankheiten untersuchte.“⁸³⁵

Die Ausweitung und Differenzierung des Lazarus-Gedankens heute kann man folgendermaßen verstehen: „Vom Streß im Labor zum Streß im Alltag, von einfachen Streßreizen zu verschiedenen und komplexen Formen von Belastungssituationen; von Stimulus-Response-Modellen zu komplexeren Interaktions- und Transaktionsmodellen; von einer Konzeption von Bewältigung als Reaktions- und Verhaltensweise zu einem Verständnis von Bewältigung als intentionalem Handeln und als Prozeß.“⁸³⁶

Insgesamt bedeutet Coping also immer Auseinandersetzung mit einer wie auch immer gearteten Belastung.⁸³⁷

⁸³¹ Faltermaier in Heim & Perrez 1994, S. 158

⁸³² vgl. Faltermaier in Heim & Perrez 1994, S. 158

⁸³³ vgl. Faltermaier in Heim & Perrez 1994, S. 158

⁸³⁴ Faltermaier in Heim & Perrez 1994, S. 158

⁸³⁵ Rüger und andere 1990, S. 11

⁸³⁶ Faltermaier in Heim & Perrez 1994, S. 158 f

⁸³⁷ vgl. Beutel 1988, S. 33

„Die **unterschiedliche Verwundbarkeit** von Personen selbst gegenüber belastenden Extremsituationen (...) versuchte man durch eine Reihe von Variablen der Persönlichkeit (...), des sozialen Umfeldes (...), vor allem durch das verfügbare Repertoire und die in der spezifischen Situation angewendeten Verarbeitungsstrategien zu erklären.“⁸³⁸ Das bedeutet, dass im Bereich der Krankheitsverarbeitung nicht mehr Intensität, Art und Häufigkeit von mehreren Stressperioden als entscheidend angesehen werden – es geht vielmehr darum, wie Personen ihre Belastungen wahrnehmen und schließlich bewältigen.⁸³⁹

Faller gibt eine Definition des Copingbegriffs, die seinen Inhalt auf den Punkt bringt und gleichzeitig den Begriff der Abwehr berücksichtigt, der jedoch in Kapitel 3.1.5 ausführlicher dargestellt wird. Danach umfasst Coping „... die Versuche des Individuums, die Belastungen der Erkrankung seelisch auszugleichen und zu meistern, um nach der emotionalen Krise wieder in ein Gleichgewicht zu kommen. Dabei spielen sowohl bewußte, auf die Realität gerichtete Handlungen eine Rolle als auch unbewußt ablaufende Manöver, die den Zweck haben, allzu belastende Emotionen abzumildern. Derartige Prozesse werden als Abwehrvorgänge bezeichnet. Der Betreffende macht dann den Eindruck, als wolle er den Ernst der Lage nicht nachvollziehen. Abwehrvorgänge einerseits und aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung andererseits greifen bei der seelischen Krankheitsverarbeitung ineinander. Manchmal ist es für den Betroffenen zunächst erforderlich, daß er seine Situation in einem rosigeren Licht sieht und bedrohliche Wahrnehmungen abwehrt. Diese oft automatisch und unbewußt ablaufende Strategie hat den Zweck, etwas Zeit und Distanz zu gewinnen. Später kann sich der Betroffene wieder realistischer mit seiner Situation auseinandersetzen und die Wahrnehmungsabwehr lockern. Abwehrmechanismen werden dann zunehmend durch Bewältigungsstrategien ersetzt.“⁸⁴⁰

Also ist Krankheitsverarbeitung beziehungsweise *coping with illness* als Gesamtheit aller Prozesse definiert, um Belastungen bestehender oder erwarteter Natur im Krankheitskontext aktional (durch Handeln), kognitiv (durch Gedanken) oder emotional aufzufangen, zu meistern oder sie auszugleichen.⁸⁴¹

⁸³⁸ Beutel 1988, S. 34

⁸³⁹ vgl. Beutel 1988, S. 2

⁸⁴⁰ Faller 1998, S. 35 f

⁸⁴¹ vgl. Muthny 1989, zitiert nach Faller 1998, S. 36

Nach der Darstellung dessen, was man unter dem Begriff ‚Coping‘ versteht, bleiben abschließend noch zwei Dinge zu klären.

Einmal sollte darauf hingewiesen werden, dass man zwischen *hilfreichem* und *schädlichem* Coping unterscheiden sollte – eine andere Frage ist die nach den *unterschiedlichen Arten* des Coping.

Hilfreiches und schädliches Coping bringt Broda (1990) in die Diskussion ein.

„Was postulieren die Vertreter der Lazarus-Gruppe seit mehr als 20 Jahren? Sehr einfach ausgedrückt könnte man sagen, daß die Bewältigung von Streß oder Belastung sehr stark von der subjektiven Einschätzung der Bedrohlichkeit und den eigenen Bewältigungsressourcen abhängt, und daß Bewältigung kein Zustand, sondern ein sich ständig in Einschätzung und Handlung gegenseitig beeinflussender Prozeß ist.“⁸⁴² Und weiter: „Ausgehend von der Auffassung, die sich in der Definition der Lazarus-Gruppe von Coping ausdrückt, daß jede Anstrengung, unabhängig von ihrem Erfolg, als Copingbemühung bezeichnet werden muß, stellt sich zunehmend die Frage, was als hilfreiches und was als schädliches Copingverhalten anzusehen ist.“⁸⁴³ Dabei scheint der Betrachterblickwinkel nicht ignoriert werden zu können, wenn man sich der Beantwortung dieser Frage nähern will.⁸⁴⁴ „Eng verbunden mit der Effektivität der Bewältigung, ist die Frage der Zielebene. Was für kurzfristige Ziele effektiv sein mag, kann langfristig schädlich sein (Verleugnung behandlungsbedürftiger Krankheitssymptome). Deswegen sollte immer genau spezifiziert werden, im Hinblick worauf eine Bewältigung beurteilt werden soll.“⁸⁴⁵

Widmet man sich dem zweiten angesprochenen Punkt und fragt nach den *Copingarten*, gilt, dass man zwischen zwei großen Coping-Kategorien unterscheiden kann. Diese umfassen

„a) Menschen, die in Streßsituationen nur sehr gering (-es, M. Hager), öfter gar kein Interesse für die problematischen Aspekte der Situation und ihrer Implikationen, zeigen. In der Regel neigen solche Menschen dazu, jegliche intensive, analytische Auseinandersetzung zu ver-

⁸⁴² Broda in Muthny 1990, S. 13

⁸⁴³ Broda in Muthny 1990, S. 18

⁸⁴⁴ vgl. Broda in Muthny 1990, S. 18

⁸⁴⁵ Broda in Muthny 1990, S. 19

meiden. Sie haben offenbar sogar eine deutliche ablehnende Haltung dagegen. Veränderungsmaßnahmen werden in der externalen Umwelt vorgenommen.

- b) Im Gegensatz dazu zeigen andere Individuen großen Drang zur aktiven Bewältigung der Streßsituation durch Veränderungen in der eigenen Einstellung und im eigenen Verhalten."⁸⁴⁶

Das erste Verhalten kann dabei ‚Ablehnung‘ bzw. ‚Defence‘, das zweite Verhalten ‚eigentliches Coping‘ genannt werden.⁸⁴⁷

„NITSCH (1981) bevorzugt die Bezeichnungen Meidung und Verarbeitung. Zur Meidung gehören Verdrängung und Ablenkung, zur Verarbeitung gehören Klärung und Umbewertung."⁸⁴⁸

Generell gilt also: „Die Effektivität der mannigfaltigen Copingstrategien der Menschen ist sehr unterschiedlich. Sie hängt von vielen und komplexen Faktoren ab, die sowohl in den vorgegebenen Umweltbedingungen, wie in der konstitutionellen Disposition, die der Persönlichkeit, in der biologischen Verfassung und in der psychischen Befindlichkeit zu finden sind.“⁸⁴⁹

Zwar ist das Ziel dieses Abschnitts nicht, Copingstrategien negativ zu kritisieren – dieses Vorhaben wird erst in Abschnitt 3.2.3 in die Tat umgesetzt. Dennoch muss an dieser Stelle bereits Kritik geäußert werden, weil sich in der folgenden Aussage wieder zeigt, dass Krankheit für die Medizin *nur Störfall* ist.

Die Ineffizienz einiger der genannten Strategien „... wird dadurch erklärt, daß sie keine Bewältigung der Streßsituation erzielen, sondern lediglich ihre Behebung. Zu den bekanntesten solcher Copingmechanismen gehört die Einnahme von Medikamenten, u. a. von Psychopharmaka (...).“⁸⁵⁰

Dass diese Aussage in einer Dissertation zur Erlangung eines Dokortitels der Philosophie nachzulesen ist, verwundert nicht – würde doch eine medizinische Arbeit die Einnahme von

⁸⁴⁶ Vasconcellos 1985, S. 65

⁸⁴⁷ vgl. Vasconcellos 1985, S. 65

⁸⁴⁸ vgl. Nitsch 1981, zitiert nach Vasconcellos 1985, S. 65

⁸⁴⁹ Vasconcellos 1985, S. 66

⁸⁵⁰ vgl. Laux & Vossel 1982, Nitsch 1981, zitiert nach Vasconcellos 1985, S. 66

Medikamenten als Coping-Strategie mit großer Wahrscheinlichkeit anerkennen. „Diese⁸⁵¹ Auffassung von Coping beinhaltet die Vorstellung des Organismus als eine Maschine. Krankheiten oder Streßsymptome werden als ‚Panne‘ betrachtet, die durch Eingabe chemischer Mittel sofort behoben werden sollen.“⁸⁵² Dabei ist psychologische Stresskontrolle in diesem Zusammenhang besser als biologische, weil man Signale der Ankündigung wahrnehmen und Maßnahmen der Bewältigung in Gang setzen kann, und zwar bevor der Stressor den physikalischen Organismus erreicht hat.⁸⁵³

Am Ende des Abschnitts bietet sich nun noch ein zusammenfassender Überblick bezüglich der Copingforschung mit dem aktuellen Interesse dieser Herangehensweise an das Thema ‚Krankheit und Biographie im medizinischen Kontext‘ an.

Dabei gilt, dass es innerhalb der „... sozialpsychologischen Theoriebildung ... es vor allem Attributions- und Kontrolltheorien (...) (waren, M. Hager), die einen starken Einfluß auf die Coping-Forschung ausübten. Die Attributionstheorie ... befaßt sich mit ‚naiver Psychologie‘ (Heider), mit Verhaltens- und Ereigniserklärungen, wie sie der ‚Mann auf der Straße‘ vornimmt. Dieser ‚naive Psychologe‘ stellt analog dem Wissenschaftler Hypothesen über die Ursachen von Ereignissen auf und versucht, diese anhand empirischer Erfahrung zu überprüfen: Attributionen sollen dem Individuum dazu dienen, die Kontrollierbarkeit seiner Umgebung zu erhöhen.“⁸⁵⁴ Außerdem haben sich „Attributions- und Kontrolltheorien ... vor allem auch deshalb sehr fruchtbar auf die Krankheitsbewältigungsforschung ausgewirkt, weil sie es ermöglichen, die im Erleben vieler Kranker wichtigen Fragen von Verantwortung und Schuld zu konzeptualisieren. Erklärungsbedürftig schien nämlich der Befund, daß Kranke dazu neigen, ihren eigenen Beitrag zur Entstehung einer Krankheit zu überschätzen.“⁸⁵⁵ So erkannte man beispielsweise, dass die Krankheitsverarbeitung von Patientinnen mit Brustkrebs ungünstig verläuft, wenn anderen Menschen die Schuld zugeschoben wird.⁸⁵⁶ Die Selbstbeschuldigung könnte ihre Funktion somit darin haben, zumindest rückblickend das Erleben von Kontrolle zu ermöglichen, um dem Ereignis aus der Retrospektive Sinn zusprechen zu können.⁸⁵⁷

⁸⁵¹ hier beschränkt sich Vasconcellos auf Situationen, in denen Medikamente gegeben werden, wohingegen in dieser Arbeit die Meinung vertreten wird, dass die Medizin Krankheiten generell als Störfall versteht – und nicht nur dann, wenn Medikamente gegeben werden

⁸⁵² Vasconcellos 1985, S. 67

⁸⁵³ vgl. Vasconcellos 1985, S. 69

⁸⁵⁴ Faller 1990, S. 17

⁸⁵⁵ Faller 1990, S. 17

⁸⁵⁶ vgl. Taylor und andere 1984, zitiert nach Faller 1990, S. 18

⁸⁵⁷ vgl. Thompson 1981, zitiert nach Faller 1990, S. 18

Neben den Attributions- und Kontrolltheorien existiert noch die psychoanalytische Abwehrtheorie, die jedoch im folgenden Abschnitt behandelt wird; kognitiv-emotionale Stressbewältigungsmodelle wurden am Beispiel von Lazarus bereits dargestellt. Sein Modell betont – wie bereits erwähnt – „... die Situationsgebundenheit und Kontextabhängigkeit von Bewältigungsprozessen. Streß ist durch eine Transaktion gekennzeichnet, in der die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit eines Individuums beanspruchen oder übersteigen.“⁸⁵⁸ „Bewältigung wird definiert als diejenigen ‚Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten fertigzuwerden (d. h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren, zu minimieren), die die Fähigkeit einer Person beanspruchen oder übersteigen‘ (...).“⁸⁵⁹

Schließlich folgen viele Autoren der Unterscheidung zwischen Coping und Abwehr *nicht* und denken somit in integrativen Coping-Modellen.⁸⁶⁰

Der Abschnitt hat gezeigt und begründet, warum das Interesse an der Copingforschung immer größer wird. Die Forschung ist hierbei trotz konzeptionellen Problemen bereits in eine neue Phase eingetreten, denn nun will man mit Längsschnittstudien klären, wie Krankheitsbewältigung über die Zeit hinweg verläuft und natürlich auch, wie man therapeutischen Einfluss auf sie nehmen kann. Dies ist eine Weiterentwicklung im Gegensatz zur früheren Forschung, die mittels Querschnittstudien den statistischen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Variablen und Konzepten klären wollte.⁸⁶¹

Lediglich durch das neuere Vorgehen können folgende Fragen geklärt werden:⁸⁶²

- Welche Stabilität zeigt die Krankheitsbewältigung im Verlauf?
- Beeinflusst die aktuelle Situation oder etwa ein stabiler Faktor – wie die Persönlichkeit – die Krankheitsbewältigung stärker?
- Wie wird der Krankheitsverlauf durch die Krankheitsbewältigung beeinflusst?
- Gibt es eher günstige und eher ungünstige Krankheitsbewältigungsformen?⁸⁶³

⁸⁵⁸ vgl. z. B. Lazarus & Folkman 1984, zitiert nach Faller 1990, S. 26

⁸⁵⁹ Lazarus & Launier 1978, dt. 1981, zitiert nach Faller 1990, S. 26

⁸⁶⁰ vgl. Faller 1990, S. 27

⁸⁶¹ vgl. Schüßler & Leibing in Schüßler & Leibing 1994, S. 9

⁸⁶² vgl. Schüßler & Leibing in Schüßler & Leibing 1994, S. 9

⁸⁶³ vgl. Schüßler & Leibing in Schüßler & Leibing 1994, S. 9

„Hierauf aufbauend ergibt sich letztendlich die Kardinalfrage:

- ‚Wie kann die Krankheitsbewältigung psychotherapeutisch zum Nutzen des Patienten beeinflusst werden?‘⁸⁶⁴

Somit zeigt sich zum Glück der Trend, wenigstens in der neueren Forschung den Patienten stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Und trotzdem haftet an der medizinischen Wissenschaft hartnäckig das Charakteristikum, dass sie Krankheit allgemein *nur* als Störfall versteht, der mittels Bewältigungsprozessen – seien sie eher psychotherapeutisch oder doch pharmakologisch – *wieder aus dem Leben zu verschwinden hat, weil er stört*.

Am Beispiel des Herzinfarktes soll diese Einstellung zum Ende des Abschnittes noch einmal deutlich hervorgehoben werden:

„Ein Herzinfarkt ist zunächst eine biographische Krise, die den (scheinbar) normalen Gang des Lebens unterbricht. Für die Betroffenen ist es jedoch mit der Bewältigung der akuten Krise nicht getan. Ein Herzinfarkt bedeutet für viele Kranke darüberhinaus, daß eine unveränderte Fortsetzung des bisherigen Lebensentwurfes nicht ohne weiteres möglich ist. Im akuten Ereignis des Herzinfarktes manifestiert sich häufig zum ersten Mal die zugrundeliegende koronare Herzkrankheit, eine chronische Erkrankung, die dem Koronarpatienten auf lange Sicht Anpassungsleistungen abnötigt.“⁸⁶⁵

⁸⁶⁴ Schübler & Leibing in Schübler & Leibing 1994, S. 9

⁸⁶⁵ Faller 1990, S. 10

3.1.5 Exkurs. Die psychoanalytische Abwehr

Das Konzept der psychoanalytischen Abwehr muss bei der Darstellung von Coping-Prozessen immer mitgedacht werden.

Man kann Abwehrprozesse und Coping als Teil übergeordneter Anpassungs- und Bewältigungsprozesse verstehen. Nach Schüßler und Leibing ist jedoch nicht geklärt, inwieweit Abwehr und Coping unterschiedliche oder ähnliche Dinge einschließen.⁸⁶⁶

Nach Heim existiert zwar eine Dichotomie „... zwischen Abwehrmechanismen (als unbewußt-rigide-pathologisch) und Copingverhalten (als bewußt-flexibel und adäquat) ...“⁸⁶⁷ Er schätzt sie aber als eher nicht hilfreich ein, weil immer bewusste und unbewusste Komponenten am Prozess der Krankheitsbewältigung beteiligt sind.⁸⁶⁸

Nach Schüßler und Leibing verhalten sich beide Modelle derart zueinander, „... daß Abwehr (als überwiegend unbewußter Prozeß) und Coping (als vorbewußt/bewußt kognitives Geschehen) Teile eines komplexen affektiv-kognitiven Regulationssystems sind.“⁸⁶⁹

Freud grenzt die Verdrängung von der Abwehr ab. Abwehr ist demnach als übergeordneter Begriff verstanden, Verdrängung hingegen als spezieller Abwehrmechanismus. Freud sagt, dass Abwehr „... die allgemeine Bezeichnung für alle die Techniken sein soll, denen sich das Ich in seinen eventuell zur Neurose führenden Konflikten bedient, während Verdrängung der Name einer bestimmten solchen Abwehrmethode bleibt, die uns infolge der Richtung unserer Untersuchungen zuerst besser bekannt geworden ist.“⁸⁷⁰

Schon früher, nämlich 1894, definierte Freud erstmals „... Abwehr als Abweisung oder Fernhalten von Vorstellungen und Affekten vom Bewußtsein, die für das Ich peinlich oder unerträglich sind. Dabei begriff er Affekte als Reaktion auf oder Erinnerung an ein äußeres traumatisches Ereignis (z. B. sexuelle Verführung in der Kindheit). Die affektiv geladenen, angestauten Erinnerungen wurden als unvereinbar mit dem Bewußtsein abgewiesen, und an ihre Stelle traten in einigen

⁸⁶⁶ vgl. Schüßler & Leibing in Muthny 1990, S. 121

⁸⁶⁷ vgl. Heim 1979, zitiert nach Schüßler & Leibing in Muthny 1990, S. 122

⁸⁶⁸ vgl. Heim 1979, zitiert nach Schüßler & Leibing in Muthny 1990, S. 122

⁸⁶⁹ Schüßler & Leibing in Muthny 1990, S. 127

⁸⁷⁰ Freud 1978, S. 73 (Original 1926)

Fällen (z. B. hysterische) Symptome. Für diesen Vorgang der aktiven Abweisung unakzeptabler Erinnerungen und Vorstellungen gebrauchte Freud in der Folgezeit *Verdrängung* als Überbegriff.⁸⁷¹

Im Rahmen der von Freud weiterhin entwickelten psychoanalytischen Trieblehre, die auch deswegen entstand, weil Patientinnen von Freud weniger an Erinnerungen realer Traumaereignisse als an Phantasien litten, wurde aus Abwehr nun die *Triebabwehr*, die dazu diente, innere Konflikte, welche durch dem Bewusstsein fremde und triebesetzte Erinnerungen oder Phantasien hervorgerufen wurden, nicht ins Bewusstsein gelangen zu lassen.⁸⁷²

„Dieser Abwehrbegriff wurde wiederum erweitert, als Freud (1923) das psychoanalytische Instanzen- oder Strukturmodell entwickelte. Das Ich wurde zum Organisator seelischer Vorgänge und konnte nunmehr als Vermittlungsinstanz zwischen Ansprüchen von Es, Über-Ich und Realität Abwehrtätigkeiten durch ein Angstsignal einleiten.“⁸⁷³

Die Ich-Psychologie hat den Gegenstand der Abwehr um Gewissensforderungen sowie äußere Gefahren erweitert.⁸⁷⁴

„Im Zuge der Entwicklung der Selbst- und Objektbeziehungspsychologie wurde der Inhaltsbereich der Abwehr wiederum erweitert um die Regulation von Wohlbefinden, Sicherheit und narzißtischem Gleichgewicht.“⁸⁷⁵

Und weiter: „*Interpersonelle* Dimensionen von Abwehrmechanismen wurden relativ spät als psychosoziale, interpersonelle Abwehr, bzw. soziale Anpassung formuliert (vgl. Mentzos 1977).“⁸⁷⁶

In Arbeiten neueren Datums „... ist der Begriff des *Abwehrmechanismus* (mit seinen Implikationen wie maschinenanalogem, vorhersehbarem Funktionsablauf oder struktureller intrapsychischer Verankerung) zunehmend problematisiert worden.“⁸⁷⁷

⁸⁷¹ Beutel in Muthny 1990, S. 1

⁸⁷² vgl. Beutel in Muthny 1990, S. 1 f

⁸⁷³ Beutel in Muthny 1990, S. 2

⁸⁷⁴ vgl. Beutel in Muthny 1990, S. 2

⁸⁷⁵ Beutel in Muthny 1990, S. 2

⁸⁷⁶ Beutel in Muthny 1990, S. 2

⁸⁷⁷ Beutel in Muthny 1990, S. 2

Beispielsweise verstehen Lichtenberg und Slap „... unter dem erweiterten Konzept der *Abwehrorganisation* ein mehr oder minder kohärentes, integriertes und flexibles affektiv-kognitives Regulationssystem, das im Sinne einer problemlösenden Instanz die intrapsychische Balance angesichts innerer Konfliktsituationen sichert.“⁸⁷⁸

Weil jedoch eine Definition und Abgrenzung verschiedener Abwehrmechanismen äußerst kompliziert ist, die Anzahl der Abwehrformen gestaltet sich bei verschiedenen Autoren unterschiedlich⁸⁷⁹, soll in diesem Zusammenhang nicht vertieft auf dieses komplexe Feld eingegangen werden, weil es den Rahmen dieses Exkurses sprengen würde; lediglich ein knapper Überblick erscheint hier sinnvoll:

„Insgesamt werden 27 Abwehrmechanismen benannt. Die Häufigkeit der Nennungen⁸⁸⁰ zeigt, dass 2 Gruppen klar unterschieden werden können:

- (1) **Abwehrmechanismen, die allgemein, d. h. von mehr als 50 % der Autoren, akzeptiert werden.** Die Häufigkeit der Nennungen liegt zwischen 9 (...) und 17 (...). Diese umfassen die 12 Abwehrmechanismen (7 von S. Freud 1978): **Verdrängung, Verschiebung, Regression, Ungeschehenmachen, Isolierung, Reaktionsbildung und Projektion.** Hinzu kommen **Introjektion, Verleugnung, Intellektualisierung, Rationalisierung und Identifikation.**
- (2) Eine Gruppe von mehr oder minder **idiosynkratischen Abwehrmechanismen**, die zumeist nur von einem (z. B. Idealisierung) bis maximal 6 Autoren (Verkehrung ins Gegenteil) genannt werden.“⁸⁸¹

Insgesamt gilt, dass die psychoanalytische Abwehrtheorie als weitere Wurzel der Coping-Forschung verstanden werden kann.⁸⁸²

Dabei bezeichnet die Abwehrtheorie „... die Gesamtheit der unbewußten Versuche zur Verringerung von Angst und anderen unlustvollen Affekten wie Schmerz, Kränkung, Scham und Schuld, d. h. Gefühlen, die das Selbstwertgefühl mindern.“⁸⁸³

⁸⁷⁸ vgl. Lichtenberg & Slap 1971, zitiert nach Beutel in Muthny 1990, S. 2 f

⁸⁷⁹ vgl. Beutel 1988, S. 25

⁸⁸⁰ vgl. Tabelle zur Übersicht der Abwehrmechanismen in Beutel, M. (1988), S. 26 ff)

⁸⁸¹ Beutel 1988, S. 30

⁸⁸² Faller 1990, S. 24

⁸⁸³ Faller 1990, S. 24

Interessant ist, dass nach neuerer psychoanalytischer Auffassung die Abwehr quasi als Ich-Leistung normalpsychologischer Art verstanden wird – eine Sichtänderung, die dieses Konzept den Anpassungsmechanismen nicht grundsätzlich entgegenstellt.⁸⁸⁴ „...; entgegen der verbreiteten negativen Bewertung von Abwehr wird betont, daß Abwehr ubiquitär und für die Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit unerlässlich sei.“⁸⁸⁵

Und weiter: „Der Abwehrmechanismus der ‚Verleugnung‘ wurde ... hauptsächlich bei Tumorkranken untersucht. Es wurde deutlich, daß die Abwehrstrategie der Verleugnung im interaktionellen Kontext betrachtet werden muß: Zum Beispiel kann eine abrupte Aufklärung über die Tumordiagnose, die die Verarbeitungsmöglichkeiten des Kranken überfordert, zunächst mit einer weitgehenden Verleugnung der mitgeteilten Information beantwortet werden. Zu einem späteren Zeitpunkt kann sich der Kranke dann unter bestimmten förderlichen Bedingungen möglicherweise Schritt für Schritt mit der in seiner Krankheit liegenden Todesdrohung konfrontieren.“⁸⁸⁶

Krankheitsbewältigung (Coping) ist also in seiner Gesamtheit als Versuch des Menschen zu verstehen, „... die Belastungen der Erkrankung seelisch auszugleichen und zu meistern, um nach der emotionalen Krise wieder in ein Gleichgewicht zu kommen. Dabei spielen (also immer, M. Hager) sowohl bewußte, auf die Realität gerichtete Handlungen eine Rolle als auch unbewußt ablaufende Manöver, die den Zweck haben, allzu belastende Emotionen abzumildern. Der Betreffende macht dann⁸⁸⁷ den Eindruck, als wolle er den Ernst der Lage nicht nachvollziehen. Abwehrvorgänge einerseits und aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung andererseits greifen bei der seelischen Krankheitsverarbeitung ineinander. Manchmal ist es für den Betroffenen (wie bereits erwähnt, M. Hager) zunächst erforderlich, daß er seine Situation in einem rosigeren Licht sieht und bedrohliche Wahrnehmungen abwehrt. Später kann sich der Betroffene wieder realistischer mit seiner Situation auseinandersetzen und die Wahrnehmungsabwehr lockern. Abwehrmechanismen werden dann zunehmend durch Bewältigungsstrategien ersetzt.“⁸⁸⁸

⁸⁸⁴ vgl. Hoffmann 1987, Steffens & Kächele 1988, zitiert nach Faller 1990, S. 25, Rüger und andere 1990, zitiert nach Faller 1998, S. 37

⁸⁸⁵ Faller 1990, S. 25

⁸⁸⁶ Faller 1990, S. 25

⁸⁸⁷ beim Einsatz von Abwehrprozessen

⁸⁸⁸ Faller 1998, S. 35 f

Auf den Punkt gebracht gilt somit folgende Unterscheidung zwischen Coping- und Abwehrbegriff:

Während das Coping-Modell aus der Ecke der Stressforschung kommt, ist das Modell der Abwehr auf die Psychoanalyse zurückzuführen. Copingprozesse dienen der Realitätsbewältigung, sichern die Anpassung eines Individuums an die Realität und laufen in der Regel bewusst ab, Abwehrmechanismen hingegen haben das Ziel, bedrohliche Emotionen und Phantasien im Unbewussten zu lassen, um so die Ich-Funktionsfähigkeit sicherzustellen. Abwehrmechanismen erfolgen dabei unbewusst.⁸⁸⁹

„Abwehr, kurzfristig und vorübergehend als Notfallreaktion eingesetzt, ermöglicht langfristig situationsangemessenes Coping.“⁸⁹⁰

⁸⁸⁹ vgl. Faller 1998, S. 37

⁸⁹⁰ Faller 1998, S. 37 f

3.1.6 Zusammenfassung

Der erste Teil des dritten, hier vorliegenden Kapitels hat Krankheit aus Sicht der Medizin dargestellt.

Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Krankheit innerhalb der Humanmedizin als *Störfall*, *als kritisches Lebensereignis* betrachtet wird, der bzw. das beispielsweise selbst durch kritische Lebensereignisse begünstigt oder gar hervorgerufen wird. (Im zweiten Kapitel wurde ausführlich über die ‚Herzneurose‘ als *Folge kritischer Lebensereignisse und Lebensumstände* berichtet).

Die Medizin versucht dann, diesem Störfall einen *möglichst genauen Namen* zu geben, um durch die *so erfolgte Einordnung in die modernen Klassifizierungssysteme* (am Beispiel der Herzneurose wurde im zweiten Kapitel in extenso die Unmöglichkeit dieses Versuchs gezeigt) eine *Therapie* zu ermöglichen, die sowohl *pharmakologisch* als auch *psychotherapeutisch* möglichst exakt als *Antwort auf den Störfall Krankheit* verstanden werden will.

Sämtlicher *Umgang* mit den Störfällen, also auch ihre Medikation, kann als *Coping* interpretiert werden, das sich damit beschäftigt, wie man mit dem Störfall *umgeht*, wie man ihn *bewältigt*.

Der zweite Teil des vorliegenden Abschnitts wird darlegen, warum diese Sichtweise, die in der Medizin *völlig berechtigt* vertreten wird, *insgesamt* jedoch zu einseitig ist, weil der *Patient als Subjekt* im Gegensatz zu mannigfaltigen anderen Überlegungen und Diskussionen ausgeblendet wird.

3.2 Die Erweiterung(-sbedürftigkeit) der medizinischen Perspektive – Krankheit unter biographischem Aspekt

Mit diesem Abschnitt beginnt das eigentliche Anliegen der vorliegenden Arbeit.

Wurde bisher in ausführlicher Weise die medizinische Herangehensweise an *Krankheit als Störfall im Leben* dargestellt, soll an dieser Stelle ein Perspektivenwechsel vollzogen werden, der diese Sichtweise grundlegend ergänzen und ihre Mängel aufzeigen soll.

Dabei wird der *Patient als Krankheit erlebendes Subjekt* in den Vordergrund gestellt, weil nur durch die Beleuchtung des *Erlebens von Krankheit aus subjektivem Blickwinkel* Krankheit, in diesem Fall die ‚Herzneurose‘, zu einem ‚besseren‘, nämlich anderen Verstehen gebracht werden kann, was in letzter Konsequenz dem Patienten, der an dieser Erkrankung leidet, wesentlich gerechter wird, denn nun kommt der Betroffene selbst zur Sprache und kann erzählen, wie sich die Störung im biographischen Kontext auswirkt.

Dieses Vorhaben wird deswegen möglich, weil hier die *Krankenbiographie* und nicht nur die *anamnetische Krankheitsgeschichte* zur Sprache kommt.

Bevor aber weitere Einzelheiten erläutert werden, sollen einige grundsätzliche Gedanken der Einleitung dieses Abschnitts dienen.

Angenehm anders hört sich Hanses' Aussage an, Biographien seien ‚in‘.⁸⁹¹

„Kürzer und prägnanter ließe sich die Aktualität des Biographischen in unserer Kultur kaum ausdrücken. Die stetig steigende Anzahl biographischer Romane und autobiographischer Schriften dokumentieren nur zu gut das wachsende Interesse an den Lebensgeschichten und den Lebensschicksalen anderer Menschen.“⁸⁹²

Der Autor begründet dieses Interesse aus einer soziologischen Sicht heraus, indem er die Auflösung tradierter Lebenswelten im Bereich der Arbeit, der Familie oder der Religion dafür

⁸⁹¹ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 105

⁸⁹² Hanses in Janz 1999, S. 105

verantwortlich macht, dass Identität immer mehr durch eine Vergegenwärtigung der persönlichen Biographie zu gewährleisten ist.⁸⁹³

„In diesem Sinne *haben* wir nicht nur unsere Biographie, sondern stehen unter dem gesellschaftlichen wie persönlichen *Zwang* Biographie unermüdlich zu *erzeugen*.“⁸⁹⁴

Diese zunächst als Freiheit erlebbare Möglichkeit, das Leben selbst quasi nach dem je individuellen Geschmack zu konstruieren, beinhaltet aber gerade wegen dieser Offenheit immer auch die Möglichkeit, persönlich zu scheitern – und in diesem Zusammenhang ist ganz besonders Krankheit dazu ‚geeignet‘, das persönliche Lebenskonzept in Frage zu stellen.⁸⁹⁵

„Sicher geglaubte Lebensperspektiven zerrinnen und bedürfen einer neuen biographischen Umorientierung. So ist es nicht verwunderlich, daß in dem Gesundheitsbereich biographische und autobiographische Schriften sich ebenfalls einer immer größer werdenden Beliebtheit erfreuen. Die steigende Anzahl von Selbstzeugnissen erkrankter Menschen, ihren LebenspartnerInnen oder Eltern kranker Kinder über den Umgang und das Leben mit Krankheit (...) sowie die Popularität von ‚einfühlsamen‘ Falldarstellungen aus der Feder von Experten, ... belegen sehr deutlich das Interesse an einer Auseinandersetzung über die Lebensgeschichte erkrankter Menschen.“⁸⁹⁶

Und weiter: „Es wird offensichtlich, daß ein großer Bedarf besteht über die symptombezogene Fachkompetenz der Medizin hinaus, in dem Spiegel der anderen einen Austausch und Reflexion über das Leben mit Krankheit zu erhalten. Krankheit verbleibt in den (auto-)biographischen Thematisierungen nicht in der Erörterung des kranken Organs, sondern sie wird aus dem Kontext der Lebensgeschichte vorgestellt.“⁸⁹⁷

Dass aber gerade an dieser Stelle die heftige Kritik aus anderen Wissenschaftsbereichen geäußert wird, ‚(Auto-)Biographien seien unwissenschaftlich‘, ist bedauerlich und wird in Kapitel vier ausführlich diskutiert und widerlegt.

⁸⁹³ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 105

⁸⁹⁴ vgl. Beck & Ziegler 1997, zitiert nach Hanses in Janz 1999, S. 105

⁸⁹⁵ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 105

⁸⁹⁶ Hanses in Janz 1999, S. 105

⁸⁹⁷ Hanses in Janz 1999, S. 105 f

Wie also aus den zitierten Aussagen bereits deutlich hervorgeht, wird in der Soziologie das Thema ‚Biographie‘ seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts immer wichtiger.⁸⁹⁸

Und auch Hildenbrand gibt eine Erklärung für dieses Phänomen ab; es resultiere aus dem „... Unbehagen an den quantifizierenden Verfahren der soziologischen Lebenslaufforschung, die die Sinnkonstruktion der Handelnden nicht zu erfassen vermögen, und parallel dazu die Rückbesinnung auf alte interpretative und hermeneutische Tradition in der deutschen Soziologie. Ein weiterer Grund sei zu suchen in der Hoffnung, mit Hilfe der holistisch ansetzenden biographischen Methode Handlung und System, Individuum und Gesellschaft in eins erfassen zu können. Schließlich wird die deutsche Geschichte des 20. Jahrhunderts mit ihren zahlreichen Umbrüchen, welche insbesondere aus der Sicht der Handelnden biographische Selbstvergewärtigung erzwingen, für das neuerwachte Interesse an der biographischen Methode, besonders in der Bundesrepublik Deutschland, verantwortlich gemacht.“⁸⁹⁹

In den Fokus rückt die Biographieforschung aber auch deshalb, weil sich die von der Gesellschaft diktierten Lebenslaufmuster zunehmender Fragwürdigkeit gegenübergestellt sehen, wohingegen einer subjektiven Biographiekonstruktion immer größere Bedeutung beigemessen wird.⁹⁰⁰ „Die individuelle Biographie wird damit als Schauplatz unterschiedlicher gesellschaftlicher Realitäten gesehen, wobei die Fragestellung der interpretativen Sozialforschung sich darauf bezieht, wie unter gegebenen historischen Bedingungen Individuen Biographie konstruieren bzw. eine sinnhafte biographische Konsistenz, man kann auch sagen: eine biographische Normalisierung zustande bringen.“⁹⁰¹

Aber nicht nur die Soziologie interessiert sich (zunehmend) für Biographien. Auch die „... Psychoanalyse hat in Theorie und Praxis die Lebensgeschichte in ihr Lehrgebäude integriert. ...; neurotische Störungen werden als Fixierungen in bestimmten Entwicklungsphasen der frühen oder späten Kindheit beschrieben.“⁹⁰² Dabei gilt, dass Autobiographien „... höchst subjektive Spiegelungen eines Zeitalters (sind, M. Hager), zugleich aber solche, die Zusammenhänge erst deutlich machen.“⁹⁰³

⁸⁹⁸ vgl. Hildenbrand in Blankenburg 1989, S. 47

⁸⁹⁹ Hildenbrand in Blankenburg 1989, S. 47

⁹⁰⁰ vgl. Hildenbrand in Blankenburg 1989, S. 47

⁹⁰¹ Hildenbrand in Blankenburg 1989, S. 48

⁹⁰² Bräutigam in Blankenburg 1989, S. 24

⁹⁰³ Bräutigam in Blankenburg 1989, S. 24

Und weiter: „Im ... Selbstverständnis psychoanalytischer Therapien zeichnen sich im Hinblick auf die Lebensgeschichte zwei Richtungen ab: Die erste betont allgemein die Realität traumatisch wirkender Vorkommnisse. Im Unbewussten verankerte Geburtstraumata, frühe Beziehungsstörungen, falsch gelenkte Separationserfahrungen, fehlendes ‚holding‘ und ‚handling‘, mangelnder Glanz im Auge der Mutter werden naturalistisch als ursächlich determinierende Geschehnisse verstanden. Ja, es wird beim Vorliegen neurotischer, psychotischer oder psychosomatischer Störungen nicht selten notwendig auf Fehlverhalten der Erziehenden zurückgeschlossen.“⁹⁰⁴

„Dem steht ein Lager gegenüber, das daran festhält, die Geschehensverarbeitung wie auch die individuelle Rückschau impliziere persönlichkeits-eigentliche Verarbeitungen realer Gegebenheiten. Bei neurotischen und psychosomatischen Entwicklungen handle es sich jeweils um eigenwillige Sinnentnahmen äußerer Geschehnisse.“⁹⁰⁵

Würde also ein Patient dazu tendieren, „...sich ständig im Gegenwärtigen aufzuhalten, wäre dies als Widerstand zu sehen, sich mit belastenden Erinnerungen der Vergangenheit zu befassen. Übertragungsphänomene werden daraufhin betrachtet, was sie zur Erkenntnis der vergangenen biographischen Beziehungskonstellationen und der mit ihnen verbundenen Erlebnisse beitragen.“⁹⁰⁶

Bezüglich der Psychoanalyse gilt somit, dass jede Behandlung von Störungen neurotischer Art hier unbedingt lebensgeschichtlich begründet sein muss, während die Verhaltenstherapie davon ausgeht, dass die Therapie von Neurosen mit Gewohnheiten zu tun hat, die in der Gegenwart vorhanden sind; hierbei ist die lebensgeschichtliche Entwicklung relativ unwesentlich.⁹⁰⁷

In Ergänzungsabsicht sei darauf hingewiesen, dass auch die klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Rogers die Meinung vertritt, dass lebensgeschichtliche Aspekte im Hinblick auf die Therapie irrelevant sind.⁹⁰⁸

⁹⁰⁴ Bräutigam in Blankenburg S. 25

⁹⁰⁵ vgl. Straus 1930, zitiert nach Bräutigam in Blankenburg 1989, S. 25

⁹⁰⁶ Lang in Blankenburg 1989, S. 29

⁹⁰⁷ vgl. Eysenck & Rachman 1968, zitiert nach Lang in Blankenburg 1989, S. 19

⁹⁰⁸ vgl. Lang in Blankenburg 1989, S. 19

Nachdem das Verhältnis von Soziologie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie zu Biographien erklärt ist, gilt festzuhalten, dass auch die *Psychologie* ein Interesse an Biographien hat, wenn auch anders gelagert als es in dieser Arbeit verstanden wird. Trotzdem gilt: „Das Interesse an der Biographie hat in der Psychologie eine respektable Tradition.“⁹⁰⁹

Die Euphorie bezüglich der Biographie hat aber leider in die Medizin noch keinen Einzug gehalten.

„Ein ... Vorschlag sollte unbedingt in das ... Medizinstudium Eingang finden (...)“⁹¹⁰: die *Erhebung biographischer Anamnesen* vom ersten Tag des Studiums an.“⁹¹¹

Wäre dies der Fall, würde „... die ‚materialistisch-mechanische Formwelt‘ der ... Medizin eher ‚durchstoßen‘, als wenn er (der Medizinstudent, M. Hager) sich auf die biomedizinischen und pathophysiologischen Fakten der Diagnostik und Therapie beschränkt und deren Kenntnisse anhand der ihm auferlegten Gegenstandskataloge büffelt.“⁹¹²

Dieses biographische Element nämlich „... verkörpert die *Wirklichkeit, das Hier und Jetzt des Krankseins und der Krankheit* im Sinne der *untrennbaren Zeiteinheit* von Vergangenheit, Gegenwart und *Zukunft*.“⁹¹³

Die Frage für die biographische Medizin nämlich lautet: „Gehört die biographische Wirklichkeit des Menschen in einem mehr oder weniger umfassenden Sinn zu den *Entsteh- oder Verschwindbedingungen der Krankheit?*“⁹¹⁴

„Das, was in der Psychiatrie immer wieder zu gelingen scheint, daß sich zwischen der Lebensgeschichte des Kranken und der Geschichte seiner Krankheit irgendein innerer, sei es sinngebender, sei es das Sinnlose erklärender Bezug herstellen läßt, scheint – jedenfalls auf den ersten Blick – für die innere Medizin nicht zuzutreffen. Hier haben wir den reinen Organbefund im Auge, den es zu bessern oder mit entsprechenden medizinischen Eingriffen und Medikamen-

⁹⁰⁹ Bühler in Blankenburg 1989, S. 29

⁹¹⁰ vgl. Jacob 1984, zitiert nach Jacob in Blankenburg 1989, S. 11 f

⁹¹¹ Jacob in Blankenburg 1989, S. 12

⁹¹² Jacob in Blankenburg 1989, S. 12

⁹¹³ Jacob in Blankenburg 1989, S. 12

⁹¹⁴ vgl. v. Weizsäcker 1952, zitiert nach Jacob in Blankenburg 1989, S. 12

ten möglichst rasch zu beseitigen gilt, selbst wenn wir nicht wissen, was chronisches Kranksein oder was eine Irreversibilität des Krankheitsprozesses bis hin zum Tode in dem Kranken bewirkt oder was die *Werte* in der Lebenszeit *dieses* Menschen in Hinsicht auf *seinen* Leib und auf *sein* Leben überhaupt ausmachen.“⁹¹⁵

Und mit der Aussage, man tue beispielsweise dem an Krebs Erkrankten bitteres Unrecht, wenn nur der Organbefund betrachtet, wohingegen der biographische Stellenwert seiner Erkrankung in der Bedeutung für den Patienten ausgeklammert wird, bringt Jacob das Dilemma auf den Punkt!⁹¹⁶ „... und das gilt mutatis mutandis zunächst für alle bedrohlichen Erkrankungen ...“⁹¹⁷

Die vorliegende Arbeit geht weiter und unterstellt, dass nicht nur die lebensbedrohlichen Krankheiten eine genaue Betrachtung ihres Stellenwertes in der Bedeutung für den Patienten verdienen, weil Krankheit nicht nur *Störfall*, sondern immer auch *Bildung* ist: „Bildung – das ist der Gang meines Lebens, meine persönliche Biographie, unter dem Gesichtspunkt betrachtet, was ich aus meinem Leben gemacht habe bzw. was es aus mir gemacht hat.“⁹¹⁸

An dieser Stelle soll noch nicht näher auf das Interesse der Erziehungswissenschaft an Krankheiten eingegangen werden; eine vertiefte Darstellung findet der Leser in Kapitel 3.2.4.

Dennoch wird bereits anhand dieses ‚Schlüsselzitates‘ deutlich, wohin der weitere Inhalt der Arbeit laufen wird: Krankheit wird unter dem Gesichtspunkt der *persönlichen Biographie des Betroffenen* betrachtet, weil anhand eines ausführlichen Interviewmaterials untersucht werden soll, wie ein Betroffener *mit einer Krankheit lebt, wie er sie erlebt, weil auch Krankheit bildende Aspekte hat*.

Und hier liegt gleichzeitig das pädagogische Interesse an Krankheiten begründet, das – wie bereits erwähnt – noch dargestellt wird. Hier soll lediglich und erstmalig das legitime Interesse der Erziehungswissenschaft an Krankheiten belegt werden.

⁹¹⁵ Jacob in Blankenburg 1989, S. 13

⁹¹⁶ vgl. Jacob in Blankenburg 1989, S. 14

⁹¹⁷ Jacob in Blankenburg 1989, S. 14

⁹¹⁸ Bittner, 1996 a, S. 63 f

3.2.1 ,Gesundheit' und ,Krankheit' als definitorisches Problem

Grundsätzlich kann man sagen, dass es sich extrem schwierig gestaltet, eine Definition dessen zu erstellen, was unter ,Gesundheit' und ,Krankheit' verstanden wird.

„Es wird fast allgemein in der Literatur hervorgehoben, daß eine allgemeingültige Definition von Gesundheit und Krankheit sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. Wie meist bei einer solchen Sachlage versucht aber dennoch jeder Autor aus seiner Sicht, wenn nicht gerade eine Definition zu liefern, so doch den Gegenstand einzugrenzen, Charakteristisches hervorzuheben.“⁹¹⁹

Victor von Weizsäcker, der im weiteren Verlauf der Arbeit noch eine Rolle spielen wird, sagt, es gäbe zwei Arten der Gesundheit, nämlich die Beseitigung einer Erkrankung beziehungsweise Störung auf der einen Seite und die Lösung des Konflikts, welcher der Störung zugrunde liegt, auf der anderen Seite.⁹²⁰

Er ist ferner der Meinung, dass die Unterscheidung zwischen ,gesund' und ,krank' völlig überflüssig ist.⁹²¹ Er sagt, „... daß nicht das Gelebte, sondern das Ungelebte allein wirksam ist, und zwar nicht als das Mögliche, sondern das Unmögliche verwirklicht wird – sowohl im kranken wie im nichtkranken Lebensgeschehen. Ja, ich behaupte, daß dies allein der Begriff von Wirkung ist, in welchem der Unterschied von krank und gesund verschwindet, aufgehoben und überflüssig wird.“⁹²²

Somit soll „... Krankheit ...“, und zwar ausschließend, als Wirksamkeit des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen eingesehen werden. Eine richtige Biographie kommt nur zustande, wenn sie im Sinne dieser Geschichtsauffassung aufgestellt wird. In der richtigen Biographie ist, nach Überwindung des Gegensatzes von krank und gesund, auch die neue Pathologie enthalten.“⁹²³

⁹¹⁹ Welker in Jacob & Schipperges 1981, S. 100

⁹²⁰ vgl. v. Weizsäcker 1967, S. 102

⁹²¹ vgl. v. Weizsäcker 1967, S. 249

⁹²² v. Weizsäcker 1967, S. 249

⁹²³ v. Weizsäcker 1967, S. 249

Was also ist der richtige Weg? Sollte man ,Gesundheit' und ,Krankheit' je individuell definieren, weil es *die eine Definition* nicht gibt? Oder sollte man vielleicht gar nicht zwischen den beiden Zuständen unterscheiden, indem man der v. weizsäckerschen Herangehensweise folgt?

Oder wie wäre es, wenn man das Wörtchen ,Krankheit' durch das des ,kranken Menschen' ersetzen würde? Schon v. Krehl, Siebeck, v. Weizsäcker und Menninger nämlich sagen, dass es keine Krankheiten gäbe, sondern lediglich kranke Menschen.⁹²⁴

Blankenburg aber relativiert diesen Gedanken, denn dieser „... ist zwar aus einer – sich um Abstraktionsfreiheit bemühenden – Sicht zutreffend, verzichtet aber *zu* weitgehend auf eine (Zugriff und Eingriff ermöglichende) abstrahierende Begrifflichkeit, durch die über das Ärztliche hinaus sich erst eine medizinische Wissenschaft konstituiert. Abstraktion – in den verschiedensten Richtungen – *ist notwendig*.“⁹²⁵

Wie also kann man eine tragfähige und verständliche Definition dessen erhalten, was ,gesund' und was ,krank' ist?

Diese Arbeit geht davon aus, dass eine derartige Unterscheidung tatsächlich schier unmöglich ist. Damit schließt sich das vorliegende Werk Günther Bittners Meinung an: „Wenn man sich – wie ich – auf den Standpunkt stellt, daß irgendwo jeder Mensch einen Punkt hat, wo er seelisch leidet und mit dem Leben nicht fertig wird, dann werden ... Abgrenzungen von Gesunden und Kranken vollends fragwürdig.“⁹²⁶

Wie schwer sich die Medizin selbst mit der Definition des Konstrukts ,Krankheit' tut, wurde bereits in Kapitel 3.1.1 dargestellt, und es muss hier nicht noch einmal wiederholt werden, wie sehr sich der Krankheitsbegriff allein im Standardwerk von Pschyrembel über die Zeit verändert hat.⁹²⁷

Die Meinung Blankenburgs, dass Abstraktion notwendig sei, hängt für Bittner übrigens eng mit der Schwierigkeit zusammen, ,Krankheit' und ,Gesundheit' zu definieren: „Mit den Definitionen von Krankheit – übrigens auch von Gesundheit – hat sich die Medizin immer schwer getan. Das

⁹²⁴ vgl. Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1

⁹²⁵ Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1 f

⁹²⁶ Bittner 1996 b, S. 13

⁹²⁷ vgl. Bittner 1996 b, S. 18

Problem liegt darin, dass ,Krankheit' eine Abstraktion ist – vielleicht sogar eine schlechte. Medizinisch wie psychologisch gilt, dass man über die einzelnen Krankheiten oft sehr viel, über Krankheit im Allgemeinen dagegen nur wenig aussagen kann."⁹²⁸

Betrachtet man dann noch die spezielle Gruppe der *psychischen Erkrankungen*, wird noch deutlicher, dass man sich bei der Definition von ,Gesundheit' und ,Krankheit' wirklich einem Problem gegenübergestellt sieht:

„Krankheiten, wie sie die Psychoanalyse beschreibt und behandelt, sind Krankheiten in einem irgendwie metaphorischen Sinn, die sich den ,somatischen Auffassungen der ,exakten' Wissenschaftsperiode' nicht fügen wollen."⁹²⁹

An der bundesdeutschen Krankenkassenregelung für den Bereich der Psychotherapie von 1967 zeigt sich sehr deutlich die Schwierigkeit, Krankheiten psychischer Natur auf stimmige Weise ins Medizinsystem zu integrieren.⁹³⁰

Denn: „Die eigentliche Crux dabei ist der Krankheitsbegriff: Seelische Krankheit wird ,verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen.' ,Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern ... nur ... wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung ... nachgewiesen wurde."⁹³¹

Und weiter: „Im Blick auf die deutsche Kassenregelung weist Nedelmann auf die grundsätzliche Inkompatibilität von psychoanalytischen und versicherungsrelevanten medizinischen Diagnosen hin. ,Die Konvention – und zwar die medizinische – entscheidet darüber, ob die Manifestationen ..., die allgemeinen Reaktionsbereitschaften und die Symptome ,krank' genannt zu werden verdienen'. Eine mehr oder weniger ausgeprägte Neurose hat jeder; durch die versicherungsrechtliche Definition von Krankheit werden nur jene Neurosen als Krankheiten anerkannt, deren Auswirkungen ein bestimmtes Maß an Einschränkung, Schmerz, Not und Elend übersteigen'."⁹³²

⁹²⁸ Bittner 2001, S. 201

⁹²⁹ Bittner 1998, S. 84

⁹³⁰ vgl. Bittner 1998, S. 84

⁹³¹ vgl. Psychotherapie-Richtlinien 1990, zitiert nach Bittner 1998, S. 85

⁹³² Nedelmann 1990, zitiert nach Bittner 1998, S. 85

Der Abschnitt hat deutlich gezeigt, dass die Definition von ,gesund' und ,krank' tatsächlich als Problem verstanden werden kann und auch sollte. Weil dies so ist, hat die vorliegende Arbeit auch das Ziel, Krankheit einmal anders zu betrachten. Es geht hierbei nicht um die Frage, ob ein Patient per definitionem ,krank' oder ,gesund' ist, es geht auch nicht darum, wie der Patient seine Krankheit bewältigt oder wie sie medizinisch therapiert wird.

Vielmehr wird *der Patient selbst* zur Sprache kommen und Gegenstand der Betrachtung sein, denn bei allem, was bisher dargestellt wurde, zeigt sich, dass v. Weizsäckers Mahnung offensichtlich noch nicht richtig gehört worden ist: „Gemeint ist, daß keine Sache und kein Ding, sondern etwas Menschliches, das Menschliche im Menschen, zur Sprache kommen soll.“⁹³³

Und weiter: „...: die Grenze der Medizin soll so verlegt werden, daß sie auch noch das Gebiet der eigentlichen Krankengeschichte umfaßt. Es soll kein Leiden, keine Not geben, welche sie nicht umfasse, sie soll sich an diesem ungeheuren wenigstens im Geiste erziehen und ihr Auge üben an der Totalität dessen, was Hilfe fordert. Sie soll die Grenzen der Fakultäten für einen Augenblick niederlegen und sich öffnen für den ursprünglichen Zusammenhang aller Not des Menschen. Denn nur von hier aus kann sie ganz offen und frei werden, um die Erfahrung in sich einzulassen, welche hinter den Beobachtungen der Schule den Kern der eigentlichen, der wirklichen Krankengeschichte sichtbar, einsehbar macht. Diese Erfahrung und ihre Stufen kann sich nicht in anderen Geboten und Gesetzen bewegen als das menschliche Leben überhaupt, und man kann Gesundheit wie Krankheit nur von einer Erfahrung des Lebens aus verstehen, nicht aus sich selbst.“⁹³⁴

⁹³³ v. Weizsäcker 1967, S. 7

⁹³⁴ v. Weizsäcker in Janz 1999, S. 179 f

3.2.2 Die Grenze moderner Klassifizierungssysteme mit Blick auf die Herzneurose

Der folgende Abschnitt steht in Verbindung mit dem vorigen Teil der Arbeit, und zwar deshalb, weil in Abhängigkeit von einer *ärztlichen Diagnose* ein Mensch als *krank* oder *gesund* gilt; und diese Diagnose stützt sich immer auf ein Klassifizierungssystem, das bestimmten Merkmalen des Patienten eine Erkrankung zuordnet oder nicht.

Wie aber verhält es sich mit der ICD-10 und dem DSM-IV bezüglich der Verlässlichkeit und Treffsicherheit beider Systeme? Kommen Fehldiagnosen vor? Gelangen verschiedene Ärzte zu unterschiedlichen Diagnosen und der Patient somit zu unterschiedlichen Therapieformen?

Welche ‚Menge an Einordnung und Klassifikation‘ Sinn macht, soll der folgende Abschnitt zeigen. Es ergeht ferner der Hinweis, dass bereits an den Abschnitten 2.4 und 2.4.1 deutlich geworden ist, dass die Handhabung der Systeme nicht problemfrei verläuft und am Beispiel der Herzneurose gezeigt werden konnte, dass immense Schwankungen in den Angaben zur Häufigkeit dieser Erkrankung *eine* Folge mehrerer Klassifikationssysteme und unterschiedlicher Diagnosen ist.

Auf den folgenden Seiten wird der Frage nachgegangen, ob noch *weitere ‚Mängel‘* derartiger Systeme existieren.

„Wir kennen im einzelnen bestimmte Erscheinungen, Kausalverhältnisse und Sinnbeziehungen ..., aber die Gestalten der Krankheitsganzheiten sind wie ein unendliches, unübersehbares Gewebe, das wir nicht auflösen können. Entwerfen wir ein Gesamtschema der Psychosen (das Diagnoseschema), so möchten wir alle Gesichtspunkte, die wir als einzelne besprochen haben, zusammenordnen. Aber wie auch immer wir den Entwurf machen, wir merken, daß es nicht geht; daß wir vorläufig und gewaltsam ordnen; daß verschiedene Möglichkeiten bestehen, weswegen mehrere Forscher durchaus verschiedene Schemata aufstellen; daß die Ordnung sowohl logisch wie real immer unstimmig ausfällt.“⁹³⁵

⁹³⁵ Jaspers 1973, S. 506

Dieses Zitat von Jaspers lässt sich problemlos auf die Einordnung der Herzneurose übertragen, denn hier streitet sich die medizinische Wissenschaft, ob bei der Herzneurose eine psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne oder doch eher eine Form der Panikstörung vorliegt.

Solange dieser Streit nicht endet, ist er ein Beweis für die Grenze moderner Klassifizierungssysteme der Medizin, denn eine abschließende und alle befriedigende Einordnung liegt bislang nicht vor.

In dieser Arbeit wird unabhängig davon die Meinung vertreten, dass eine endgültige Einordnung in keiner Weise gelingen *kann*, gelingen *wird* oder gelingen *soll*, denn der Autor dieser Arbeit, der selbst laut Arztdiagnose an einem *hyperkinetischen Herzsyndrom* leidet, das mit *Betarezeptorenblockern unterdrückt* wird, hat die Erfahrung gemacht, dass Angst- und Panikanfälle teilweise schlimmster Art aus dieser eigentlich differentialdiagnostisch anders einzuordnenden Erkrankung eine Herzneurose mit Angst, Panik und Phobie kombiniert entstehen ließen.

Also ist auch der Autor der vorliegenden Arbeit ein Beweis für die Schwierigkeit einer befriedigenden Einordnung derartiger Erkrankungen, weil an manchen Tagen die eine Komponente im Vordergrund steht, an anderen Tagen die andere(n) Komponente(n), manchmal wiederum gar keine.

Diese Arbeit kann daher als Plädoyer für eine Ergänzung der klassisch-medizinischen Sichtweise verstanden werden, die zunächst den *Patienten und sein Erleben der Erkrankung in das Zentrum der Betrachtung* stellt, denn „... Ausgrenzung einzelner Gestalten und ... abstrahierende Reduktion des gelebten Lebens zu schematischen Vergegenwärtigungen und Zeichen ... (sind, M. Hager) das Spätere.“⁹³⁶

Es geht also darum, dass sich die Struktur der Seele nicht nur beschreibend, sondern lediglich vom ganzheitlich-biographischen Erlebnisfeld aus erschließen lassen kann.⁹³⁷

Wie überhaupt kommt man aber auf die Idee, die Struktur der Seele *beschreibend* zu erschließen? Ganz einfach: „Im Kern operationalen Diagnostizierens steht der ‚deskriptive Zugang‘ zum psychopathologischen Befund. Die Bezeichnung einer psychopathologischen

⁹³⁶ Janzarik in Peters 1983, S. 103

⁹³⁷ vgl. Hoff & Sass in Janz 1999, S. 151

Arbeitsweise als ‚deskriptiv‘, also ‚beschreibend‘, stellt den Anspruch in den Mittelpunkt, eine vorliegende Symptomatik möglichst einfach, überprüfbar und übersichtlich gegliedert zu erfassen und zu benennen; in diese Phase des diagnostischen Prozesses sollen noch keine ätiologischen oder pathogenetischen Hypothesen und auch keine deutenden Elemente über den – individuellen, bezugsgruppentypischen oder gesellschaftlichen – ‚Sinn‘ bestimmter Symptome einfließen.“⁹³⁸

Natürlich kann man viel Faktisches am Menschen feststellen, das sagt schon v. Weizsäcker:

„Ich bestreite nicht, daß es auch Tatsächliches an einem Menschen festzustellen gibt, zum Beispiel die Augenfarbe oder die Körperlänge. Aber das Menschliche daran ist nur von bestimmten Wünschen aus zu beurteilen. Eine andere Art dies auszudrücken ist die, daß ein Mensch ein Ding mit einem Subjekt ist. Die Subjektivität ist es, welche objektive Aussagen verhindert oder wenigstens so relativiert, daß kein Ende abzusehen ist.“⁹³⁹

Und genau das passiert innerhalb der klassischen operationalen Diagnostik. „Die Angabe von Kriterien und Kriterienverbindungen für die jeweiligen Diagnosen kann man zusammen mit dem deskriptiven Zugang als das Wesen der Operationalisierung im engeren Sinn betrachten; dieser Weg führt bis hin zu diagnostischen ‚Entscheidungsbäumen‘. Kriteriengeleitete Diagnostik generiert hier aber auch Zwänge: Sind nämlich die Kriterien erfüllt, steht die Diagnose fest. Die immerhin nicht völlig abwegige Frage, ob nicht in manchen Fällen aufgrund besonderer, möglicherweise kaum oder gar nicht operational darstellbarer Merkmale dem Untersucher eine andere Diagnose angemessen erscheint und daher gestellt werden sollte, beantwortet das operationalisierte System klar mit nein.“⁹⁴⁰

Weil aber gerade die Herzneurose häufig in die Reihe der Panikstörungen eingeordnet wird, weil bereits auf der Symptomebene der sympathikovasale Anfall der Panikattacke entspricht, zeigt, dass die Eindeutigkeit der Diagnose gerade *nicht in jedem Fall* gesichert werden kann.

Obwohl derartige Systeme natürlich auch über Vorteile verfügen, wie etwa die Darstellung eines inhaltlichen Gerüsts in der ärztlichen Ausbildung aufgrund des hohen Grades an Struktu-

⁹³⁸ Hoff & Sass in Janz 1999, S. 146

⁹³⁹ v. Weizsäcker 1967, S. 4

⁹⁴⁰ Hoff & Sass in Janz 1999, S. 147 f

rierung, die Dokumentations- und Datenverarbeitungsfreundlichkeit des Diagnoseprozesses und dessen Ergebnis, die einfache Speicherung eines Befundes oder dessen einfachere Plausibilitätsprüfung zu einem späteren Zeitpunkt,⁹⁴¹ sind sie auch äußerst kritisch zu bewerten, denn ihre Einführung „... brachte ... erhebliche Nachteile mit sich. Die Operationalisierbarkeit der Krankheitsdefinitionen wurde mit einer rigiden Beschränkung auf den Verhaltensaspekt erkaufte. Die Frage der motivationalen, situativen und biographischen Verknüpfungen des Krankheitsgeschehens wurde an den Rand gedrückt – eben weil entsprechende Feststellungen zumeist nicht operationalisierbar sind.“⁹⁴²

Die Grenze medizinischer Klassifizierungssysteme soll abschließend mit einem ‚Fallbericht‘ von Mentzos noch einmal betont werden, denn gerade neurotische Störungen – also auch die Herzneurose – können in vielen Fällen unmöglich völlig eindeutig klassifiziert werden: „Er schildert als Beispiel die Geschichte einer Frau, die bei einem ersten Kontakt über Angstzustände und sexuelle Störungen klagte. Vier Jahre später stand eine psychosomatische Komponente (paroxysmale Tachykardie) stärker im Vordergrund. Noch später wird die Patientin mit dem ausgeprägten sexuellen Desinteresse ‚verrückt‘ vor Eifersucht, wenn sie sich vorstellt, ihr Mann könnte mit einer anderen Frau etwas anfangen.“⁹⁴³ Er „... will an diesem Beispiel unter anderem zeigen, ‚in welcher Weise derselbe Patient zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Verarbeitungsmodi ... einsetzt: ... ‚Es ist nicht möglich, einen solchen Fall in einer traditionell überlieferten diagnostischen Kategorie unterzubringen – man kann ihn allenfalls mit Gewalt in eine solche hineinpressen!“⁹⁴⁴ Welche Konsequenz erwächst aus dieser Passage? „Mit dieser von Mentzos entwickelten Perspektive wäre der Weg frei für ein neues Verständnis psychischer Krankheit, ähnlich dem hier vertretenen: der Verzicht auf jedes Denken in nosologischen Spezifitäten zu Gunsten des Blicks auf die ‚Lebensneurose‘, das letztlich unspezifizierbare und unklassifizierbare individuelle Leiden, das sich bald dieser, bald jener Verarbeitungsmodi bedient und dabei in dieser oder jener Weise Schiffbruch erleidet – kurz: eine biographisch-interpretierende statt einer medizinisch klassifizierenden Konzeption seelischer Krankheit.“⁹⁴⁵

⁹⁴¹ vgl. Hoff & Sass in Janz 1999, S. 150

⁹⁴² Bittner 1996 b, S. 23

⁹⁴³ vgl. Mentzos 1982, zitiert nach Bittner 1998, S. 82

⁹⁴⁴ vgl. Mentzos 1982, zitiert nach Bittner 1998, S. 82

⁹⁴⁵ Bittner 1998, S. 82

3.2.3 Unzulänglichkeit der Life-event – und Copingforschung

In diesem Abschnitt soll deutlich gezeigt werden, dass die Life-event- und Copingforschung nicht der Weisheit letzter Schluss ist, sondern dass beide Forschungsrichtungen im Gegenteil ergänzungsbedürftig erscheinen.

So vernachlässigt das Verständnis entwicklungspsychologischer Art eines Ereignisses wie etwa ‚Krankheit als Aufgabe der Bewältigung‘ das Patientenbetroffensein und das Patientenbetroffenwerden innerhalb der individuellen Lebensgeschichte.

Was Krankheit für den Menschen bedeutet, wie man mit ihr lebt und sich mit ihr arrangiert, wird zwar schon lange innerhalb der klinischen Psychologie untersucht.⁹⁴⁶

„Leider ist das Thema aber völlig ins Fahrwasser einiger etwas unglücklicher Leitbegriffe geraten:

- der critical bzw. stressful life events,
- des coping.“⁹⁴⁷

Die Definition beider Forschungsstränge wurde bereits in den vorangegangenen Abschnitten bearbeitet und sollen hier nicht noch einmal wiederholt werden.

Bittners Einstellung zu diesem Themenkomplex deckt sich mit der Intention der vorliegenden Arbeit, die ‚Krankheit‘ als biographisches Ereignis und nicht nur als Störfall verstehen möchte.

„Bei den Krankheiten, die auf Coping hin untersucht werden, handelt es sich doch stets um gravierende, oft tragische Lebensereignisse: kann man denen ohne emotionale Anteilnahme gerecht werden, indem man irgendeine Batterie von standartisierten Fragen auf die Betroffenen abschießt (...) und die erhaltenen Antworten irgendwelchen trickreichen statistischen Varianzanalysen unterwirft?“⁹⁴⁸

⁹⁴⁶ vgl. Bittner 2001, S. 201

⁹⁴⁷ Bittner 2001, S. 201

⁹⁴⁸ Bittner 2001, S. 202

Und weiter: „Vielleicht ist dies der entscheidende Punkt, an dem die Coping-Forschung auf Abwege geraten ist, weshalb nach neuen Konzeptualisierungen von Krankheit im persönlichen Lebenskontext gesucht werden muß.“⁹⁴⁹

Warum gerade die Erziehungswissenschaft ein Interesse an der Erforschung verschiedener Krankheiten im Kontext der persönlichen Biographie hat, soll im nächsten Abschnitt (3.2.4) erläutert werden. Es soll hier erst noch einmal dargestellt werden, worin die besondere Einstellung Krankheiten gegenüber in dieser Arbeit besteht:

„Je empirisch quantifizierender sich die Coping-Forschung entwickelt hat, desto mehr hat sie die Einfühlung in die je individuellen Kontexte vernachlässigt, die sich der Natur der Sache nach nicht quantifizieren lassen.“⁹⁵⁰

Und es gilt daher festzuhalten, dass „... das Patienten-Subjekt der alten Heidelberger Schule aus der Medizin wieder verschwunden (ist, M. Hager). Stattdessen hat uns die medizinische Psychologie mit ihren stereotypen Themen der subjektiven Krankheitstheorien, der critical life events und des Coping-Man sozusagen eine Schrumpfform des Patientensubjekts beschert; man befragt die Leute, was sie über ihre Krankheit denken und wie sie mit ihr zurechtkommen, aber man fragt eigentlich nicht, um die Betroffenen zu Wort kommen zu lassen und auf die Botschaft zu hören, die in dem steckt, was sie sagen, sondern um ihre Äußerungen zu kategorisieren und zu katalogisieren, vielleicht sogar um sie als adäquat bzw. inadäquat (...) zu qualifizieren – alles immer aus der Sicht des Professionellen, des Arztes oder Psychologen.“⁹⁵¹

Zwar tritt Blankenburg wie Bittner für das Interesse am Subjekt in der Medizin ein, er verfolgt dabei aber nach Ansicht dieser Arbeit den falschen Weg: So gilt zunächst, dass nach Jaspers jede Krankengeschichte zur Biographie führt.⁹⁵² Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass sich bei der Beobachtung der Lebensgeschichte lediglich eine Krankengeschichte – nicht aber eine Krankheitsgeschichte abzeichnet.⁹⁵³

⁹⁴⁹ Bittner 2001, S. 202

⁹⁵⁰ vgl. Bittner 2001, S. 203

⁹⁵¹ Bittner 2001, S. 205 f

⁹⁵² vgl. Jaspers 1959, zitiert nach Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1

⁹⁵³ vgl. Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1

Der Kliniker unterliegt dabei dem Schicksal, dass nicht die Person des Patienten, sondern die Krankheit selbst zum Gegenstand des Forschens und Therapierens wird, weil die Krankheit als etwas verstanden wird, das viele Menschen in gleicher Weise ‚haben‘ können.⁹⁵⁴

Die Person der Patienten „... stellt sich ... als das unwesentliche Gewand dar, in dem sich das *eigentliche* ‚Subjekt‘ (...) – die Krankheit – in diesem *einen* Fall ‚zufällig‘ manifestiert.“⁹⁵⁵

Aber „... das Thema ‚Biographie und Krankheit‘ erschöpft sich nicht in der Frage nach der rein pathogenetisch-kausalen Relevanz der Biographie. Von ebensogroßer Bedeutung für den ärztlichen Umgang mit dem Patienten ist die Art und Weise, wie ein Mensch Krankheit bewältigt oder auch nicht.“⁹⁵⁶

Und genau diese Herangehensweise ist dem Motto dieser Arbeit *nicht* gleichzusetzen.

Neben Bittner kritisieren noch viele andere Autoren das besprochene Forschungsfeld.

So meint beispielsweise Schelling, dass es nicht möglich sei, ‚Krankheit‘ auf ein bestimmtes Ereignis in der Kindheit zurückzuführen, weil unsere Erinnerung an diese nicht der Realität entsprechen würde: „Die genetische Geschichte, die der Patient im Laufe der Behandlung vermittelt, ist mit der faktischen Geschichte nicht identisch. Trotz der grundlegenden Bedeutung vergangener Erfahrungen können Kindheitserinnerungen niemals in reiner Form wiederbelebt werden, weil das erinnerte Geschehen im Laufe verschiedener Entwicklungsstadien von der reifen Persönlichkeit umgestaltet worden ist. Die Erfahrungen der frühen Kindheit prägen unser späteres Erleben. Aber jene frühen Erfahrungen zeigen sich uns immer nur im Lichte aktuellen Erlebens. Die Erinnerung erhält die vergangenen Szenen, indem sie sie beständig umarbeitet. Wenn wir die Bedeutung des kindlichen Erlebens für die Störungen des Erwachsenen zu bewerten suchen, müssen wir unbedingt berücksichtigen, daß dieses Erleben durch Erinnerung verzerrt ist.“⁹⁵⁷

Hierin ist also eine Relativierung der Auffassung zu sehen, welche die Life-event-Forschung, aber auch die Psychoanalyse sich einverleibt haben: Es ist fraglich, ob man sagen kann, dass ein

⁹⁵⁴ vgl. Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1

⁹⁵⁵ Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 1

⁹⁵⁶ Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 2 f

⁹⁵⁷ Schelling in Blankenburg 1989, S. 98

Ereignis im früheren Leben (des Kindes oder des Erwachsenen) als Auslöser einer Erkrankung eindeutig benannt werden kann.

Dabei kommt es zu dieser Verfärbung der Vergangenheitsdeutung durch Ängste, Phantasien und Wünsche.⁹⁵⁸

Ein weiterer Kritiker des Fehlens des Patienten-Subjekts in der Medizin, ein Umstand, der aus der Coping-Forschung resultiert, ist Müller, denn er macht deutlich, wie sehr sich die Medizin um statistische Nutzung der Krankengeschichte anstelle der Einmaligkeit des Patienten mitsamt seiner Geschichte bemüht, obgleich er diese Praxis *nicht gänzlich ablehnt*:

„Je ausführlicher die Krankengeschichte, desto besser wird dem Individuum, der Persönlichkeit, der Einmaligkeit des Kranken Rechnung getragen. Aber umso schwerer wird sie in ein Schema pressen zu sein, umso verzweifelter der Versuch, sie wissenschaftlich und vor allem statistisch zu nutzen.“⁹⁵⁹ Zum Glück sieht er aber auch die Gefahr, die dieser Herangehensweise inhärent ist, wenn er sagt, dass mit der Kürzung der Krankengeschichte zwar die Diagnostik und das Handling der Erkrankung erleichtert wird – gleichzeitig aber wird die so verkürzte und reduzierende Interpretation gefährlich.⁹⁶⁰

Das in der Medizin fehlende Patienten-Subjekt soll aber erst im nächsten Abschnitt diskutiert werden. Hier geht es primär darum, die *Nachteile der Life-event- und Coping-Forschung* aufzudecken, die natürlich auch aus dem Umstand resultieren, dass das Subjekt hier keinen rechten Platz findet.

Forschungsmethodisch ergibt sich etwa das Problem des Fehlens allgemein anerkannter und empirisch bestätigter Klassifikationen der Verhaltensweisen, die in Belastungssituationen gezeigt werden.⁹⁶¹

Dies „... ist dabei vor allem auf die Heterogenität in der Konzeptbildung der bisherigen Bewältigungsforschung zurückzuführen. Noch unübersichtlicher wird das Bild, wenn man die Vielzahl empirischer Arbeiten sowie die dort ermittelten Klassifikationen des Bewältigungs-

⁹⁵⁸ vgl. Schelling in Blankenburg 1989, S, 99

⁹⁵⁹ Müller in Janz 1999, S. 100

⁹⁶⁰ vgl. Müller in Janz 1999, S. 100

⁹⁶¹ vgl. Rüger und andere 1990, S. 13

verhaltens mit in Betracht zieht. Hier sind nicht nur die theoretischen Konzepte, sondern auch die jeweiligen Operationalisierungen des Bewältigungsverhaltens sowie die erfragten Belastungssituationen und die untersuchten Populationen dermaßen heterogen, daß sich die zahlreichen Einzelergebnisse kaum systematisch aufeinander beziehen lassen.⁹⁶²

Es bleibt also darauf hinzuweisen, dass der wissenschaftliche Diskurs ebenso durch *Ablehnung* des Copingbegriffs gekennzeichnet ist; damit verbunden ist immer wieder der Präzisierungs- und Klärungsversuch, die herrschende Verwirrung hinsichtlich der Copingforschung zu beseitigen.⁹⁶³

Beutel argumentiert in eine ähnliche Richtung, wenn er schreibt, dass keine einheitlichen Definitionen beziehungsweise Messoperationen für die Strategien des Coping existieren – ganz im Gegensatz zur Psychoanalyse und deren Theoriegebäude der Abwehr.⁹⁶⁴

Wo hingegen liegt die Kritik im Hinblick auf die Life-event-Forschung, die einen Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und verschiedenen Krankheiten als Folge dieser unterstellt beziehungsweise die davon ausgeht, dass Krankheit selbst ein derartiges Lebensereignis ist?

„Kritische Analysen der LE-Untersuchungen und ihrer Ergebnisse schränken die Bedeutung der positiven Gesamtevidenz ... erheblich ein, wobei zumeist auf die Schwäche nachgewiesener LE-Krankheitsbeziehungen (1), die Diskrepanzen zwischen retrospektiven und prospektiven Designs (2), die mangelnde Ergebnisverbesserung von Ansatzmodifikationen (3) sowie verschiedenen Formen der Artefaktproblematik Bezug genommen wird (...)“⁹⁶⁵:

1. Die zitierten signifikanten Korrelationen zwischen LE-Indizes ... und einem Krankheitsausbruch oder der Schwere einer Krankheit ... sind überwiegend schwach oder sogar minimal; meist liegen die Koeffizienten bei Werten zwischen .10 und .30. Folglich bleibt die durch LE-Belastungen mögliche Varianzaufklärung sehr gering.

⁹⁶² Rüger und andere 1990, S. 13

⁹⁶³ vgl. Olbrich in Muthny 1990, S. 53

⁹⁶⁴ vgl. Beutel in Muthny 1990, S. 3

⁹⁶⁵ vgl. z.B. Brown 1974, 1981, Rahe 1974, Rabkin & Struening 1974, Rahe & Arthur 1978, Dittmann 1979, Katschnig 1980, Filipp 1981, Gerhardt 1982, Aagaard 1984, zitiert nach Dittmann 1981, S. 53 f

2. Zudem zeigt sich, daß die – relativ seltenen – prospektiven Studien im Vergleich zu den überwiegenden, retrospektiven Studien noch einmal deutlich schwächere – wenn nicht fehlende – Beziehungen bzw. LE-Effekte ermittelten (...) ⁹⁶⁶.
3. Auch verschiedene Spezifizierungs- und Modifizierungsversuche (z. B. durch die Berücksichtigung subjektiver LE-Belastungseinschätzungen oder den Einbezug der zeitlichen LE-Kumulation ...) konnten Resultate häufig nicht im erwarteten (positiven) Ausmaß präzisieren.
4. KATSCHNIG (...) ⁹⁶⁷ weist darauf hin, daß mit ökologischen Fehlschlüssen zu rechnen ist, wenn man Ergebnisse von der Gesamtgruppenebene (hier: ein spezifischer Anstieg der LE-Belastungen) kurz vor Krankheitsausbruch in Krankengruppen ... fälschlicherweise auch auf die einzelnen Individuen überträgt und interpretiert. Noch fundamentaler wird die Kritik, wenn moniert wird, daß ermittelte Bezüge zwischen LE und Krankheiten Artefakte bilden, weil LE selbst schon Gesundheitsstörungen oder Krankheitsvorläufer thematisieren, und daß in retrospektiven Untersuchungen die ... ‚Krankheit‘ eher die ... ‚Lebensereignisse‘ beeinflußt als umgekehrt. ⁹⁶⁸

Insgesamt scheint somit die Erforschung des Zusammenhanges von kritischen Lebensereignissen und Krankheit in keiner Weise befriedigend zu sein.

Dies kann wiederum als Plädoyer dafür interpretiert werden, Krankheit *als biographisches Ereignis im Sinne dieser Arbeit zu verstehen denn:*

- „...: LE (oder LE-Kumulierungen) bilden weder notwendige noch hinreichende Ursachen für die Entwicklung oder den Ausbruch von Krankheiten überhaupt oder gar für spezielle Krankheiten. M. a. W. finden sich in allen LE-Studien viele sog. ‚paradoxe Fälle‘ (hier: Pbn mit LE (oder LE-Kumulierungen) aber mit Krankheiten) und viele sog. ‚escaper‘ (hier: Pbn mit LE (oder LE-Kumulierungen), die aber keine Krankheiten aufweisen).
- Zugleich weisen LE-Instrumente – insbesondere LE-Listeninstrumente – offensichtlich deutliche Objektivitäts- und Reliabilitätsmängel auf, die eine Interpretation resultierender Ergebnisse zumindest erschweren oder mehrdeutig erscheinen lassen. ⁹⁶⁹

⁹⁶⁶ vgl. z.B. Schless und andere 1974, Wershow & Reinhart 1974, Theorell und andere 1975, Goldeberg & Comstock 1976, deFaire & Theorell 1977, Glass 1977, Andrews und andere 1978, zitiert nach Dittmann 1991, S. 54

⁹⁶⁷ vgl. Katschnig 1980, zitiert nach Dittmann 1991, S. 54

⁹⁶⁸ Dittmann 1991, S. 54

⁹⁶⁹ Dittmann 1991, S. 55

Die Unzulänglichkeit der Life-event-Forschung im Hinblick auf die Aussagekraft unterschiedlicher Statistiken wurde angesprochen und wird auch von anderen Autoren – wenn auch nicht unter diesem Aspekt – erwähnt. Dennoch zeigt sich hier – ähnlich wie bei der demographischen Häufigkeit der Herzneurose in Abhängigkeit ihrer Verortung als psychosomatische Erkrankung im weiteren Sinne versus Subtyp der Panikstörung die Sinnlosigkeit oder wenigstens die *begrenzte Aussagekraft* derartiger Versuche:

„Geschlechtsunterschiede zeigen sich ... darin, daß Frauen häufiger mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert werden als Männer.“⁹⁷⁰

„Anderen Befunden zufolge manifestieren sich Geschlechtsunterschiede weniger in der Anzahl, sondern in der Art der Ereignisse.“⁹⁷¹

Bezüglich des Alters lässt sich festhalten, dass kritische Lebensereignisse jüngere Menschen häufiger treffen als ältere.⁹⁷²

„Umgekehrt argumentieren *Langner & Michael* (1963) auf der Grundlage ihrer Manhattan-Studie, daß die durch Lebensereignisse erzeugte Streßbelastung im Alter ansteigt.“⁹⁷³

Die Statistik nennt weitere (Person-)merkmale, die sich auf das Erleben von Lebensereignissen auswirken und hier im Überblick skizziert werden sollen: zu nennen wären der aktuelle Gesundheitszustand, psychische Merkmale, Toleranz gegenüber der durch ein Ereignis einsetzenden Veränderung, Förderung oder Behinderung individueller Ziele durch das Ereignis, kognitive Strukturiertheit der Person, ihr Selbstwertgefühl, ihre Kontrollüberzeugung.⁹⁷⁴

Ferner können „Merkmale des sozioökologischen Kontextes auf den unterschiedlichen Ebenen ... – analog zu den ... genannten Personmerkmalen – die Wahrnehmung und Einschätzung von Lebensereignissen (mit-)bedingen. Säkularer Wandel in Fragen der Geburtenkontrolle, Ehe-

⁹⁷⁰ vgl. Lowenthal, Thurnher & Chiriboga 1975, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁹⁷¹ Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁹⁷² vgl. Lowenthal, Thurnher & Chiriboga 1975, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁹⁷³ vgl. Langner & Michael 1963, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 17

⁹⁷⁴ vgl. Filipp in Filipp 1981, S. 18 f

scheidung usw. sind hier gleichermaßen beispielhaft zu nennen wie gesetzgeberische Maßnahmen zur Sicherheit am Arbeitsplatz.“⁹⁷⁵

Wohl am populärsten ist die These, „... daß Ehe- bzw. Partnerschaftsbeziehungen einen ‚Schutzwall‘ gegen die pathogene Wirkung von kritischen Lebensereignissen darstellen.“⁹⁷⁶

Die Quintessenz dieser Aussagen besteht nun darin, dass nicht zu übersehen ist, dass eine Berücksichtigung der Kontextmerkmale es erlaubt, eine bessere Vorhersage darüber zu machen, welche Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein bestimmtes Ereignis eintritt, welche Art von Bewältigungsstrategien eingesetzt wird und welche Auswirkungen Ereignisse erzielen werden.⁹⁷⁷

So schön die Vorhersagbarkeit bestimmter Dinge aber auch sein mag – es stellt sich hier die Frage, ob eine derartige Erforschung der kritischen Lebensereignisse ausreichend ist, um ihre Qualität unverfälscht abzubilden. Nach Auffassung des Autors der vorliegenden Arbeit bedarf diese Sichtweise dringend der Ergänzung durch das erzählende Subjekt, welches diese statistischen Angaben mit Leben erfüllt und somit die Innenseite des Geschehens beleuchtet – nur so kann der qualitative Aspekt von ‚Krankheit als kritischem Lebensereignis‘ erfasst werden, was zur Folge hat, dass man von ‚Krankheit als biographischem Ereignis‘ sprechen muss.

Und auch Katschnig merkt kritisch an, dass die Life-event-Forschung beansprucht, die Gesamtbelastung eines Individuums durch das Leben verändernde Ereignisse mit lediglich einer Maßzahl abzubilden.⁹⁷⁸

Sowohl der zeitliche als auch der sachliche strukturelle Kontext der Ereignisse im Leben werden dabei hintergründig.⁹⁷⁹

Die Mängel der Life-event- und Copingforschung wären also hinreichend dargestellt. Gerade der Coping-Forschung kommt es darauf an, Krankheit als *Störfall* zu betrachten. Diesen gilt es, innerpsychisch oder handelnd aufzufangen, auszugleichen, zu meistern, zu verarbeiten – also aus dem Leben zu entfernen oder zumindest erträglich in dieses zu integrieren. Es wird aber

⁹⁷⁵ Filipp in Filipp 1981, S. 20 f

⁹⁷⁶ vgl. Pearlin & Johnson 1977, zitiert nach Filipp in Filipp 1981, S. 22

⁹⁷⁷ vgl. Filipp in Filipp 1981, S. 23

⁹⁷⁸ vgl. Katschnig 1980, S. 333

⁹⁷⁹ vgl. Bühler in Blankenburg 1989, S. 29

nicht danach gefragt, wie der Patient mit der Erkrankung lebt und wie sehr sie sich auf das Leben des Betroffenen in multidimensionaler Sicht auswirkt. Sicher wird um diese multidimensionale Auswirkung einer Erkrankung auch in der Medizin gewusst, man interessiert sich aber entweder gar nicht dafür oder man fasst die lebensbetreffenden Auswirkungen bestenfalls in quantitativen Darstellungen zusammen, um Prozentaussagen machen zu können. Daher scheint das Bemühen der vorliegenden Arbeit, Krankheit (am Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung) als biographisches Ereignis zu betrachten, gerechtfertigt zu sein und zwar deshalb, weil der Patient selbst zu Wort kommt und frei erzählend seine Erfahrung mit der Krankheit darstellen kann. Denn nur durch diese Innenansicht der Betroffenen lässt sich – letztlich durch hermeneutische Interpretation – eine Annäherung an die Lebenswirklichkeit der Patienten erreichen.

3.2.4 Nicht nur Störfall sondern auch Teil der *conditio humana*:

Krankheit als zutiefst menschliches, biographisches und somit bildendes Ereignis

„Biographie und Krankheit' ist ein Thema, mit dem es nicht nur der Arzt zu tun hat. Es geht jeden Menschen an. Jeder Mensch wird früher oder später einmal krank.“⁹⁸⁰

Bereits durch diese Aussage lässt sich erahnen, welchen Schwerpunkt dieser Abschnitt des dritten Kapitels setzt: Krankheit soll nicht mehr (nur) als Störfall diskutiert werden, sondern jetzt auch als zutiefst menschliches und biographisches Ereignis, weil sie zum Leben des Menschen schlicht dazugehört. Welche Konsequenz diese Schlüsselaussage hat, entfaltet dieser Abschnitt.

Erst in der Darstellung von Krankheit im lebensgeschichtlichen Kontext nämlich offenbart sich die eigentliche Bedeutung für die jeweils betroffenen Subjekte, d. h. erst eine Darstellung vom subjektiven Erleben einer Erkrankung innerhalb der Erzählung und der Reflexion des Patienten aus ermöglicht den Zugang zu ihm bezüglich der emotionalen Befindlichkeit. Dadurch können die Sinnzusammenhänge des jeweiligen Lebens sowie der Krankheit verstanden werden und zwar innerhalb des vom Patienten gesetzten Bezugsrahmens.

„Krankheit als biographisches Ereignis' bedeutet also, dass Krankheiten Menschen immer auch innerhalb der individuellen Lebensbezüge betreffen, sich auf diese auswirken und wiederum von ihnen eine Beeinflussung erfahren.

Darum plädiert Bittner auch für einen Paradigmenwechsel innerhalb der Psychologie von Krankheit und Gesundheit, denn er möchte sich einsetzen für eine Perspektive biographischer Art, d. h. er möchte Krankheit verstanden wissen als Ereignis im jeweils individuellen Zusammenhang des Lebens.⁹⁸¹

Aber warum erscheint dieser Zugang zum Thema ‚Krankheit' überhaupt sinnvoll? Viele Indizien haben die vorangegangenen Abschnitte bereits aufgezeigt, indem beispielsweise die Grenzen moderner Klassifizierungssysteme sowie die Unzulänglichkeiten der Life-event- und Coping-Forschung dargestellt worden sind.

⁹⁸⁰ Blankenburg 1989, Vorwort

⁹⁸¹ vgl. Bittner 2001, S. 203

An dieser Stelle erscheint es aber notwendig einen weiteren Aspekt mitzudenken, der mit den vorangegangenen in Verbindung steht, nämlich den der *Krankheits- und Krankengeschichte*:

„Wenn ein Arzt einen Patienten über viele Jahre kennt, dann hat er allerlei über ihn auf seiner Karteikarte bzw. in seinem Computer verzeichnet, vom banalen Infekt im Jahre so und so angefangen, über irgendwelche Atteste, die er ihm geschrieben hat, bis hin zu den über die Jahre hin sich allmählich verschlechternden Zucker- oder Nierenwerten. Wenn der Patient den Computerausdruck sieht, könnte er sich zum Beispiel erinnern: ‚Ach ja, das war im Winter 1971, als ich zum ersten Mal zu Dr. X kam. Ich hatte hohes Fieber und wollte doch am nächsten Tag in den Skiurlaub fahren. Es sollte der erste gemeinsame Urlaub mit meiner Freundin werden ...‘. Der Computerausdruck des Arztes enthält die dürren Fakten; die autobiographische Erzählung gibt die Stimmung und Farbe dazu, das Erleben der Krankheit im biographischen Kontext.“⁹⁸²

Als Aufgabe schwebt Bittner somit „... die Wiederherstellung des v. Weizsäcker’schen Patienten-Subjekts (vor, M. Hager). Das würde zu allererst heißen, der Narration des Kranken über seine Krankheit im Kontext seines Lebens, d. h. seiner Geschichte und seiner gegenwärtigen Lebensumstände, einen systematischen Stellenwert zu geben.“⁹⁸³

Im Gegensatz zur Schrumpfung der Krankengeschichte in der modernen naturwissenschaftlichen Ära zu einer Krankheitsgeschichte „... sollte eine neue ‚biographische Medizin‘ im Sinne v. Weizsäckers die Krankengeschichte neu entdecken: die Geschichte eines kranken Menschen, eines Subjekts, das mit seiner Krankheit lebt und sie erlebt.“⁹⁸⁴

Bittner bezieht sich in seinen Aussagen auf v. Weizsäcker, der parallel selbige Meinung vertritt und das Subjekt des Kranken in den Mittelpunkt rücken möchte.

Am Beispiel eines Herzkranken bzw. am Beispiel einer Herzerkrankung macht er deutlich, was er unter ‚Ganzheitsmedizin‘ versteht und warum sie so bedeutsam erscheint:

⁹⁸² Bittner 2001, S. 205

⁹⁸³ Bittner 2001, S. 206

⁹⁸⁴ Bittner 2001, S. 206

„Wir können die feinsten Veränderungen am Herzmuskel im Elektrokardiogramm ablesen und wissen nun, wie oft es bei Infekten getroffen wird. Wir kennen leichte und schwere Veränderungen, Schenkelblocks, Infarkte, aber, was diese bedeuten, können wir aus dem Elektrokardiogramm allein nicht erschliessen. Wir müssen den Kranken anschauen, wie Paracelsus gesagt hat, ihn in uns einbilden, müssen mit ihm reden, damit wir erfahren, wie es gekommen und wie es in seine Lebensgeschichte gestellt ist. In der Tat ist die Anamnese die wichtigste, oft aber auch die schwierigste Methode. Nur durch sie, nur, wenn wir uns bemühen, die Lebensgeschichte des Kranken zu verstehen, können wir den Kranken richtig beurteilen und behandeln.“⁹⁸⁵

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt – im Gegensatz zu dem der Life-event- und Copingforschung – also auf dem Leben, das von einer Erkrankung betroffen ist. Hier interessiert weniger der Akt der Bewältigung (auch die Krankengeschichte im *medizinischen Sinne* interessiert hier nur am Rande) als vielmehr die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben und umgekehrt.⁹⁸⁶

Während also der Mediziner unter dem Begriff der ‚Krankengeschichte‘ zunächst einmal das Formular, welches die Anamnese und den Befund sowie Diagnose, Therapie und den Verlauf⁹⁸⁷ einer Erkrankung enthält, versteht,⁹⁸⁸ besteht das Anliegen dieser Arbeit darin, sich dem subjektiven Erleben des Patienten mit besonderer Berücksichtigung bildender Aspekte⁹⁸⁹ der Herzneurose zu widmen, weil derartige Daten in einem Anamnesebogen nicht erscheinen.

Wiederholung der bisherigen Kernpunkte:

- ‚Krankheit‘ wird innerhalb der Medizin im Zusammenhang mit ‚Gesundheit‘ definiert (3.1.1),
- ‚Krankheit‘ wird in der Medizin als Folge kritischer Lebensereignisse betrachtet (3.1.2) und selbst als ‚Störfall‘ verstanden (3.1.3),
- mittels Prozessen des ‚Coping‘ wird in der Medizin erforscht, wie derartige Störfälle eliminiert werden können (3.1.4).

⁹⁸⁵ v. Weizsäcker in Janz 1999, S. 12

⁹⁸⁶ zur Begründung dieses Interesses werden im weiteren Verlauf Aussagen gemacht

⁹⁸⁷ hier sind auch die Copingprozesse mitzudenken

⁹⁸⁸ vgl. Janz in Janz 1999, S. 7

⁹⁸⁹ zum Bildungsaspekt von Krankheiten werden im weiteren Verlauf noch Bemerkungen gemacht

Im Rahmen des nun zu vollziehenden Paradigmenwechsels, der ‚Krankheit‘ unter gänzlich anderem Aspekt betrachten wird, nämlich als ‚biographisches und daher bildendes Ereignis‘, wird ein völlig anderes Verständnis von Krankheiten dargestellt, das gleichzeitig das *Interesse der Erziehungswissenschaft* an diesem Thema begründet.

Dazu ist es unumgänglich, sich zunächst zu vergegenwärtigen, was unter dem Terminus ‚Bildung‘ zu verstehen ist beziehungsweise wie unterschiedlich die Auffassungen hierzu sind, um im weiteren Verlauf den Terminus ‚Krankheit‘ damit in Verbindung zu bringen.

Der Soziologe Hillmann versteht unter Bildung folgendes:

„**Bildung**, im päd. Sinne Formung des Menschen durch die Vermittlung von inneren Anlagen u. äußeren Einflüssen. B. meint sowohl die Prozesse der Mitteilung u. Entwicklung von Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Werthaltungen, Gefühlen, Einstellungen usw. als auch deren Ergebnis. B. setzt anthropolog. die Bildsamkeit des Menschen, d. h. seine B.fähigkeit u. B.bedürftigkeit voraus. ...“⁹⁹⁰

Innerhalb der Pädagogik geht es also insgesamt darum, dass das Ziel von Bildung und Erziehung in der ‚Menschwerdung des Menschen‘ besteht.⁹⁹¹

Eng mit dem Begriff der Bildung hängt auch der Terminus der ‚Sozialisation‘ zusammen.

„Die basalen und fundamentalen Prozesse der ‚Menschwerdung des Menschen‘ werden in der Pädagogik heute zumeist unter dem Oberbegriff ‚Sozialisation‘ abgehandelt; die reifen und reflexiven fallen eher in das Ressort einer Theorie der Bildung.“⁹⁹²

Das bedeutet, dass bezüglich des Beginns des Menschwerdungsprozesses „... das Gewinnen ersten Weltvertrauens durch die Verlässlichkeit der mütterlichen Brust, die Anfänge motorischer und sprachlicher Selbstkonstitution, der Erwerb der ersten Vorstellungen von Gut und Böse und noch vieles andere mehr ...“⁹⁹³ unter der Bezeichnung ‚Sozialisation‘ subsumiert werden.

⁹⁹⁰ Hillmann 1994, S. 101

⁹⁹¹ vgl. Herzog 1991, S. 26

⁹⁹² Bittner 1996 a, S. 56

⁹⁹³ Bittner 1996 a, S. 57

Die Soziologie fasst den Sozialisationsbegriff weiter und versteht unter ihm „... die Gesamtheit aller Vorgänge, in deren Verlauf der Einzelmensch zu einem aktiven Angehörigen einer Ges. u. Kultur wird. ...“⁹⁹⁴

Problematisch hierbei ist allerdings das Verständnis von Sozialisation, welches von Anfang an davon ausging, dass „... das Individuum einseitig als Objekt sozialer Determination ...“⁹⁹⁵ zu verstehen ist.

Bittner kritisiert daher, dass man mit einem derartigen Verständnis von Sozialisation „... die Eigentätigkeit des kindlichen Subjekts bei der Aneignung gesellschaftlicher Muster unterschlage.“⁹⁹⁶

Wo befindet sich der aktuelle Stand dieser Diskussion? „Die Aufmerksamkeit hat sich heute in einer Weise von den sozialen Einflußfaktoren auf die assimilierende und strukturierende Eigentätigkeit des sich entwickelnden Subjekts verlagert, wie dies vor 20 Jahren⁹⁹⁷ kaum vorstellbar gewesen wäre.“⁹⁹⁸

So kommt Geulen etwa zu dem Schluss, dass „alle Erfahrungen innerhalb des Subjekts weiterverarbeitet werden‘ (...), daß ‚wir uns nie nur passiv in der Welt finden, sondern ihr handelnd gegenüber treten‘ (...).“⁹⁹⁹ Wird innerhalb der Entwicklungsforschung jedoch derart multidimensional gedacht, erscheint die Bezeichnung ‚Sozialisation‘ hierfür nicht mehr sinnvoll.¹⁰⁰⁰

Kehren wir aber wieder zum Bildungsbegriff zurück: „Wer heute von Bildung handelt, muß sozusagen bei Meister Eckart und den Mystikern anfangen. Diese übertrugen nämlich die aus der Sphäre des künstlerischen und handwerklichen Herstellens entlehnten althochdeutschen Begriffe *bilidon*, *bildunga* in die Mystik und Theologie.“¹⁰⁰¹

⁹⁹⁴ Hillmann 1994, S. 805

⁹⁹⁵ Bittner 1996 a, S. 57

⁹⁹⁶ Bittner 1996 a, S. 60

⁹⁹⁷ mittlerweile ist hier ein Zeitraum von rund 26 Jahren gemeint

⁹⁹⁸ Bittner 1996 a, S. 61

⁹⁹⁹ Geulen 1994, zitiert nach Bittner 1996 a, S. 61

¹⁰⁰⁰ vgl. Bittner 1996 a, S. 61

¹⁰⁰¹ vgl. Menze 1970, zitiert nach Bittner 1996 a, S. 62

Bittner ist der Auffassung, dass in diesem Kontext auch immer die Bildungsvorstellungen der Aufklärung und die der Zeit des Neuhumanismus mitgedacht werden müssen; es sei kaum verwunderlich, dass viele Erörterungen bildungstheoretischer Art die bloße Aneignung dieser Vorgeschichte nicht überschreiten oder lediglich wenige überzeugende Versuche starten, „... aus der Vergegenwärtigung der großen und beinahe erdrückenden historischen Tradition etwas für die Gegenwart abzuleiten (...).“¹⁰⁰²

Zum besseren Verständnis ist in diesem Kontext auf den Bildungsgedanken der Aufklärung und des Neuhumanismus hinzuweisen.

Im Zeitalter der Aufklärung, die einen Großteil des 18. Jahrhunderts prägt, soll der einzelne Mensch von zu straffer Lenkung befreit werden, ihm wird Freiheit und Würde im Namen der Vernunft zugesprochen.¹⁰⁰³

„Der Bürger will es dem Adel politisch, sozial und besonders geistig gleich tun.“¹⁰⁰⁴

Dabei ist die Vorstellung einer allgemeinen Volksbildung charakteristisch für die gesamte Aufklärung.¹⁰⁰⁵

„Die Wissenschaft und Philosophie hat ... (dem Menschen, M. Hager) das vor Augen zu führen und ihn darüber zu belehren, wie er noch vernünftiger leben und dadurch wahrhaft glücklich werden kann. Das Denken steht also im unmittelbaren Dienste allgemeiner praktischer Zwecke. Die Begeisterung für die Ratio und noch mehr die Hinwendung zum Menschen machen das 18. Jahrhundert von Natur zum »pädagogischen Jahrhundert«, Der pädagogische Zug ist mindestens ebenso wesentlich wie der rationalistische, und beides gehört engstens zusammen. Die Aufklärung ist geradezu enthusiastisch von dem Gedanken, alle Menschen durch Belehrung zu bessern und sie geistig mündig zu machen. Der Philosoph, der Staatsmann, der Dichter, der Pfarrer, sie alle fühlen sich jetzt in erster Linie als Lehrer und Erzieher der Menschheit, und sie alle sind eifrig bestrebt, in die Breite zu wirken.“¹⁰⁰⁶

¹⁰⁰² Bittner 1996 a, S. 62

¹⁰⁰³ vgl. Reble 1995, S. 135

¹⁰⁰⁴ Reble 1995, S. 137

¹⁰⁰⁵ vgl. Reble 1995, S. 138

¹⁰⁰⁶ Reble 1995, S. 141

Insgesamt ist die Aufklärung somit als Volksbildungsbewegung zu verstehen.¹⁰⁰⁷

Mit dem Bildungsbegriff der Aufklärung haben wir somit einen klassischen Bildungsbegriff vor uns, der mit Sicherheit dem entspricht, was viele Menschen alltäglich unter dem Begriff ‚Bildung‘ verstehen, denn Termini wie ‚Volksbildungsbewegung‘, ‚Belehrung‘ und ‚allgemeine Volksbildung‘ mit dem Ziel einer glücklicheren oder ‚besseren‘ Lebensführung sind ‚Bildung‘ im Sinne von Wissensanhäufung oder Wissenskorrektur bereits eindeutig inhärent.

Im Gegensatz zur Aufklärung mündet der Neuhumanismus im philologischen Bereich „Mit dem Gedanken einer harmonischen Entfaltung aller Kräfte aus dem Geist der Antike heraus ... in die große klassisch-idealistische Bewegung ein. Ihre allgemeinen Bildungstendenzen gelangten nun durch Humboldt und die folgenden Reformen in das Schulwesen hinein und schufen das humanistische Gymnasium. Durch das neuhumanistische Element der klassischen Epoche ist für 100 Jahre das Bildungsideal der harmonischen Totalität an die griechisch-römische Welt gekoppelt worden. Rein menschliche, harmonische Bildung, das war das ganze 19. Jahrhundert hindurch eben »humanistische« Bildung im Sinne des humanistischen Gymnasiums.“¹⁰⁰⁸

Kann man aus diesen, wie Bittner sie nennt ‚erdrückenden‘ Traditionen Nützliches für die Gegenwart ableiten?

Klafki beispielsweise hat die klassischen Bildungstheorien mit der Suche nach einem aktuellen Konzept der Allgemeinbildung in heutiger Zeit durchgesehen und kommt dabei zu Folgerungen für die Gegenwart:

- „Allgemeinbildung als Bildung für alle zur Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- ... Solidaritätsfähigkeit,
- als kritische Auseinandersetzung mit einem neu zu durchdenkenden Gefüge des Allgemeinen als des uns alle Angehenden und
- als Bildung aller uns heute erkennbaren humanen Fähigkeitsdimensionen des Menschen.

¹⁰⁰⁷ vgl. Reble 1995, S. 142

¹⁰⁰⁸ Reble 1995, S. 186

Allgemeinbildung muß gerade heute, neu aufkommenden Entpolitisierungsbestrebungen entgegen, auch als politische Bildung zur aktiven Mitgestaltung eines weiter voranzutreibenden Demokratisierungsprozesses verstanden werden.¹⁰⁰⁹

Allerdings wird an dieser Stelle deutlich, dass der konkrete Mensch mitsamt seinen Prozessen der Bildung nicht erwähnt wird, vielmehr handelt es sich bei dem Katalog um normative Aussagen.¹⁰¹⁰

Es scheint somit sinnvoll zu sein, sich eines anderen Bildungsbegriffes zu bedienen, der im Rahmen dieser Arbeit Anwendung finden kann. Das erste Grundmotto dieser Arbeit ist, und damit lehnt sie sich an Bittner an, dass *Bildung auch verstanden werden kann als Gang des Lebens, der persönlichen Biographie, immer unter dem Aspekt betrachtet, was der einzelne Mensch aus seinem Leben gemacht, beziehungsweise was das Leben aus ihm gemacht hat.*¹⁰¹¹

Demnach ist *alles Leben immer auch Bildung*. Bildung im Sinne von Entwicklung des Menschen endet also niemals, sie ist ein lebenslanger Prozess.

Die zweite These der Arbeit lautet, und an dieser Stelle kommt sowohl ‚Krankheit‘ als auch die Begründung des pädagogischen Interesses an Krankheit ins Spiel, dass ‚Krankheit‘ nicht nur als ‚Störfall‘ innerhalb der persönlichen Biographie verstanden werden kann, sondern dass sie vielmehr auch als Teil der *conditio humana* zum menschlichen Leben gehört und mit ihm verbunden ist.

Bezüglich **seelischer** Erkrankungen schreibt Bittner:

„Die seelisch Kranken, die Unangepaßten, die Leidenden und Verwundeten – das sind nicht immer »die anderen«, das bin zunächst einmal ich selbst.“¹⁰¹²

Damit meint Bittner, dass speziell die Neurose mehr oder weniger Herrn Jedermanns Krankheit sei.¹⁰¹³

¹⁰⁰⁹ Klafki 1986, S. 474 f

¹⁰¹⁰ vgl. Bittner, 1996 a, S. 62

¹⁰¹¹ vgl. Bittner 1996 a, S. 63 f

¹⁰¹² Bittner 1996 b, S. 12

¹⁰¹³ vgl. Bittner 1998, S. 81

Somit erscheinen psychische Erkrankungen als ubiquitäres Phänomen: „Wir alle sind seelisch Leidende, seelisch Verwundete, lautet die psychoanalytische Botschaft. Seelisches Leiden wird damit ent-medizinalisiert, entklinifiziert, zu einem Teil der *conditio humana* erklärt. ... – also von meiner Seite her nichts gegen diese Ubiquitäts-Konzeption! Nur passt sie wieder einmal nicht ins medizinische Denken und sprengt dessen Nosologie.“¹⁰¹⁴

Bittner spricht ferner das Konzept der so genannten ‚Lebensneurose‘ an, die sich dahin gehend äußert, dass sie immer wieder neue Ausläufer hervorbringt, die zwar einzeln extrahiert oder geheilt werden können, „...: aber der zentrale Krankheitsprozess, der die ‚Ausläufer‘ immer wieder neu hervortreibt, ist nicht abschließend zu beeinflussen; daher ist die Analyse ‚unendlich‘.“¹⁰¹⁵

Und zusammenfassend schreibt Bittner: „Noch einmal: Kein Wort gegen diese Konzeption der persistierenden ‚Lebensneurose‘! Nur zeigt das wieder, wie schlecht sich das psychoanalytische mit dem allgemein medizinischen Krankheitskonzept verträgt. Gewiss kennt auch die Medizin chronische Krankheiten – aber doch nicht solche, die im menschlichen Triebfundament ihre unaufhebbare Wurzel haben – Krankheiten, die sozusagen mit der *conditio humana* mitgegeben sind! Das sind Krankheiten sehr anderer Art, als sie in den medizinischen Lehrbüchern stehen: an diesen Krankheiten leiden wir, insofern wir Menschen sind, ...“¹⁰¹⁶

Und genau dies ist auch hinreichender Grund dafür, psychosomatische Erkrankungen, die ja eine psychische Komponente besitzen, nicht nur als medizinisches Phänomen zu sehen sondern sie darüber hinaus auch als biographisches Ereignis zu betrachten; als Ereignis, das innerhalb der menschlichen Biographie stattfindet und erlebt wird, weil es im oben erwähnten Sinne zum menschlichen Leben gehört.

Was *rein psychische* und *psychosomatische* Erkrankungen betrifft (letztlich sind *alle Krankheiten im weitesten Sinne psychosomatisch*), ergibt sich aus dem Aufgeführten also, dass die Psychoanalyse ein Konzept der seelischen Krankheit benötigt, „... das sich konsequenterweise als Freuds eigene Krankheitslehre, der der medizinische Jargon sozusagen in die Wolle gefärbt war,

¹⁰¹⁴ Bittner 1998, S. 85

¹⁰¹⁵ Bittner 1998, S. 86

¹⁰¹⁶ Bittner 1998, S. 86

von den medizinischen Vorgaben löst und Krankheit als ubiquitäre und letztlich unvermeidliche Verwundung und Verbiegung des Lebens vor Augen führt."¹⁰¹⁷

Natürlich muss in diesem Zusammenhang auch danach gefragt werden, woher diese Verwundung unvermeidlicher Art komme, wenn man sie nicht mit der christlichen Erbsündenlehre begründen möchte:

„Balint spricht von einer ‚Grundstörung‘; diese ist sozusagen ein Webfehler, ..., wahrscheinlich bei jedem Menschen. Balint führt sie zurück auf die frühesten Entwicklungsphasen des Individuums. Jeder Säugling, ..., erlebt eine Diskrepanz zwischen dem, was er möchte und braucht, und dem, was seine Mutter ihm geben kann. So kommen Risse und Sprünge in die menschliche Natur hinein; Dieses Grundgefühl wäre demnach das letzte und tiefste Motiv der seelischen Fehlentwicklung: das geschädigte Individuum will es loswerden um jeden Preis, vergeift sich in den Mitteln und gerät immer tiefer in die Verstrickung hinein. Wir können also sagen: die seelischen Krankheiten sind Selbstheilungsversuche des Individuums, das an seiner Grundstörung leidet und keinen schöpferischen Ausweg findet. Wo diese (Selbstverwirklichung, M. Hager) blockiert wird, wo der Mensch gehindert ist, den innersten Bewegungen seiner Seele nachzuleben, ..., entsteht seelische Krankheit.“¹⁰¹⁸

Nach Bittner gehört also (seelische) Krankheit zum menschlichen Leben dazu, ist quasi Teil der *conditio humana*. In diesem Zusammenhang ist unbedingt – wenn auch anders als bei psychischen Erkrankungen begründet – darauf hinzuweisen, dass diese Arbeit davon ausgeht, dass auch rein somatische Erkrankung Teil des menschlichen Lebens ist, und zwar deshalb, weil allein das ‚Material‘ des Menschen Krankheit ermöglicht und erzwingt. Das bedeutet, dass wir uns automatisch auch für Krankheiten ‚entscheiden‘, wenn wir uns für das Leben entscheiden.

Aber auch andere namhafte Wissenschaftler weichen von der Auffassung ab, Krankheit sei (nur) als Störung der menschlichen Biographie zu werten.

V. v. Weizsäcker schreibt beispielsweise auf den ersten Seiten seines Werkes *Pathosophie*, dass Krankheiten gar nicht so selten seien, wie man meinen könnte: „Die Vorstellung, daß die Mehrzahl von uns Menschen die längste Zeit ihres Lebens gesund sei, und daß wir nur da und

¹⁰¹⁷ Bittner 1998, S. 90

¹⁰¹⁸ Bittner 1998, S. 90 f

dort und dann und wann krank würden – diese Vorstellung ist leider ganz unzutreffend. Ebenso ist der Grundzug des sogenannten normalen Lebens, daß es sieht man sichs nur genau an, eben nicht wirklich gesund verläuft und nur aus bestimmten Rücksichten so genannt wird. Welcher Körper wäre makellos gebildet? Welche Konstitution gegen Keime der zahlreichen Infektionen so immun, wie es doch nachweislich möglich ist? Welche Familie ist frei von erblichen Schäden? Welche Biographie ungestört durch greifbare Erkrankungen? Welches Seelenleben frei von Neurose oder pathologischen Zuständen oder Zügen? Krank oder krankhaft ist also der vielleicht größere Teil unseres Lebens und jedenfalls ein viel größerer Teil als das, was davon bemerkt und anerkannt wird.“¹⁰¹⁹

Diese Aussage ist durchaus in Bittners Richtung zu interpretieren, denn v. Weizsäcker macht deutlich, dass Krankheiten zum menschlichen Leben dazugehören; er bezieht sogar zusätzlich ‚rein somatische‘ Erkrankungen mit in seine Ausführungen ein.

Weitere Aussagen lassen fast daran denken, dass Erkrankungen als *Normalfall* zu interpretieren sind:

„Man versteht das kranke Wesen am besten, wenn man sich das ganze Leben als einen unablässigen Krieg mit der Krankheit vorstellt. Gesunde Zeiten sind Fortsetzungen dieses Krieges mit anderen Mitteln.“¹⁰²⁰

Und weiter: „Es handelt sich darum, eine Form zu finden, in der alle Krankheiten, Krankheitsverläufe, Krankheitswandlungen Platz haben. Dieses Postulat enthält bereits die Vorstellung, daß im Werden eines Menschen auch ein Werden seines Krankseins erfolgt, ja, daß das Kranksein einen Teil seines Werdens als Mensch ausmacht.“¹⁰²¹

Nach v. Weizsäcker wird ein Mensch dann krank, wenn ihm sein Körper mitteilen möchte, dass er seine Gedanken oder Handlungen ändern soll.¹⁰²²

„Was es eigentlich mit einer Krankheit auf sich habe, das erfahren wir ... durch den Vergleich mit einer anderen. Im Vergleich entsteht auch eine Erläuterung, im Übergang und in der Wandlung

¹⁰¹⁹ v. Weizsäcker 1967, S. 8

¹⁰²⁰ v. Weizsäcker 1967, S. 9

¹⁰²¹ v. Weizsäcker 1967, S. 114

¹⁰²² vgl. v. Weizsäcker 1967, S. 9 f

beginnt eine Einsicht; das *was da* übergeht, transformiert wird, in der Verwandlung doch auch dasselbe bleibt. Wenn also zum Beispiel eine neurotische Nymphomanie zu Abtreibungen, die Abtreibungen zu Infektionen, die Krankheiten zu Schuldgefühlen führen; wenn dann aus der Mastitis ein Mammacarcinom hervorgeht, dieses zur Amputation der Mamma, die Situation jetzt zur Rezidiv- und Todesgefahr sich wendet – wenn dies alles eine Lebensbilanz im Bewußtsein, ein Mitagieren des Körpers, des Es, des Unbewußten ausweist, nun, dann ist diesmal doch ein Zusammenhang zwischen diesen drei klinischen oder nosologischen Krankheiten aufgespürt worden.“¹⁰²³

Dennoch grenzt sich v. Weizsäcker insgesamt von der Kausalforschung der naturwissenschaftlichen Medizin ab und bezieht die Biographie des Patienten unter dem Aspekt der Sinnfrage von Krankheit ein: „Es ist das die Behauptung, daß nicht das Gelebte, sondern das Ungelebte allein wirksam ist, und zwar nicht das Mögliche, sondern das Unmögliche verwirklicht wird – sowohl im kranken wie im nichtkranken Lebensgeschehen. Ja, ich behaupte, daß dies allein der Begriff von Wirkung ist, in welchem der Unterschied von krank und gesund verschwindet, aufgehoben und überflüssig wird.“¹⁰²⁴

Somit soll „... Krankheit ..., und zwar ausschließend, als Wirksamkeit des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen eingesehen werde. Eine richtige Biographie kommt nur zustande, wenn sie im Sinne dieser Geschichtsauffassung aufgestellt wird.“¹⁰²⁵

Warum aber sind Krankheiten Wirkungen von ungelebtem Leben? V. Weizsäcker gibt hierzu ein Beispiel, das sehr an das erste Kapitel der vorliegenden Arbeit erinnert, welches sich mit der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen beschäftigt:

„Wenn eine Wut immer wieder unterdrückt wird und dafür eine arterielle Hypertonie entsteht, wenn eine erotische Kränkung dazu führt, eine Angina zu bilden, dann liegen hier Beispiele vor, wie etwas Ungelebtes zur Krankheit führt. Man kann dies zwar so ausdrücken, daß man sagt, eine Wut oder eine Kränkung sei ersetzt worden durch einen Funktionswandel. Aber man muß doch hinzufügen, daß bei diesem Wandel auch etwas Neues geschaffen wurde wie bei einer Schöpfung, wie bei einer Dichtung. Und wir fügen jetzt hinzu, daß diese Schöpfung nicht

¹⁰²³ v. Weizsäcker 1967, S. 115

¹⁰²⁴ v. Weizsäcker 1967, S. 249

¹⁰²⁵ v. Weizsäcker 1967, S. 249

eine Konsequenz von früher Geschehenem ist, sondern daß sie etwas ganz Neues, Überraschendes enthält, und zwar immer. Wenn wir also in anderen Zusammenhängen sagen, jede Krankheit habe einen Sinn, dann müssen wir jetzt genauer und abwehrend sagen: nicht aus den vorhergehenden Tatsachen ergibt sich dieser Sinn, sondern aus etwas, was nicht Tatsache wurde. Ich behaupte, nicht das Mögliche, sondern das Unmögliche wird verwirklicht."¹⁰²⁶

Auch durch diese Gedanken zieht sich der rote Faden, dass Krankheit nicht nur Störfälle, sondern Mitbedingung des menschlichen Lebens zu sein scheint, indem Krankheiten Wirkungen von ungelebtem Leben sind.

Blankenburg schreibt zwar nicht direkt, dass Krankheit zur *conditio humana* gehöre, dennoch gesteht er ihr aber mehr als die Kategorie ‚Abweichung‘ oder ‚Störfall‘ zu, indem er ihr eine ‚Mitgestaltung‘ des Patienten-Ichs einräumt:

„Sosehr sich Naturvorgänge (mit Ausnahme der großen Evolutionsschritte) auf jeweils Vorhergehendes zurückführen lassen – das *menschliche Ich entfaltet sich nicht minder aus dem Zukünftigen*. Zwar nehmen wir zumeist an, daß es sich aus der Vergangenheit heraus entwickelt und dann gleichsam ‚von außen‘, von einem ‚Ereignis‘ (einem ‚life event‘) bzw. von einem Schicksalsschlag – etwa einer das ganze Leben verändernden Krankheit ‚getroffen‘ wird. Aber wenn man nach vielen Jahren zurückblickt, kann dieses Ereignis kaum mehr als ein ‚von außen‘ her einwirkendes, als eines, das das ‚Ich‘ von außen getroffen hat, gelten; es zeigt sich dann vielmehr als in die Geschichtlichkeit seiner Biographie ‚einverleibt‘ – als in sie *hineinverwoben*. Das heißt: es ‚wirkt‘ nicht nur im Sinne eines Beeinflussungsfaktors von außen, sondern wird zu einem ‚Erlebnis‘ und als solches zu einem integrierenden Bestandteil (...) seiner Biographie.“¹⁰²⁷

Und auch in seinem Aufsatz „Lebensgeschichte und Krankengeschichte. Zur Bedeutung der Biographie für die Psychiatrie“ bringt er die Biographie eines Patienten auf interessante Art und Weise mit dessen Erkrankung in Berührung:

„Die Thematik ‚Biographie und Krankheit‘ signalisiert einen Ansatz, der die Krankheit eines Menschen in sein übriges Leben, in seine Lebensgeschichte, mit einbezieht. Dies bedeutet, daß wir ‚Krankheit‘ nicht *ausschließlich* als eine Beeinträchtigung, als Unterbrechung oder gar als ein

¹⁰²⁶ v. Weizsäcker 1967, S. 249 f

¹⁰²⁷ Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 79

Durchbrechen der Biographie sehen – ..., sondern zugleich als einen integrierenden Bestandteil der Biographie im Rahmen der gesamten Lebensgeschichte eines Menschen. Wir gelangen auf diese Weise dahin, Gesundes und Krankes in einem engeren Kontext miteinander zu sehen.“¹⁰²⁸

Als Ergebnis kann also hinreichend abgesichert festgehalten werden, dass Krankheit zum menschlichen Leben gehört und daher nicht nur als Störfall zu betrachten ist. Und weil das Leben selbst immer auch Bildung ist – „Alles menschliche Leben ist Lerngeschichte.“¹⁰²⁹ – ist auch *Krankheit unter diesem Aspekt immer bildend*.

Und auch v. Weizsäcker schreibt in seinem Werk *Diesseits und Jenseits der Medizin* (1950), dass die reine naturwissenschaftliche und technische Betrachtungsweise der Medizin einen wesentlichen Punkt vermissen lässt, „... daß in der Welt alles mit allem noch ganz anders zusammenhängt, daß der Mensch doch eine andere Bestimmung hat, als nur gesund zu sein, daß wir als Ärzte daran teilhaben, was aus einem Menschen in der Krankheit wird, ...“¹⁰³⁰

V. Weizsäcker geht aber noch weiter, indem er schreibt, dass Krankheit schon deshalb zum menschlichen Leben dazugehöre, weil die menschliche Beschaffenheit bereits zu ihr tendiert: „Sind also alle Krankheiten seelisch bedingt? Ja, denn ‚seelisch‘ heißt ‚leiblich‘, und das heißt: beseelt-körperlich. Der Mensch ist Fleisch aus Körper und Seele, und das heißt: unzulänglich.“¹⁰³¹

Am Ende des Abschnittes soll noch einmal in aller Kürze die Verbindung zwischen *Krankheit* und *Biographie* skizziert werden, um ein abgerundetes Ergebnis sicherzustellen.

Wird in der Definition von ‚Krankheit‘ von einer *Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Körper* und in der Definition von ‚Gesundheit‘ gemäß der WHO-Definition vom *Zustand des absoluten Wohlbefindens* gesprochen, so wird an beiden Aussagen deutlich, dass ‚Krankheit‘ in der Medizin grundsätzlich und ausschließlich als Störfall *betrachtet wird*, *wohingegen ‚Gesundheit‘ dem erstrebenswerten Normalfall* entspricht, den es zu erhalten oder zu erreichen gilt. Auch die aktuelle medizinische Bezeichnung der ‚Herzneurose‘ als *somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems* macht mit dem Ausdruck

¹⁰²⁸ Blankenburg in Blankenburg 1989, S. 7

¹⁰²⁹ Henningsen 1981, S. 7

¹⁰³⁰ v. Weizsäcker 1950, S. 115

¹⁰³¹ v. Weizsäcker 1950, S. 135

„Störung“ darauf aufmerksam, dass es sich bei dem Phänomen um eine „Abweichung vom Normalfall“ handelt. Entsprechend dieser grundsätzlichen Auffassung innerhalb der Medizin kann also festgehalten werden, dass Krankheit und Biographie zunächst einmal derart miteinander in Verbindung stehen, dass Krankheit die Biographie im Sinne der Lebensführung *stört* und daher eliminiert werden muss.

Nach medizinischer Auffassung – insbesondere im psychosomatischen Bereich – steht eine Erkrankung aber noch in einem zweiten Verhältnis zur Biographie: die bisherige Biographie hat durch ganz bestimmte kritische Lebensereignisse (oder auch kritische *Lebensverhältnisse*) die Genese einer Erkrankung hervorgerufen oder zumindest begünstigt.

Am Beispiel der Herzneurose als psychosomatischer Erkrankung im weiteren Sinne wurde ja häufig die Parallele zu kritischen Lebensereignissen, beispielsweise im Sinne von Trennungskonflikten oder mangelnder Ich-Entwicklung, symbiotischer Mutter-Kind-Bindung und falschen Angstbewältigungsstrategien, die daraus resultieren, gezogen.

Auf die Frage, ob Krankheit in jedem Fall (nur) als Störung der Lebensvorgänge betrachtet werden kann, die in vielen Fällen durch kritische Lebensereignisse hervorgerufen oder begünstigt worden ist und durch Coping-Vorgänge (neben den klassischen medizinischen und psychologischen Therapien¹⁰³²) bewältigt wird, konnte mit einem klaren „nein“ geantwortet werden, weil auch ein anderer Krankheitsbegriff Verwendung finden kann, der Krankheit (auch) als zutiefst menschlich und daher bildend betrachtet.

Dieser Krankheitsbegriff geht ferner davon aus, dass Erkrankungen zum menschlichen Leben einfach dazugehören und somit als *biographisches Ereignis im Kontext des Lebens* gesehen werden können; diese Sichtweise ist Gegenstand des Forschungsprojektes der vorliegenden Arbeit und sie untersucht im Gegensatz zur Life-event-Forschung auch mögliche positive Aspekte von Krankheit – nämlich jene, die als Erweiterung der persönlichen Lebenserfahrung interpretiert werden können und somit eventuell zu einer Richtungsänderung in der persönlichen Biographie geführt haben.

¹⁰³² die ihrerseits im weitesten Sinne als Copingprozesse verstanden werden können

Nach Bräutigam etwa ist nämlich auch die Frage zu stellen, was der Mensch aus seinen Konflikten und Neurosen macht.¹⁰³³ Untermuert wird diese Auffassung durch eine Aussage des Arztes und Psychoanalytikers Rittmeister, der von sich selbst feststellt, dass er ohne Neurose wohl nie über das Hamburger Milieu, in dem er aufgewachsen ist, hinausgekommen wäre.¹⁰³⁴

An dieser Stelle schließt sich der Argumentationskreis, wenn man sich vor Augen führt, dass Krankheit schlicht zum menschlichen Leben dazugehört, und dass der Gang des Lebens als Bildung verstanden werden kann.

Das pädagogische Interesse am medizinisch gefärbten Thema ist somit begründet.

¹⁰³³ vgl. Bräutigam in Blankenburg 1989, S. 27

¹⁰³⁴ vgl. Bräutigam in Blankenburg 1989, S. 27

3.2.5 Zusammenfassung

Aussagen wie

„Die Wissenschaft von lebenden Wesen hat es mit Objekten zu tun, welche selbst ein Subjekt enthalten.“¹⁰³⁵ oder

„Indem ich den Menschen wissenschaftlich definiere und so tue, als ob er ein wissenschaftlicher Gegenstand sei, vernichte ich den Menschen, der seinem Wesen nach gar nicht wissenschaftlich ist, anstatt ihn zu vermenschlichen.“¹⁰³⁶ beziehungsweise

„Gemeint ist, daß keine Sache und kein Ding, sondern etwas Menschliches, das Menschliche im Menschen, zur Sprache kommen soll.“¹⁰³⁷

stellen den grundsätzlichen Bezugsrahmen dieser Arbeit dar, weil sie dafür plädieren, den Patienten wieder in den Mittelpunkt der Medizin zu stellen.

Am Beispiel des Herzneurotikers soll hier dargestellt werden, wie sich diese häufige und zugleich vielen Menschen unbekannte Erkrankung auf Bereiche wie Beruf, Partnerschaft oder Familienleben auswirkt, wie sie diese Bereiche beeinflusst und verändert, kurzum, was diese Krankheit aus dem Leben der Betroffenen macht und was diese aus ihr machen.

Derartige Informationen können nur mit ausführlichen narrativen Interviews gewonnen werden, die gleichzeitig dafür sorgen, dass die *Krankengeschichte* im Mittelpunkt der Betrachtung steht.

„Früher sagte man, daß sich die Kultur eines Volkes daran messen lasse, wie es mit seinen Geisteskranken umgeht. Ich würde in Abwandlung dieses Satzes sagen, daß die Kultur unserer heutigen und der zukünftigen Psychiatrie und wahrscheinlich auch der ganzen Medizin sich daran messen läßt, wie die Krankengeschichte gehandhabt wird.“¹⁰³⁸

¹⁰³⁵ v. Weizsäcker 1950, S. 92

¹⁰³⁶ v. Weizsäcker 1950, S. 232

¹⁰³⁷ v. Weizsäcker 1967, S. 7

¹⁰³⁸ Müller in Janz 1999, S. 103

4. Erhebung, Transkription und Interpretation – das Forschungsdesign der Arbeit

„Zuerst wird es jeweils notwendig sein, sich durch den Berg ‚empirischer‘ Statements zum jeweiligen Thema hindurchzuarbeiten wie im Märchen vom Schlaraffenland durch den Berg von Hirsebrei – daran aufzuweisen, dass alle diesen endlosen Befragungsergebnisse, die uns die empirische Forschung präsentiert, aus denaturierten und fragmentierten Erzählbruchstücken bestehen, die in ihrer wissenschaftlich präsentablen Form nur wenig Sinnzusammenhang ergeben. Dies wäre der polemisch-destruierende ‚erste Schritt‘. ... Der zweite besteht in der Wiederherstellung der freien autobiographischen Erzählung an einzelnen exemplarischen, extensiv interpretierten Erzählbeispielen. Die Interpretation folgt dabei nicht dem Muster sozialwissenschaftlicher Textanalyse, die in aller Regel beansprucht, klüger zu sein als der Text, sondern eher der literaturwissenschaftlichen Interpretation, die ihrem Text mit Respekt begegnet und sich sozusagen ‚unter‘ den Text stellt.“¹⁰³⁹

Am Ende des dritten Kapitels und zu Beginn des vierten Abschnitts der vorliegenden Arbeit hat diese genau das erreicht, was Bittner mit *Hindurcharbeiten durch den Berg empirischer Statements* bezeichnet.

Zugegeben – der Umfang des ersten und zweiten Kapitels ist üppig; gerade auch im Vergleich zu anderen Arbeiten, die sich mit ähnlichen Thematiken ganz anders beschäftigen. Stengl (1992) etwa, die sich in ihrer Dissertation auch mit Patientengeschichten von Herzneurotikern beschäftigt hat, geht *nicht* in gleicher Weise wie diese Arbeit in die Tiefe, wenn sie auf sieben Seiten das Krankheitsbild des Herzangstsyndroms beschreibt.¹⁰⁴⁰ Dennoch erfährt man alle wissenschaftlichen Fakten über diese Erkrankung. Warum also wurde in der vorliegenden Arbeit nicht ähnlich knapp zum Kern des Vorhabens geführt?

Ganz einfach, die Masse an Daten der ersten drei Kapitel, besonders aber des ersten und zweiten Abschnitts, ist Information des Lesers und *Programm der Arbeit* zugleich.

Denn trotz der Tiefe und Menge an Informationen haben es die bisherigen Teile der Arbeit *nicht geschafft*, das Patientenerleben auch nur ansatzweise zu dokumentieren – ging es doch nur um die Frage, was man sich unter psychosomatischen Erkrankungen und der Herzneurose vorzu-

¹⁰³⁹ Bittner 2001, S. 62

¹⁰⁴⁰ vgl. Stengl 1992, S. 11 – 17

stellen hat. Dabei haben viele interessante Modellansätze dazu beigetragen, besser zu verstehen, wie derartige Erkrankungen entstehen beziehungsweise welche Faktoren ihre Entstehung begünstigen könnten.

Auch bei der Darstellung dessen, was allgemein als *Herzneurose* bezeichnet werden kann, hat ein interessanter Gedanke die nächste spannende Information gejagt.

Aber keines der ersten beiden Kapitel hat es trotz der Datenmenge geschafft, das *subjektive Erleben des Herzneurotikers* in adäquater Weise zu beleuchten. Daher war der Umfang dieser Abschnitte auch deshalb wichtig, weil daran aufgezeigt werden konnte, dass selbst die Sichtung von viel Literatur den wissenschaftlich Interessierten nicht über das *Leben einer Erkrankung aus Sicht des Betroffenen* aufklärt.

Also hat sich der Verfasser der Arbeit und der Leser nun durch den Berg an Wissen gearbeitet, der quasi *um den Patienten herum* existiert, um nun zu ihm selbst zu kommen.

Wenn jetzt die Rede davon ist, dass der Patient zur Sprache kommen soll, steht dieser Idee folgender Gedanke Pate: „..., mit der autobiographischen Aussage haben wir einen ‚Angeklagten‘ vor uns, der spricht; mit dem empirischen Faktum haben wir es mit einem ‚Angeklagten‘ zu tun, der stumm ist. Der sprechende Angeklagte kann uns täuschen – zugegeben. Aber die Möglichkeit des Getäuschtwerdens ist angesichts des stummen Angeklagten nicht geringer. ... Es ist dieses dialogstiftende Wesen der autobiographischen Aussage, das ihr für die Erziehungswissenschaft einen Wert verleiht, den das empirische ‚stumme‘ Faktum nicht haben kann.“¹⁰⁴¹

Und ein Plädoyer für den Einsatz von Lebensgeschichten hält auch Bittner: „...: die Wissenschaft ist, wo es sich um die Aufklärung von Alltagserscheinungen unseres Lebens handelt, ..., stets in der Gefahr, uns in die Irre zu leiten; wir tun gut daran, Aussagen der Wissenschaft an unserer alltäglichen Lebenserfahrung zu messen, um wenigstens die größten Irrtümer zu vermeiden. Die Wissenschaften vom Menschen, vor allem die Psychologie und Soziologie, aber auch, ..., die Physiologie, sind nämlich nicht zufällig, sondern vom ganzen Ansatz her ‚lebensfremd‘, sie untersuchen Lebensvorgänge überwiegend nicht in situ, d. h. an dem Ort, an dem sie natürlich-

¹⁰⁴¹ Henningsen 1981, S. 24 f

erweise vorkommen, sondern sozusagen unter Laboratoriumsbedingungen wo sie so evoziert werden können, wie es dem Forscher für seine Zwecke am bequemsten ist."¹⁰⁴²

Das vierte Kapitel wird sich zunächst kurz mit der Frage beschäftigen, was denn eigentlich das *Ziel* wissenschaftlicher Forschung ganz allgemein ist, um einen thematischen Einstieg in das Methodenkapitel zu erleichtern (4.1).

Im weiteren Verlauf wird das *Datenerhebungsverfahren* der Studie vorgestellt, indem zunächst die *qualitative* von der *quantitativen Sozialforschung* unterschieden werden soll (4.2.1).

Darauf aufbauend soll (pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode und Gegenstandsbereich der qualitativen Sozialforschung dargestellt werden (4.2.2), weil das narrative (Leitfaden-)Interview, welches in der Datenerhebung zum Einsatz kommt, ein in der Biographieforschung häufig angewandtes Erhebungsinstrument und zudem das Mittel der Wahl in der vorliegenden Studie ist (4.2.3).

Ein recht knapper Einblick soll verdeutlichen, wie das Datenmaterial verschriftlicht wird (4.3) um schließlich das Interpretationsverfahren der Studie vorzustellen (4.4).

¹⁰⁴² Bittner 2001, S. 49

4.1 Ziel wissenschaftlicher Forschung und ihrer Methoden – ein allgemeiner Einstieg

Ganz allgemein – und in dieser Arbeit nur teilweise – gilt: „*De singularibus non est scientia.*“ (Aus Einzelfällen entsteht keine Wissenschaft.) Dieser Grundsatz bestimmt seit der Antike den Charakter von Wissenschaft. Spätestens seit ARISTOTELES ist das Wesen einer Erscheinung durch die Regelmäßigkeit und die Häufigkeit ihres Auftretens bestimmt und ist Wissenschaft begrifflich dadurch ausgezeichnet, daß sie Allgemeingültiges, Regelhaftes, Gesetzmäßiges aussagt – also Allgemeines, das über den jeweiligen Einzelfall hinausweist. Der Wissenschaftscharakter von Aussagen erweist sich darin, daß diese den Einzelfall subsumieren und nach allgemeinen Regeln erklären. Auch wenn dies manchmal so weit geht, daß konkrete Einzelfälle von den allgemeinen Aussagen nicht mehr gedeckt werden, tut es der genannten Bestimmung von Wissenschaft keinen Abbruch, insofern als dies Besondere dann lediglich als Sonderfall oder Ausnahme von der Regel gilt.“¹⁰⁴³

In dieser Arbeit ist der Einzelfall mindestens so wichtig wie verallgemeinernde Aussagen über das subjektive Empfinden des Herzneurotikers. Aus diesem Grund wurde die Aussage, *Wissenschaft sei nur dann wissenschaftlich, wenn sie über den Einzelfall hinausweise*, zu Beginn relativiert, weil der Forscher mit narrativ formulierten Einzelfällen Wissen über den sozialen und biographischen Hintergrund des Patienten erhält, das der quantitativen Forschung verborgen bleibt.

Dennoch gilt, dass Wissenschaft grundsätzlich neues Wissen in ganz unterschiedlichen Bereichen und Disziplinen generieren möchte, um das Leben in seinen zahlreichen Facetten bis ins letzte Detail erklären und verstehen zu können. Wie sehr Wissenschaft mittlerweile fortgeschritten ist, zeigen auf eindrucksvolle Weise Projekte wie etwa das *menschliche Genom-Projekt*, welches das menschliche Genom entschlüsselt und damit zu den fundamentalen Bereichen des Lebens vorstößt.

Wissenschaft will also die Wirklichkeit beschreiben – und zwar so, wie sie ist. „Nun ist die klassische empirische Tradition im Zusammenhang mit dem Symbolischen Interaktionismus (...), der Paradigmendiskussion (...) und dem Konstruktivismus (...) deutlich in Frage gestellt worden. Im Grunde hat ja schon KANT (...) in Abgrenzung vom englischen Empirismus darauf hin-

¹⁰⁴³ Fatke in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 56

gewiesen, daß die ‚Wirklichkeit an sich‘ (...) nicht erkennbar ist, sondern daß Erkenntnis immer von unseren Anschauungsformen, z. B. Unterscheidungen im Blick auf räumliche und zeitliche Anordnung, abhängt.“¹⁰⁴⁴

Ob man nun die *eine Wirklichkeit* voraussetzt oder nicht – Wissenschaft will in jedem Fall zu neuen Erkenntnissen gelangen und dies tut sie mittels *Methoden*, welche die Art und Weise bezeichnen, *wie* neue Erkenntnisse gewonnen werden können.¹⁰⁴⁵

Generell sind „Methoden ... intendierte Handlungsweisen, die zwischen einem Handelnden und einem Gegenstand der Handlung vermitteln. Mit W. Dilthey (1922) und H. Rickert (1899) kann man zwischen naturwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen bzw. kulturwissenschaftlichen Methoden unterscheiden.“¹⁰⁴⁶ Und weiter: „Die psychologischen bzw. sozialwissenschaftlichen stehen dann, je nach ihrer methodologischen Ausrichtung, zwischen ihnen oder gehören beiden Richtungen an (...).“¹⁰⁴⁷

Dabei hat „Jedes methodische Vorgehen ... seine ganz *bestimmte Möglichkeit* und *seine Grenzen*.“¹⁰⁴⁸ Dennoch geschieht wissenschaftliche Forschung „... immer durch das Zusammenwirken *mehrerer Methoden*. Der wissenschaftstheoretische oder weltanschauliche Streit um die »richtigen« Methoden spielt sich darum auch zwischen Gruppen von Methoden ab, im wesentlichen zwischen den geisteswissenschaftlichen und den empirischen. Unter geisteswissenschaftlichen Methoden werden ziemlich übereinstimmend folgende verstanden: Hermeneutik (als verstehende und historische Methode), Phänomenologie und Dialektik.“¹⁰⁴⁹ Und weiter: „Für die empirischen Methoden ist eine Aufzählung nicht so eindeutig; am häufigsten werden dazu aufgeführt: Beobachtung, Befragung, Experiment, Test und Statistik.“¹⁰⁵⁰

„Aber auch jene Polarisierung zwischen empirischen und geisteswissenschaftlichen Methoden müßte nicht so extrem und ausschließlich sein, wenn diese jeweils *sinnvoll* eingesetzt und ergänzend aufeinander bezogen würden.“¹⁰⁵¹

¹⁰⁴⁴ König & Bentler in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 88 f

¹⁰⁴⁵ vgl. Danner 1998, S. 12

¹⁰⁴⁶ Kleining in Flick und andere 1991, S. 12

¹⁰⁴⁷ vgl. Metger 1982, zitiert nach Kleining in Flick und andere 1991, S. 12

¹⁰⁴⁸ vgl. Röhrs 1971, zitiert nach Danner 1998, S. 14

¹⁰⁴⁹ Danner 1998, S. 15

¹⁰⁵⁰ vgl. z. B. Röhrs 1971, zitiert nach Danner 1998, S. 15

¹⁰⁵¹ Danner 1998, S. 15

Somit bleibt festzuhalten: „Der *Gegenstand* also muss die Methode bestimmen, nicht umgekehrt; die wissenschaftliche Fragestellung muss der Ausgang sein, nicht die Methode.“¹⁰⁵²

Und „Während empirische Methoden mehr den Charakter des technischen Zugreifens besitzen, wollen die geisteswissenschaftlichen Methoden mehr den Gegenstand selbst sprechen lassen.“¹⁰⁵³

Die Kombination von empirischer Erhebungs- und geisteswissenschaftlicher Interpretationsmethode wird in der vorliegenden Arbeit umgesetzt, weil der eben genannte Punkt Ziel der Dissertation ist – sie will den Patienten zu Wort kommen lassen (empirische Erhebungsmethode des Interviews), um den Blickwinkel zu erweitern und die Herzneurose besser im Sinne von anders zu verstehen, indem die Daten der Patienten hermeneutisch interpretiert werden.

Wissenschaft spielt sich also immer zwischen dem empirischen und dem geisteswissenschaftlichen Pol ab. Dieser Unterscheidung muss in Ergänzungsabsicht jene in Geistes- und Naturwissenschaft hinzugefügt werden: „Seit DROYSEN und DILTHEY wird speziell in der deutschen wissenschaftsphilosophischen Tradition ein **Dualismus** zwischen den **Geistes- und Naturwissenschaften** vertreten. Die Naturwissenschaften beschränken hiernach ihre Erkenntnis auf die äußeren Beziehungen zwischen unbeseelten, geistlosen Gegenständen, deren Regelmäßigkeiten in allgemeinen, möglichst kausalen Gesetzen gefaßt werden: Ereignis- oder Sachverhaltensklassen sollen auf ihre Bedingungsklassen zurückgeführt, also erklärt werden. Die Geisteswissenschaften (...) wollen demgegenüber ihre Gegenstände selbst – gleichsam von innen her – erkennen, wobei der Objektbereich dieser Erkenntnis sinnvolle menschliche Lebensäußerungen umfaßt, deren **Ausdruck** (Zeichen, Sprache, Symbol, Handlung) **gedeutet** werden soll, damit deren ausgedrückte **Bedeutung** (Sinngehalt) durch einführendes Nachvollziehen des Interpreteten **verstanden** wird.“¹⁰⁵⁴

¹⁰⁵² vgl. Bollnow 1969, zitiert nach Danner 1998, S. 17

¹⁰⁵³ Danner 1998, S. 17

¹⁰⁵⁴ Spöring 1995, S. 49 f

„Hermeneutik ist als Methodologie der geisteswissenschaftlichen Erkenntnis demgemäß die Kunstlehre, wie sprachliche Äußerungen (in erster Linie schriftliche Texte) sinnadäquat auszulegen, wie sie in ihrem Bedeutungsgehalt auszuschöpfen sind ...“¹⁰⁵⁵

Danner sagt zum Unterschied zwischen Geistes- und Naturwissenschaften: „Während ... die Naturwissenschaft, ..., aus ist auf allgemeine *Gesetzmäßigkeiten*, befaßt sich Geisteswissenschaft mit geschichtlichen, anthropologischen Grundstrukturen. Das Auffinden von Gesetzmäßigkeiten beruht auf der Beschäftigung mit positiv Gegebenem (Positivismus!), mit *quantitativen* Momenten; Geisteswissenschaft hat dagegen *qualitative* Momente zum Inhalt, wie etwa Sinn, Wert, persönliche Einmaligkeit, Schönheit etc. Naturwissenschaft kann daher *messen*, zählen, wiegen, um zu Ergebnissen zu kommen, während Geisteswissenschaft auf Hinschauen, Beschreiben, *Deuten* angewiesen ist. Die Zusammenhänge sind im naturwissenschaftlichen Bereich *kausal*, d. h. auf eine bestimmte Ursache folgt immer eine bestimmte Wirkung; Geisteswissenschaften haben es dagegen mit *Sinn-Zusammenhängen* zu tun. Dort sind *Beweise* möglich, hier ... *Hinweise*.“¹⁰⁵⁶

Zu den Geisteswissenschaften „...“ zählt man (dabei, M. Hager) in der Regel die folgenden: Philosophie, Sprachwissenschaften, Geschichte, Kunstwissenschaften, Rechtswissenschaft, Theologie, aber auch – unter bestimmten Voraussetzungen – Pädagogik, Psychologie und Soziologie.“¹⁰⁵⁷ Einfacher gesagt sind Geisteswissenschaften die Disziplinen, die nicht zur Naturwissenschaft zählen.¹⁰⁵⁸

Und auch Danner kommt in diesem Zusammenhang auf Wilhelm Dilthey (1833–1911) zu sprechen, denn er war es insbesondere, „...“ der dem Wissenschaftsverständnis der *Naturwissenschaften* ein *geisteswissenschaftliches* entgegensetzen wollte. Nach *Dilthey* setzt geisteswissenschaftliche Erkenntnis an beim *Erleben* des Menschen, auch bei dessen *Geschichte*.“¹⁰⁵⁹

Eine erste Einteilung in Naturwissenschaft einerseits und Geisteswissenschaft andererseits hat also gezeigt, welche beiden Extrempole innerhalb wissenschaftlicher Forschung nebeneinander

¹⁰⁵⁵ Spöring 1995, S. 50

¹⁰⁵⁶ Danner 1998, S. 24

¹⁰⁵⁷ Danner 1998, S. 19

¹⁰⁵⁸ vgl. Danner 1998, S. 19

¹⁰⁵⁹ Danner 1998, S. 20

existieren. Welcher Wissenschaftsbereich dabei jeweils zum Einsatz kommt, richtet sich nach dem Forschungsgegenstand.

Eine weitere ‚Feinunterteilung‘ wissenschaftlicher Forschung werden die folgenden Abschnitte vornehmen, um gerade auch die Sozialforschung in Bezug auf Geistes- und Naturwissenschaft zu verorten.

4.2 Annäherung an die Erhebungsmethode der Arbeit

In diesem Abschnitt der Arbeit soll an das Erhebungsinstrument der Studie, das *narrative Interview*, das hier zusätzlich mit einem Leitfaden versehen ist, herangeführt werden.

Generell ist an dieser Stelle zunächst zu sagen, dass das Durchführen von Befragungen die häufigste Methode darstellt, in den Sozialwissenschaften Daten zu erheben.¹⁰⁶⁰

Bevor jedoch auf das Erhebungsinstrumentarium der Arbeit eingegangen wird, empfiehlt es sich, zunächst allgemein auf *qualitative* und *quantitative* Sozialforschung einzugehen (4.2.1), die (pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode beziehungsweise Gegenstandsbe- reich der qualitativen Sozialforschung einzuführen (4.2.2), um dadurch die Basis zur Einordnung des narrativen (Leitfaden-)Interviews als Spezialform qualitativer Interviews zu erhalten.

¹⁰⁶⁰ vgl. Spöring 1995, S. 147

4.2.1 Qualitative und quantitative Sozialforschung

„Sozialforschung' wollen wir in einem sehr weiten Sinne verstanden wissen, der sich nicht allein auf die Arbeitsfelder und Disziplinen von Soziologie, Sozialpsychologie und Psychologie beschränkt. Darüber hinaus gehören Ethnologie, Volkskunde, Geschichtswissenschaften, Politologie, Bevölkerungsforschung, Epidemiologie, Volkswirtschaftslehre, Arbeits- und Betriebswissenschaften bis hin zur vergleichenden Verhaltensforschung in diesen Zusammenhang. Der Begriff ‚qualitative Forschung' ist ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche theoretische, methodologische und methodische Zugänge zur sozialen Wirklichkeit. Qualitative Forschung läßt sich auf verschiedenen Ebenen einerseits als eigenständige Ergänzung, andererseits als Gegensatz, Abgrenzung und besondere Akzentuierung im Verhältnis zur vorwiegend am einheitswissenschaftlichen (d. h. an den Naturwissenschaften) Paradigma orientierten experimentellen, modelltheoretischen und quantitativen Sozialforschung begreifen.“¹⁰⁶¹

Der Bereich der *Sozialforschung* bezieht sich somit auf den Bereich der Vorgänge und Gegebenheiten im soziokulturellen Bereich.¹⁰⁶²

Sozialforschung ist eine *empirische* Forschungsrichtung. „Empirische Forschung sucht nach Erkenntnissen durch systematische Auswertung von Erfahrungen (‚empirisch': aus dem Griechischen, ‚auf Erfahrung beruhend').“¹⁰⁶³

Empirische Sozialforschung gliedert sich weiter in die *qualitative* und die *quantitative* Forschungsrichtung auf. „Die Methoden der empirischen Datenerhebung haben die Funktion, Ausschnitte der Realität, die in einer Untersuchung interessieren, möglichst genau zu beschreiben oder abzubilden. Im Vordergrund bei den sog. quantitativen Methoden steht die Frage, wie die zu erhebenden Merkmale operationalisiert bzw. quantifiziert werden sollen.“¹⁰⁶⁴ Dabei erfordern „... viele Untersuchungen ... Kombinationen (von Forschungsmethoden, M. Hager), wie z. B. das gleichzeitige Beobachten und Zählen, Befragen und Schätzen oder Testen und Messen. Die Art des Untersuchungsgegenstandes und der Untersuchungsteilnehmer sowie finanzielle und

¹⁰⁶¹ v. Kardorff in Flick und andere 1991, S. 3

¹⁰⁶² vgl. Hillmann 1994, S. 179

¹⁰⁶³ Bortz & Döring 2002, S. 5

¹⁰⁶⁴ Bortz & Döring 2002, S. 137

zeitliche Rahmenbedingungen sind Kriterien, die bei der Auswahl der Erhebungsart zu beachten sind (...)."¹⁰⁶⁵

Quantitative Forschung beruht also auf der Quantifizierung der Beobachtungsrealität, wohingegen qualitative Forschung mit der Interpretation verbaler Materialien arbeitet.¹⁰⁶⁶

Somit hat „Qualitative Forschung ... ihren Ausgangspunkt im Versuch eines vorrangig deutenden und sinnverstehenden Zugangs zu der interaktiv ‚hergestellt‘ und in sprachlichen wie nicht-sprachlichen Symbolen repräsentiert gedachten sozialen Wirklichkeit.“¹⁰⁶⁷

Vereinfacht, aber auf den Punkt gebracht, sieht Bortz den Unterschied zwischen *qualitativ* und *quantitativ* allein schon in der Frage, ob man mit oder ohne Zahlen arbeitet. Somit ist bereits eine zahlenmäßige Kodierung nominaler Antwortkategorien sowie eine Auszählung von Häufigkeiten einzelner Ausprägungsbesetzungen ein Arbeitsschritt quantifizierender Art.¹⁰⁶⁸

In welchem Verhältnis also stehen die beiden Polaritäten empirischer Sozialforschung? „Qualitative und quantitativ-standardisierte Forschung haben sich parallel zu zwei eigenständigen Bereichen empirischer Sozialforschung entwickelt. Sie lassen sich bei entsprechenden Fragestellungen auch miteinander verbinden (...). Dabei sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass sie sich in wesentlichen Punkten voneinander unterscheiden. ...:

1. In der quantitativen Forschung wird der Unabhängigkeit des Beobachters vom Forschungsgegenstand ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Qualitative Forschung greift dagegen auf die (...) subjektive Wahrnehmung des Forschers als Bestandteil der Erkenntnis zurück.
2. Quantitative Forschung ist für ihre vergleichend-statistischen Auswertungen auf ein hohes Maß an Standardisierung der Datenerhebung angewiesen. Qualitative Interviews sind hier flexibler und passen sich stärker dem Verlauf im Einzelfall an. Qualitative Forschung ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs (...) ... geht. Qualitative Forschung kann sog. harte Daten von Patienten (z. B. soziodemographische Daten, die Verteilung von Diagnosen in der Bevölkerung) ergänzen durch deren subjektive Sichtweisen – etwa Vorstellungen über die eigene be-

¹⁰⁶⁵ Bortz & Döring 2002, S. 137

¹⁰⁶⁶ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 295

¹⁰⁶⁷ v. Kardorff in Flick und andere 1991, S. 4

¹⁰⁶⁸ vgl. Bortz 1984, zitiert nach Spöring 1995, S. 16

rufliche Zukunft im Angesicht einer Erkrankung, ihre Zufriedenheit mit bestimmten Versorgungsleistungen."¹⁰⁶⁹

Vielleicht liegt es gerade an diesen Qualitäten der qualitativen Forschung, dass sie „... sich in den letzten Jahren zu einem breiten, manchmal schon fast unübersichtlichen Feld entwickelt (hat, M. Hager). In unterschiedlichen Disziplinen und Fächern ist sie zu einem Teil der Ausbildung in empirischen Forschungsmethoden geworden."¹⁰⁷⁰

Bezüglich der Unterscheidung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung gehen Bortz und Döring natürlich auch auf das *Datenmaterial* ein: „Während in der qualitativen Forschung Erfahrungsrealität zunächst verbalisiert wird (...), wird sie im quantitativen Ansatz numerisch beschrieben (...). Qualitative und quantitative Forschung unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Art des verarbeiteten Datenmaterials, sondern auch hinsichtlich Forschungsmethoden, Gegenstand und Wissenschaftsverständnis. Nicht selten wurden beide Ansätze sogar als unvereinbare Gegensätze betrachtet oder zumindest durch Gegensatzpaare charakterisiert (...). Extrempositionen, die einen Alleinvertretungsanspruch für einen Ansatz reklamieren und den jeweils anderen grundsätzlich ablehnen, werden jedoch in den letzten Jahren immer seltener vertreten (...).“¹⁰⁷¹

Diese ‚Annäherung‘ der beiden Positionen erklärt vielleicht auch Oswalds Standpunkt der Gemeinsamkeiten qualitativer und quantitativer Forschung, der jedoch in dieser Arbeit *so nicht* vertreten wird: „*Qualitative Forschung zielt wie quantitative Forschung auf Verallgemeinerung. Der Einzelfall interessiert nur, wenn er auf etwas Allgemeineres verweist, wenn seine Interpretation zu Erkenntnissen führt, die über ihn hinausreichen.*“¹⁰⁷² Fraglich ist nämlich, ob *ausschließlich* auf diese Weise argumentiert werden kann, denn gerade dieser Arbeit geht es auch darum, den Einzelfall zur Sprache kommen zu lassen, um das Patienten-Subjekt nicht erneut und ausschließlich unter allgemeinen Aussagen zu subsumieren!

Ferner liest man in diesem Aufsatz, dass qualitative und quantitative Forschung immer auf Erklärung und somit auf Theorie abziele,¹⁰⁷³ wohingegen die vorliegende Arbeit insbesondere auf

¹⁰⁶⁹ Flick und andere in Flick und andere 2000, S. 24 f

¹⁰⁷⁰ Flick und andere in Flick und andere 2000, S. 13

¹⁰⁷¹ Bortz & Döring 2002, S. 295

¹⁰⁷² Oswald in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 73

¹⁰⁷³ vgl. Oswald in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 73

ein besseres *Verständnis* des Herzneurotikers und seines Lebens abzielt, denn Erklärungen und Theorien gibt es bereits genug.

Zusammenfassend und im Überblick können also folgende Aussagen zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Forschung festgehalten werden:

- Während qualitative Forschung interpretierend auswertet, verarbeitet quantitative Forschung ihre Ergebnisse statistisch.¹⁰⁷⁴ Qualitatives Material kann aber dann quantifiziert werden, wenn der Übereinstimmungsgrad verschiedener Deutungen festgestellt werden soll.¹⁰⁷⁵ Auch Kelle und Erzberger sind der Meinung, dass die Grenzen zwischen quantitativer und qualitativer Methodologie nicht völlig unüberwindlich sein müssen, obwohl es gerade in Deutschland eine starke Tendenz gibt, die beiden Richtungen zwei genuin unterschiedlichen Methodenparadigmen zuzuordnen sowie in diesem Zusammenhang auf die jeweils unterschiedliche philosophische Wurzel hinzuweisen.¹⁰⁷⁶ Denn gerade in der Forschungspraxis werden „... immer häufiger interpretative »qualitative« Verfahren (...) mit standardisierten »quantitativen« Methoden zu gemeinsamen Untersuchungsdesigns verbunden.“¹⁰⁷⁷
- Im qualitativen Forschungsverfahren werden nicht numerische Materialien herangezogen wie etwa Interviewtexte, Briefe, Filme usw. Der Untersuchungsvorgang muss nicht oder nur in geringem Umfang standardisiert werden.¹⁰⁷⁸ Bei der Diskussion um das verwendete Material gelangt man automatisch auch zu den **Vor- und Nachteilen qualitativer und quantitativer Forschung**, denn „Dieses qualitative Material scheint ‚reichhaltiger‘ zu sein; es enthält viel mehr Details als ein Meßwert.“¹⁰⁷⁹ Und weiter: „Wenn man unstandardisiert befragt, will man natürlich genau den inhaltlichen Reichtum der individuellen Antworten in den Analysen berücksichtigen. Dazu dienen *interpretative Verfahren*. Sie gliedern und strukturieren Texte, arbeiten die wichtigsten Grundideen heraus und machen die Gedanken- und Erlebenswelt der Befragten transparent.“¹⁰⁸⁰ Im Gegensatz dazu sind Erhebungen mittels Fragebogen anonym und durch größere Distanz zum Befragenden charakterisiert, ein

¹⁰⁷⁴ vgl. hierzu z. B. Berg 1989, zitiert nach Bortz & Döring 2002, S. 295

¹⁰⁷⁵ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 296

¹⁰⁷⁶ vgl. Kelle & Erzberger in Flick und andere 2000, S. 299

¹⁰⁷⁷ vgl. Freter und andere 1991, Nickel und andere 1995, zitiert nach Kelle & Erzberger in Flick und andere 2000, S. 299 f

¹⁰⁷⁸ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 296

¹⁰⁷⁹ Bortz & Döring 2002, S. 296

¹⁰⁸⁰ Bortz & Döring 2002, S. 296

Umstand, der heikle Fragen eventuell offener beantworten lässt.¹⁰⁸¹ Die Vor- und Nachteile qualitativer und quantitativer Forschung kommentiert auch Spöring, indem hier die quantitative Forschung mit dem Laborexperiment, die qualitative mit der Feldstudie in Verbindung gesetzt wird, obwohl natürlich auch qualitative Gruppendiskussionen unter Laborbedingungen, strukturierte Verfahren auch in Feldsituationen natürlicher Art durchgeführt werden.¹⁰⁸² „Dem Laborexperiment wird eine vergleichsweise hohe **interne Validität** zugesprochen, d. h. daß die beobachteten Effekte (Veränderungen bzw. Unterschiede) in den abhängigen Verhaltensvariablen aufgrund der Ausschaltung von Störeinflüssen eindeutig auf die Wirkung der planmäßig (experimentell) veränderten Faktor- bzw. Stimulusvariablen zurückgeführt werden können. Demgegenüber gilt das Laborexperiment als mit der Hypothek einer relativ geringen **externen Validität**, d. h. einer geringen Verallgemeinerbarkeit auf andere Personengruppen, Zeitpunkte, Situationen oder Stimuluskriterien, belastet.“¹⁰⁸³ Und weiter: „Eine **standardisierte Befragung** weist vergleichsweise viele Merkmale der Künstlichkeit auf: die Verhaltensstimuli (die genau vorformulierten Fragen) und das Bewußtsein des gezielten Befragtwerdens tragen klar artifizielle Züge; das Antwortverhalten ist im Fall geschlossener (Auswahl-) Fragen ebenfalls unnatürlich, im Fall offener Fragen, bei denen der Befragte seine Antwort selbst formulieren kann, weniger.“¹⁰⁸⁴ Aber „Auch eine qualitative, explorative oder naturalistische Datengewinnung muß sich an den etablierten Gütekriterien der herkömmlichen Sozialforschung messen lassen, kann diese jedoch vergleichsweise liberaler fassen sowie durch zusätzliche Maßstäbe ... ergänzen.“¹⁰⁸⁵ Auch Terhart macht auf das Problem der Wissenschaftlichkeit qualitativer Daten aufmerksam: „Seit Beginn der neueren Diskussion um qualitative Methoden wird als eines der entscheidenden systematischen Probleme dieses Ansatzes die Frage nach der Notwendigkeit und Möglichkeit der Geltungsbegründung von interpretativ gewonnenen Aussagen gestellt. Während die quantitative Forschung diese Frage auf die höherliegende Ebene des wissenschaftstheoretischen Diskurses verfrachtet und damit erfolgreich aus dem praktischen Geschäft ausgelagert hat, sehen sich qualitative Forscher kontinuierlich der kritischen Rückfrage nach der ‚Wahrheit‘ ihrer Resultate ausgesetzt: Der Verdacht steht im Raum, daß es sich doch ‚nur‘ um subjektiv eingefärbten Journalismus, nichtverallgemeinerbare Einzelfallschilderungen, kurzum: um unkontrollierte und unkontrollierbare, bloß literarische, womöglich gar für irgendeine

¹⁰⁸¹ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 297

¹⁰⁸² vgl. Spöring 1995, S. 18

¹⁰⁸³ Spöring 1995, S. 19

¹⁰⁸⁴ Spöring 1995, S. 25

¹⁰⁸⁵ Spöring 1995, S. 27 - zu den Gütemaßstäben siehe Spöring 1995, S. 27 ff

Mission engagierte Aktivitäten handele – nicht aber um Wissenschaft."¹⁰⁸⁶ (Zur Verteidigung des qualitativen Ansatzes siehe Abschnitt 4.2.2.).

Die Vor- und Nachteile qualitativer und quantitativer Forschung führen direkt zu der Frage, *warum* und *wie* qualitative Forschung eigentlich entstanden ist.

Diesem Thema widmet sich der folgende Abschnitt.

Bortz und Döring greifen den Punkt auf, dass sich der qualitative Ansatz aus einer Kritik am quantitativen entwickelt hat.¹⁰⁸⁷ Er „... greift auf *Hermeneutik* und *Phänomenologie* zurück, erhielt wesentliche Impulse durch die *Chicagoe Schule* sowie durch den *Positivismusstreit* und wird mittlerweile als eigene *Disziplin* gehandelt.“¹⁰⁸⁸

„Als methodische Alternative zur quantitativen Sozialforschung wurden seit dem 19. Jahrhundert *Phänomenologie* und *Hermeneutik* propagiert, ...“¹⁰⁸⁹

Dilthey, der sagt, dass wir die Natur erklären wohingegen das Seelenleben verstanden wird,¹⁰⁹⁰ „... erklärte die Hermeneutik zur Grundmethode der Geistes- und Sozialwissenschaften: ...“¹⁰⁹¹

Die Phänomenologie hingegen, die auf Brentano (1874) zurückgeht und 1950 durch Husserl radikalisiert wurde, nimmt sich vor, „... durch objektive Erkenntnis das Wesen einer Sache, d. h. das Allgemeine, Invariante, zu erfassen, wobei die untersuchten Phänomene (...) so betrachtet werden, wie sie ‚sind‘ und nicht, wie sie aufgrund von Vorkenntnissen, Vorurteilen oder Theorien erscheinen mögen.“¹⁰⁹²

„Husserl konzipierte also ein Subjekt, das zur objektiven Welterkenntnis fähig ist.“¹⁰⁹³

¹⁰⁸⁶ Terhart in Friebertshäuser & Prengel 2002, S. 39, Hanses in Janz 1999, S. 106

¹⁰⁸⁷ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 301

¹⁰⁸⁸ Bortz & Döring 2002, S. 301

¹⁰⁸⁹ Bortz & Döring 2002, S. 302

¹⁰⁹⁰ vgl. Dilthey 1923, S. 1314

¹⁰⁹¹ Bortz & Döring 2002, S. 303

¹⁰⁹² Lamnek 1993, S. 59

¹⁰⁹³ Bortz & Döring 2002, S. 303

Eine weitere wichtige Säule qualitativer Forschung ist die *Chicagoer Schule*. „In den 20er und 30er Jahren¹⁰⁹⁴ (wurde, M. Hager) an der Universität von Chicago ... eine besonders alltagsnahe Forschung (Auseinandersetzung mit den sozialen Problemen der Millionenstadt Chicago) betrieben. Die sog. *Chicagoer Schule* brachte u.a. den *Symbolischen Interaktionismus* und die *Ethnomethodologie* als einflußreiche Theorie- und Forschungsrichtungen hervor.“¹⁰⁹⁵

Kurz gesagt beinhaltet die in den 30er Jahren¹⁰⁹⁶ von Mead und Blumer entwickelte Theorie des Symbolischen Interaktionismus, „... daß das Verhalten der Menschen weniger von objektiven Umweltmerkmalen geprägt ist als vielmehr von subjektiven Bedeutungen, die Menschen den Objekten und Personen ihrer Umwelt zuweisen (...). ..., d. h. die soziale Welt wird durch bedeutungsvolle Interaktionen zwischen den Menschen konstruiert (...). Konstruiert werden nicht nur Bedeutungen für Dinge, sondern auch Menschen: Die eigene Identität entsteht in der Interaktion und wird jeweils situativ ausgehandelt. Methodisch legt die Theorie teilnehmende Beobachtungsstudien bzw. Feldstudien (...) nahe, in denen die Forschenden an den symbolischen Interaktionen des Forschungsumfeldes beteiligt sind.“¹⁰⁹⁷

In der weiteren Entwicklung wurde die *Ethnomethodologie* „... in den 50er Jahren vor allem von Garfinkel (...) sowie Cicourel (...) entwickelt und knüpft an Phänomenologie und symbolischen Interaktionismus an. Die Theorie behandelt die Frage, mit welchen Techniken (...) Menschen (...) die gesellschaftliche Wirklichkeit und ihr Alltagshandeln mit Bedeutung (...) ausstatten.“¹⁰⁹⁸

Und „Unter dem Stichwort *Positivismusstreit* erlebten die Sozialwissenschaften in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts eine ... vehemente Auseinandersetzung über die Frage nach Werten und gesellschaftlicher Verantwortung im Wissenschaftsbetrieb (...)“¹⁰⁹⁹. Das ‚wertfreie‘ Vorgehen in der Tradition der Naturwissenschaften, das mit dem quantitativ-experimentellen Ansatz in die Sozial- und Humanwissenschaften importiert worden war, erweise sich keineswegs als wertneutral, sondern würde die herrschenden Machtverhältnisse unterstützen – so die Kritik der *Frankfurter Schule* (...). (Sie, M. Hager) ... warf dem empirisch-analytischen (‚positivistischen‘, ‚szientistischen‘) Ansatz vor, triviale Ergebnisse zu liefern, ein mechanistisches oder determi-

¹⁰⁹⁴ des letzten Jahrhunderts, M. Hager

¹⁰⁹⁵ Bortz & Döring 2002, S. 303 f

¹⁰⁹⁶ des letzten Jahrhunderts, M. Hager

¹⁰⁹⁷ Bortz & Döring 2002, S. 304

¹⁰⁹⁸ Bortz & Döring 2002, S. 304

¹⁰⁹⁹ vgl. z. B. Keuth 1989, zitiert nach Bortz & Döring 2002, S. 305

nistisches Menschenbild zu vertreten und die Komplexität menschlicher und sozialer Realität durch die partikuläre Beschäftigung mit einzelnen Variablen zu übersehen."¹¹⁰⁰

Zur eigenen Disziplin wurde die qualitative Forschung, als „In den 70er Jahren ... *qualitative Methoden* (offenes Interview, teilnehmende Beobachtung etc.) verstärkt aus den USA importiert und zunächst vor allem hinsichtlich ihrer methodologischen Grundlagen diskutiert und vom quantitativen Ansatz abgegrenzt (wurden, M. Hager), bevor in den 80er Jahren auch in Deutschland Lehrbücher zur qualitativen Forschung geschrieben wurden und sich qualitative Forschung ... zur eigenständigen *Disziplin* entwickelte:"¹¹⁰¹

¹¹⁰⁰ Bortz & Döring 2002, S. 305

¹¹⁰¹ Bortz & Döring 2002, S. 306

4.2.2 (Pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode und Gegenstandsbereich der qualitativen Sozialforschung

Nachdem nun dargestellt wurde, was qualitative Forschung ist, kann man jetzt einen Schritt weitergehen, indem *Biographieforschung* beziehungsweise *pädagogische Biographieforschung* beleuchtet wird.

Dies ist deshalb nötig, weil Biographieforschung eine qualitative Methode darstellt¹¹⁰² und Pädagogik schon immer eine biographisch orientierte Wissenschaft ist.¹¹⁰³ Und schließlich handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um ein pädagogisches und biographisch orientiertes Projekt.

Die *biographische Methode* ist also als spezifische Methode der qualitativen Sozialforschung zu verstehen.¹¹⁰⁴ „Die Auswertung von persönlichen Dokumenten (Tagebücher, Briefe, Memoiren, Autobiographien, Zeugenaussagen etc.) oder die Rekonstruktion von Lebensläufen (durch Befragung) wird als biographische Methode bezeichnet.“¹¹⁰⁵

Bortz und Döring hingegen legen die Betonung stärker auf kontrolliert gewonnene Daten; Biographieforschung benutze demnach „... meist biographisches Material, das unter kontrollierten Bedingungen erst auf Veranlassung des Forschers erstellt wird. Typischerweise werden offene oder teilstrukturierte Methoden der mündlichen und schriftlichen Befragungen eingesetzt (z. B. narrative Interviews, Leitfadeninterviews, Tagebuchmethode), um retrospektiv ganze Lebensgeschichten zu erfahren.“¹¹⁰⁶

Das Interesse an diesen ganzen Lebensgeschichten besteht im Bereich der Sozialwissenschaften aufgrund der Modernisierung gerade westlicher Gesellschaften,¹¹⁰⁷ weil „der Übergang in die Moderne ... üblicherweise als Individualisierungsprozeß im Sinne einer Freisetzung des Menschen aus ständischen und lokalen Bedingungen, einer Pluralisierung der Lebensverhältnisse und eines Gestaltungsverlustes traditioneller Orientierung gedeutet (wird, M. Hager).“¹¹⁰⁸

¹¹⁰² vgl. Baacke in Baacke & Schulze 1985, S. 5

¹¹⁰³ vgl. Baacke in Baacke & Schulze 1985, S. 4

¹¹⁰⁴ vgl. Lamnek 1993, S. 329

¹¹⁰⁵ Lamnek 1993, S. 341

¹¹⁰⁶ Bortz & Döring 2002, S. 349

¹¹⁰⁷ vgl. Bortz & Döring 2002, S. 349

¹¹⁰⁸ Kohli in Friedrichs 1986, S. 432

Ist die Biographieforschung nun *Forschungsmethode* oder *Gegenstandsbereich*?

„Biographie- oder biographische Forschung ist ein traditionsreiches sozialwissenschaftliches Arbeitsgebiet, das sowohl einen eigenständigen **Gegenstandsbereich** – die berichteten Lebensgeschichten einzelner Menschen – wie auch eine **Forschungsmethode** absteckt – die herkömmlich ... als ‚biographische Methode‘ (...) bezeichnet wird.“¹¹⁰⁹

Als Forschungsgegenstand interessant ist die Erzählung lebensgeschichtlicher Art in ihrem Informationswert sowie in ihrer einzigartigen und eigenständigen Leistung, die soziale Wirklichkeit verstehbar und beschreibbar zu machen; die Lebensgeschichte des Erzählers ist dabei sowohl Datenquelle als auch Forschungsergebnis.¹¹¹⁰

Nach Lankenau „... kann die bM (biographische Methode, M. Hager) in ihrem Auswertungsschritt als eine Anwendungsform der **Inhaltsanalyse**, in ihrer Datenerhebung im Fall biographischer Interviews als spezieller **Befragungstyp** aufgefaßt werden (...).“¹¹¹¹

Nach Kohli gelten drei allgemeine Ziele, wenn Biographien als Forschungsmethode sozialwissenschaftlicher Art verwendet werden:¹¹¹²

- (1) „... **Anspruch auf Subjektivität**: Erhebung der Eigenperspektive, der persönlichen Konstruktion der Realität und der bewußt wahrgenommenen Befindlichkeit der handelnden Subjekte als ihre subjektive Lebenswelt – in dieser Hinsicht in deutlichem Gegensatz etwa zur objektiven Hermeneutik (...),
- (2) **Anspruch auf Historizität**: Einbezug der geschichtlichen Dimension, des Prozeßcharakters des sozialen Lebens,
- (3) **Anspruch auf Ganzheitlichkeit**: Betrachtung des unverkürzten ‚ganzen Lebens‘, umfassender Einblick in das Soziale ohne eine vorschnelle Einschränkung des Erkenntnisblicks aufgrund vorgeprägter theoretischer Interessen (bspw. in der Form standardisierter Erhebungskategorien).“¹¹¹³

¹¹⁰⁹ Spöring 1995, S. 253

¹¹¹⁰ vgl. Fuchs-Heinritz 1984, S. 153

¹¹¹¹ vgl. Lankenau 1986, zitiert nach Spöring 1995, S. 254

¹¹¹² vgl. Kohli 1981, zitiert nach Spöring 1995, S. 254

¹¹¹³ Spöring 1995, S. 255

„Nach diesem Verständnis soll die bM (biographische Methode, M. Hager) eine möglichst umfassende und reichhaltige Beschreibung vortheoretischen Charakters der Lebensgeschichte einzelner Personen erreichen, wie sie von diesen Menschen selbst – gleichsam als ‚Autobiographien‘ – in ihrer zeitlichen Entwicklung, aber vom heutigen Standpunkt aus, wahrgenommen und mitgeteilt wird.“¹¹¹⁴

Also richtet sich „Biographische Forschung ... auf das ‚ganze Leben‘ des Subjekts; es ist der ideale Fokus auch dort, wo ein Teilabschnitt davon (z. B. eine Krankheitskarriere) im Vordergrund steht. Subjektive Erfahrung und subjektives Handeln rückt damit ins Zentrum der Aufmerksamkeit; in diesem Sinn kann man sagen, daß Biographieforschung die umfassendste Thematisierung von Subjektivität ist.“¹¹¹⁵

Und mit welchem Ziel wird biographisch geforscht? Biographische Forschung wird etwa betrieben, um neue Sozialerfahrungen zu gewinnen, um in die gesellschaftspolitische Diskussion einzugreifen, die über ‚richtiges Leben‘ und ‚menschenwürdigere Zukunft unserer Gesellschaft‘ geführt wird, um beispielsweise menschliches Handlungsverständnis ‚von innen‘ betrachten zu können, um etwa Prozessdaten sozialer Abläufe zu gewinnen („Lebensgeschichte als Lerngeschichte“).¹¹¹⁶

Ein weiterer Grund dieses Forschungszuganges – und der qualitativen Forschung insgesamt – ist das „Interesse an der **persönlichen Rekonstruktion der Geschichte** in der Erzählung gerade auch dann, wenn die ‚objektive Geschichte‘ in ihren Zahlen, Daten und Ereignissen (...) bekannt ist, nicht aber die Erfahrungsweise der betroffenen Menschen im Alltag, ihre ‚kollektiven Erfahrungen und Erinnerungen‘: die ‚Geschichte von unten‘, ‚mündliche Geschichtsüberlieferung‘ oder ‚Alltagsgeschichte‘.“¹¹¹⁷ Grundsätzlich gilt also, dass die biographische Methode „... generell geeigneter (ist, M. Hager) für subjektive gegenüber objektiven Themen, für qualitative gegenüber quantitativen Studien, für Einzelfall- gegenüber repräsentativen Stichprobenerhebungen und für ein exploratorisches oder deskriptives gegenüber einem hypothesentestenden Forschungsziel.“¹¹¹⁸

¹¹¹⁴ Spöring 1995, S. 255

¹¹¹⁵ Kohli & Robert 1984, S. 4

¹¹¹⁶ vgl. Spöring 1995, S. 256

¹¹¹⁷ Spöring 1995, S. 256 f

¹¹¹⁸ Spöring 1995, S. 259

Auf das Thema dieser Arbeit bezogen bleibt hinzuzufügen, „... daß ein großer Bedarf besteht über die symptombezogene Fachkompetenz der Medizin hinaus, in dem Spiegel der anderen einen Austausch und Reflexion über das Leben mit Krankheit zu erhalten. Krankheit verbleibt in den (auto-)biographischen Thematisierungen nicht in der Erörterung des kranken Organs, sondern sie wird aus dem Kontext der Lebensgeschichte vorgestellt.“¹¹¹⁹

Bereits angesprochenes Problem: In den Wissenschaften stößt dieses Vorhaben oft auf Befremden und Ablehnung.¹¹²⁰ Denn methodologisch ergeben sich aus der biographischen Forschung Schwierigkeiten, wenn man den wissenschaftlichen Maßstab der Allgemeingültigkeit anlegt.¹¹²¹ „Wie ein unversöhnlicher Widerspruch scheinen (sich, M. Hager) die Konkretheit des Einzelfalls und die gerade vom Einzelfall abstrahierte Allgemeingültigkeit wissenschaftlicher Aussagen gegenüberzustehen.“¹¹²² Hinzu kommt das Problem, dass sich gelebtes und erzähltes Leben nicht zwangsläufig decken müssen (und dies auch sicher nicht tun, M. Hager).¹¹²³

Hanses stellt jedoch die für die Biographieforschung typischen Thesen auf, warum es sich hier um ein wissenschaftliches Konzept handelt, das durchaus Sinn macht:

- 1) *„Die Realität muß nicht in einem deduktiven Verfahren an die Theorie angeglichen werden, sondern empirisches Material kann selbst Gegenstand der Theorieentwicklung sein.“*¹¹²⁴ Im klassischen Sinne nämlich sieht Forschung so aus, dass man aus der bestehenden Theorie- menge ein Hypothesenmodell ableitet, mit dessen Hilfe die Realität der Daten zur Überprüfung gelangt – dies wäre das deduktive Verfahren, dem die Gefahr inhärent ist, die soziale Wirklichkeit ungenügend abzubilden, weil sie ein recht hohes Abstraktionsniveau besitzt.¹¹²⁵
- 2) *„Die Gesetzmäßigkeit läßt sich nur im und durch den einzelnen Fall entwickeln, nicht jenseits von ihm.“*¹¹²⁶ Der einzelne Fall ist demnach keine Ausnahme von der Regel, sondern in ihm

¹¹¹⁹ Hanses in Janz 1999, S. 105 f

¹¹²⁰ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 106

¹¹²¹ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 106

¹¹²² Hanses in Janz 1999, S. 106

¹¹²³ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 106

¹¹²⁴ Hanses in Janz 1999, S. 107

¹¹²⁵ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 108

¹¹²⁶ Hanses in Janz 1999, S. 109

kommt die soziale Wirklichkeit erst zum Vorschein, die der quantifizierenden Subsumtionswissenschaft verborgen bleibt.¹¹²⁷

- 3) „Die scheinbare Beliebigkeit retrospektiver Erzählung ist weniger als subjektive Verzerrung von Wirklichkeit zu erfassen, sondern erweist sich vielmehr als konstitutive Bedingung von (erzählter) Lebensgeschichte.“¹¹²⁸ Der temporale Charakter der Biographie ginge nämlich verloren, wenn man sie als Akkumulation einzelner Ereignisse, als Produkt von Life-Events verstehen würde.¹¹²⁹ „Es gibt ein Vorher und ein Nachher, ein Vergangenes, ein Gegenwärtiges und ein Zukünftiges, das von dem Erzähler immer wieder neu in Beziehung gesetzt wird. Ein sinnvoller Zugang zur erzählten Lebensgeschichte kann nur unter Anerkennung der zeitlichen Struktur geschehen.“¹¹³⁰ An dieser Stelle wird also deutlich, dass Biographieforschung nicht den Blick auf die Vergangenheit eröffnet, die als objektiv und faktisch betrachtet wird, „... sondern vielmehr Konstruktionen der Erzählenden aus der gegenwärtigen Perspektive auf die Gesamtfigur der eigenen Lebensgeschichte eröffnen. Gemeint ist damit, daß das Subjekt mit dem Erzählen immer wieder auf der Grundlage der eigenen Erfahrungsaufschichtungen und der gegenwärtigen lebensgeschichtlichen Gesamtsituation ‚Biographie‘ sinnbringend erzeugt.“¹¹³¹

Nach dieser allgemeinen Einführung in die Biographieforschung stellt sich nun die Frage, was speziell pädagogische beziehungsweise erziehungswissenschaftliche Biographieforschung leistet.

Am Beispiel der Bildungsforschung und im Kontrast zur quantitativen Forschung kann dies folgendermaßen erläutert werden: „Die Zahl der jährlichen Abbrecher innerhalb des Gymnasiums läßt sich quantitativ vergleichsweise leicht ermitteln – was es bedeutet, eine erfolglose Gymnasialkarriere zu erleben und zu verarbeiten, ist damit noch nicht erfaßt.“¹¹³² Dies ist nämlich Aufgabe der qualitativen Herangehensweise an dieses Thema. Also will qualitative Forschung auch innerhalb der Erziehungswissenschaft „... dem jeweiligen Gegenstandsbereich keine vorab formulierten Theoriemodelle überstülpen, sondern Verallgemeinerungen, Bilder, Modelle, Strukturen aus der möglichst unverstellten Erfahrung des Forschers im Gegenstandsbereich selbst gewinnen: Erfahrung sozialer Wirklichkeit ‚aus erster Hand‘.“¹¹³³

¹¹²⁷ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 109

¹¹²⁸ Hanses in Janz 1999, S. 110

¹¹²⁹ vgl. Hanses in Janz 1999, S. 110

¹¹³⁰ Hanses in Janz 1999, S. 110

¹¹³¹ Hanses in Janz 1999, S. 111

¹¹³² Terhart in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 27

¹¹³³ Terhart in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 30

Warum aber hat gerade „... der qualitative Methodenansatz innerhalb der Erziehungswissenschaft eine so schnelle Verbreitung gefunden? Ist qualitative Forschung das für die Erziehungswissenschaft besonders geeignete Forschungskonzept – gar der spezifisch erziehungswissenschaftliche Forschungsansatz schlechthin?“¹¹³⁴

Dazu gilt festzuhalten, „... daß ‚der‘ qualitative Ansatz – wenn man einmal unter Vernachlässigung der internen Unterschiede und Kontroversen pauschal formulieren will – *kein genuin erziehungswissenschaftliches Forschungskonzept ist*. Hierzu gibt es zwei Begründungen: Zunächst einmal wird das gesamte Spektrum qualitativer Methodik auch in anderen Sozialwissenschaften angewandt. Insofern gibt es schon de facto kein Exklusivrecht der Erziehungswissenschaft. Zweitens – und dies ist entscheidender – ist auch gar nicht recht vorstellbar, was denn eigentlich eine genuin erziehungswissenschaftliche Forschungsmethode sein könnte, d. h. eine solche, die spezifisch erziehungswissenschaftliche Belange aufnimmt und als solche dann in keiner anderen Disziplin sinnvoll einzusetzen wäre“¹¹³⁵

Biographieforschung ist also keine Methode, die der Erziehungswissenschaft vorbehalten ist; hier kann Terhart zugestimmt werden. Und trotzdem gehört Biographieforschung zur Erziehungswissenschaft, denn sie hat „... ein ganz spezifisches eigenständiges Erkenntnisinteresse an Biographieprozessen. Sie ist bemüht, Lebensgeschichten unter dem Fokus von Lern- und Bildungsgeschichten zu rekonstruieren (...).“¹¹³⁶

Theoriegeschichtlich kann „Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung ... zunächst grundlegend als Zusammentreffen zweier Traditionen verstanden werden. Zum einen handelt es sich um eine Reaktualisierung geisteswissenschaftlich-hermeneutischer und phänomenologischer Tradition, vor allem der Philosophie Wilhelm Diltheys und Edmund Husserls, zum anderen handelt es sich um die sozialwissenschaftliche Entwicklungslinie des sogenannten Qualitativen Paradigmas, die im weitesten Sinne als Verstehende Soziologie oder Wissenssoziologie angesprochen werden kann.“¹¹³⁷

¹¹³⁴ Terhart in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 37

¹¹³⁵ Terhart in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 37 f

¹¹³⁶ vgl. Marotzki 1990, Schulze 1995, zitiert nach Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 44

¹¹³⁷ Marotzki in Jüttemann & Thomae 1999, S. 44

Pädagogische Biographieforschung „... bezieht ... insbesondere jene Texte ein, die von den Subjekten der Forschung selbst erstellt worden sind: Originalton in Interviews, Biographien und Autobiographien, aber auch fiktives Material. Da Realität (über Erinnerung oder Situation-Wahrnehmung) nie vollständig erfaßt wird, sondern immer im defiziten Modus bleibt, ist beispielsweise das Erzählen von Geschichten durchaus aufschlußreich. Denn Erzählungen sensibilisieren und vermeiden Klassifizierungen und Typisierungen vorschneller Art, die schnell zu Abstraktionen führen und damit den Handlungskontext verdunkeln; sie veranschaulichen den Gegenstand der Untersuchung, erschließen fremde Lebenswelten (Erzählungen der Großeltern) oder weisen auf Punkte hin, die von der Routine wissenschaftlicher Paradigmatisierung schnell übersehen werden können (...).“¹¹³⁸

Wo aber liegt nun der Unterschied zur Biographieforschung insgesamt? Denn fremde Lebenswelten untersucht schließlich auch jene Biographieforschung, die sich außerhalb der Erziehungswissenschaft befindet!

Pädagogik hat ein *besonderes* Interesse an Biographien: „Das Interesse an biographischen Fragestellungen liegt im Zentrum des pädagogischen Interesses schlechthin: Etwas darüber zu erfahren, wie, ganz allgemein gesprochen, Menschen zu dem werden, was sie sind, d. h. wie sich die Verarbeitung kollektiver, zeittypischer und individueller je besonderer Entwicklungsbedingungen in der subjektiven Struktur eines Menschen niederschlägt, wie er zu den Einstellungen und Haltungen, den Interessen und Überzeugungen kommt, die er hat, dies kann Pädagogen kaum gleichgültig sein. Lebensgeschichten sind ja immer auch Erziehungs-, Lern- und Bildungsgeschichten.“¹¹³⁹

Dabei betont Fröhlich den Umstand, dass man hierbei auch auf das eigene Leben verwiesen sei,¹¹⁴⁰ denn „Um erzählte Lebensgeschichten zu verstehen, bedarf es eines Verständnisses der eigenen Lebensgeschichte. Insofern wäre in der Tat das pädagogische Biographieninteresse letztlich auch ein autobiographisches (...).“¹¹⁴¹

¹¹³⁸ vgl. Baacke 1979, zitiert nach Baacke in Flick und andere 1991, S. 46

¹¹³⁹ Göppel in Bittner & Fröhlich 1997, S. 80

¹¹⁴⁰ vgl. Fröhlich in Bittner & Fröhlich 1997, S. 167

¹¹⁴¹ vgl. Bittner 1996, zitiert nach Fröhlich in Bittner & Fröhlich 1997, S. 183

Es ist also festzuhalten, dass Pädagogen autobiographische Erzähltexte als Bildungsgeschichten lesen.¹¹⁴² „Menschen erzählen darin, was sie aus ihrem Leben gemacht haben bzw. was ihr Leben aus ihnen gemacht hat, unter welchen persönlichen Lebensumständen und Erziehungseinflüssen und unter welchen geschichtlich-geistigen Horizonten sie zu dem geworden sind, was sie sind.“¹¹⁴³

Und für den Biographieforscher mit psychoanalytischem Interesse „... kommt noch ein weiterer Punkt hinzu: die autobiographische Erzählung ist das eine, das gelebte Leben das andere; das Leben kann der Erzählung niemals ganz zugänglich werden; der Erzähltext gibt das Leben nur mit Auslassungen und Entstellungen wieder. Psychoanalyse betrachtet den Ich-Standpunkt des autobiographischen Erzählers auf dem Hintergrund des Nicht-Erzählten, Nicht-Gewussten, z. T. nicht Wissbaren und dennoch Lebensbedeutsamen. Einfacher ausgedrückt: man versteht eine autobiographische Geschichte nur, wenn man die vielen nicht erzählten Geschichten, die noch drinstecken, mitversteht (vgl. Bittner 1994).“¹¹⁴⁴

Das bedeutet letztlich, dass nicht nur faktisch Erzähltes innerhalb autobiographischer Texte wichtig ist, sondern dass jene Deutungen fast wichtiger erscheinen, welche der Erzählende seinem eigenen Leben gibt.¹¹⁴⁵

Schließlich bleibt die Frage zu klären, wie es sich mit der geschichtlichen Entwicklung dieses Bereiches verhält. „Die Anfänge der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Biographien sind im 18. Jahrhundert zu lokalisieren. Neben der Historiographie, der Literaturwissenschaft und der Philosophie war auch die Pädagogik an der Begründung der Biographieforschung beteiligt.“¹¹⁴⁶ Denn „So heißt es bei ROUSSEAU auf den ersten Seiten seines autobiographischen Erziehungsromanes ‚Emile‘: ‚Leben ist die große Kunst, die der Mensch zu lernen hat‘ (...) ...“¹¹⁴⁷

Für Psychologie und Pädagogik haben dann Vertreter Pädagogischer Psychologie und Entwicklungspsychologie die biographische Methode fruchtbar gemacht – zu nennen wären hier Clara und William Stern, aber auch Charlotte Bühler hat hier ihren Beitrag geleistet, indem sie

¹¹⁴² vgl. Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, S. 46

¹¹⁴³ Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, S. 46

¹¹⁴⁴ Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, S. 46 f

¹¹⁴⁵ vgl. Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, S. 47

¹¹⁴⁶ Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 44

¹¹⁴⁷ Rousseau 1762, zitiert nach Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 44

Tagebücher unter dem Aspekt der Psychologie des Lebenslaufes untersuchte und einen Generationenvergleich anstrebte.¹¹⁴⁸

Allerdings fand im deutschsprachigen Raum „... die Blütezeit der Biographieforschung in Pädagogik und Psychologie durch den Nationalsozialismus ... ein jähes Ende, dessen zentrale Ideologeme – Rasse und Vererbung – den Prämissen biographischen Denkens widersprachen. In der Nachkriegszeit spielte die Biographieforschung weder in der Pädagogik, noch in den Nachbardisziplinen, der Psychologie und der Soziologie, die sich an quantitativ ausgerichteten amerikanischen Vorbildern orientierten, in Westdeutschland eine große Rolle.“¹¹⁴⁹

Und die realistische Wende in den Erziehungswissenschaften hat in den 60er und frühen 70er Jahren ihren Beitrag zu dieser Entwicklung geleistet, denn biographisch orientierte Ansätze mussten der Hinwendung zur quantitativen Methodik empirischer Sozialforschung weichen.¹¹⁵⁰

„Erst in den späten 60er Jahren kam es in mehreren Disziplinen zugleich und zeitgleich auch in Frankreich, Kanada, USA, Italien und anderen Ländern zu einer Renaissance der Biographieforschung. Zu vermuten ist, daß dieses neu erwachende Interesse am Gegenstand der Biographie im Prozeß eines weitreichenden Individualisierungsschubes der modernen Gesellschaft seine wissenschaftsexternen Ursachen hat.“¹¹⁵¹

Und „In der Erziehungswissenschaft wurde vor allem in dem von BAACKE & SCHULZE im Jahre 1979 herausgegebenen Sammelband ‚Aus Geschichten lernen‘ der programmatische Bezugsrahmen für die Ausarbeitung einer biographischen und narrativen Orientierung in der Pädagogik formuliert und zugleich daran erinnert, daß Lebensgeschichten zuerst einmal Lerngeschichten sind.“¹¹⁵²

Heute beschäftigt sich pädagogische Biographieforschung mehr mit empirischen Zugängen sowie Konkretisierungen und weniger mit programmatischen Vorschlägen oder methodologischen Begründungen.¹¹⁵³

¹¹⁴⁸ vgl. Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 45

¹¹⁴⁹ Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 45

¹¹⁵⁰ vgl. Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 45

¹¹⁵¹ Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 45

¹¹⁵² Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 46

¹¹⁵³ vgl. Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 48

4.2.3 Das narrative (Leitfaden-)Interview als Spezialform qualitativer Interviews – zu einem gegenstandsangemessenen und in der Biographieforschung häufig angewandten Erhebungsinstrument

„Interviews geben den Befragten selbst das Wort, sie erhalten im Interview Gelegenheit, über ihre Biographie, Weltsicht, Erfahrungen und Kontexte zu berichten und machen diese Informationen damit der Forschung zugänglich.“¹¹⁵⁴

Ganz allgemein versteht man „Unter Interview als Forschungsinstrument ... ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll.“¹¹⁵⁵

Hierbei ergeben sich Unterschiede bezüglich

(1) dem „Ausmaß der **Standardisierung/Strukturierung** ...: Im **vollstandardisierten** (...) Interview sind die Abfolge und der Wortlaut der einzelnen Fragen eindeutig und verbindlich vorgegeben; bei **geschlossenen Fragen** (Auswahlfragen) ist der Befragte darüber hinaus gehalten, sich zwischen vorgegebenen Antwortalternativen zu entscheiden. Im **halb- oder teilstandardisierten** (...) Interview sind die Fragen nur mehr oder minder in einem **Interview-Leitfaden** festgelegt. Im **nichtstandardisierten** (sog. ‚unstrukturierten‘, ‚freien‘, ‚offenen‘ oder ‚qualitativen‘) Interview wird ein thematischer Rahmen in der Form eines Gesprächs-Leitfadens vorgegeben; der konkrete Gesprächsverlauf bleibt dann weitgehend offen und hängt stark von den Persönlichkeiten des Befragten und des Befragers sowie von der Interaktion zwischen beiden ab.“¹¹⁵⁶

Die Erhebung der Daten dieser Arbeit erfolgt mittels einer Interviewtechnik, die hier *narratives Leitfadeninterview* genannt wird. Um zu verstehen, was es mit diesem ‚gemischten‘ Verfahren auf sich hat, wird das narrative Interview in seiner ursprünglichen Form vorgestellt, um dann die Kombination mit dem entworfenen Leitfaden darzustellen. Diese Form der Datengewinnung wurde für diese Arbeit gewählt, um grundsätzlich auf die Narration, also die Erzählung des Befragten einen Schwerpunkt zu legen; weil aber die Arbeit bestimmte Themenbereiche un-

¹¹⁵⁴ Friebertshäuser in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 371

¹¹⁵⁵ Scheuch 1973, zitiert nach Spöring 1995, S. 148

¹¹⁵⁶ Spöring 1995, S. 148, zu den Standardisierungsgraden eines Interviews vgl. auch Aiken 1989, Keßler 1982, Trost 1996, zitiert nach Kruse & Schmitt in Jüttemann & Thomae 1999, S. 161

bedingt erforschen möchte, scheint es angebracht zu sein, diese Form des qualitativen Interviews mit leitenden Fragen zu kombinieren, die aber im Detail erst nach dem Erzählfluss des Befragten eingebracht werden sollen. Dadurch ist gewährleistet, dass ganz bestimmte und ausgewählte Punkte in der Patientenbetroffenheit auch tatsächlich in der Befragungssituation angesprochen werden.

Diese Leitideen der Erhebung werden aber andererseits schon so breit wie möglich in den Stimulus zur Erzählung eingebracht, um den groben Rahmen gleich abzustecken.

Wie bereits erwähnt handelt es sich beim narrativen Interview um ein qualitatives Interview. „In der Sozialforschung sind qualitative Interviews – teilstandardisierte oder offene Interviews – sehr verbreitet. Im Rahmen quantitativer Forschungsprojekte dienen sie vor allem der Vorbereitung standardisierter Erhebungen und der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten. In der qualitativen Sozialforschung sind ihre Einsatzmöglichkeiten vielfältiger.“¹¹⁵⁷

Denn „Gerade im qualitativen Interview hat der Befragte die Möglichkeit, *seine Wirklichkeitsdefinitionen* dem Forscher mitzuteilen, während in der quantitativen Befragung, also bei weitestgehender Standardisierung, der Forscher mit einem theoretischen Konzept, das er selbst und quasi unabhängig vom zu untersuchenden Objektbereich entwickelt hat, also mit seiner operationalisierten Wirklichkeitsdefinition, zum Befragten kommt und dieser dann in das Schema des Forschers hineingezwängt wird. Aus der *Ablehnung dieser Prädetermination durch den Forscher* ergibt sich das zentrale Prinzip interpretativer Sozialforschung, das natürlich auch qualitativen Interviews inhärent ist, nämlich das *Prinzip der Offenheit*.“¹¹⁵⁸ Es besagt, dass eine Strukturierung theoretischer Art des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis die Forschungssubjekte eine Strukturierung des Forschungsgegenstandes herausgebildet haben.¹¹⁵⁹

„Eine zweite Maxime qualitativer Forschung, die der *Kommunikativität*, meint, ‚daß der Forscher den Zugang zu bedeutungsstrukturierten Daten im allgemeinen nur gewinnt, wenn er eine Kommunikationsbeziehung mit dem Forschungssubjekt eingeht und dabei das kommunikative Regelsystem des Forschungssubjekts in Geltung läßt‘ (...).“¹¹⁶⁰

¹¹⁵⁷ Hopf in Flick und andere 2000, S. 349 f

¹¹⁵⁸ Lamnek 1993, S. 61

¹¹⁵⁹ vgl. Hoffmann-Riem 1980, zitiert nach Lamnek 1993, S. 61 f

¹¹⁶⁰ Hoffmann-Riem 1980, zitiert nach Lamnek 1993, S. 62

Und „Dieses Prinzip ergibt sich aus dem ‚Umstand, daß die Gesellschaftsmitglieder primär in Gesprächsform miteinander verkehren und daß demzufolge die gesellschaftliche Produktion von Wirklichkeit zu einem wesentlichen Teil sozusagen gesprächsweise erledigt wird‘ (...).“¹¹⁶¹

Schließlich entspricht das „... qualitative Interview ... diesen beiden methodologischen Aspekten des interpretativen Paradigmas unmittelbar und offenkundig: dem Prinzip der Kommunikativität insoweit, als es sich beim Interview um eine mündlich-personale Kommunikation handelt, die durch Sprache des Befragten bestimmt wird und dem Prinzip der Offenheit, weil in der qualitativen Form des Interviews keine Vorabstrukturierung und Standardisierung erfolgt, sondern weil damit die Bedeutungsstrukturierung durch den Befragten erst möglich wird.“¹¹⁶²

Die Gemeinsamkeit aller qualitativen Interviewverfahren besteht dabei in der Tatsache, dass sie alle ohne festen Fragebogen arbeiten und dem Interviewpartner viel Spielraum lassen; sie fordern den Interviewten zu freier und ausführlicher Artikulation seiner Meinung zum Forschungsthema auf.¹¹⁶³

Wie bereits erwähnt wird in der vorliegenden Arbeit eine Mischform zwischen Leitfaden- und narrativem Interview verwendet, um die Daten zu erheben. Diese Art des Forschungsdesigns ist auch legitim. „Bspw. sichert der Leitfadenteil Informationen zu sozialstatistischen Daten und wichtigen biographischen oder historischen Situationen des Interviewten; ansonsten liegt das Schwergewicht auf der freien Erzählbarkeit des autobiographisch Berichtenden.“¹¹⁶⁴

Das einfache, nicht schwerpunktmäßig narrativ orientierte Leitfaden- Interview hingegen führt zur Gewinnung eines Gerüsts „... für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht. Dennoch läßt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfaden-Konzeption nicht antizipiert wurden.“¹¹⁶⁵

¹¹⁶¹ Wolff 1986, zitiert nach Lamnek 1993, S. 62

¹¹⁶² Lamnek 1993, S. 62

¹¹⁶³ vgl. Spöring 1995, S. 155 f

¹¹⁶⁴ Spöring 1995, S. 264

¹¹⁶⁵ Bortz & Döring 2002, S. 315

Der weitere Verlauf widmet sich nun aber der ursprünglichen Form des narrativen Interviews, weil „Ein großer Teil erziehungswissenschaftlicher Forschungsprojekte, die mit qualitativen Methoden arbeiten, ... einen biographieanalytischen Zuschnitt ... (aufweisen, M. Hager). In der Regel wird mit dem narrativen Interview (Schütze 1983) oder dessen Varianten als Datenerhebungs- und Datenauswertungsinstrument gearbeitet.“¹¹⁶⁶

Das von Schütze und Mitarbeiter entwickelte Verfahren, das in der Tradition interpretativer Sozialforschung steht,¹¹⁶⁷ „... ist ein sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren, das nicht dem sonst üblichen Frage-und-Antwort-Schema folgt. (...)“¹¹⁶⁸

Es wird eingesetzt, wenn es um lebensgeschichtlich bezogene Fragestellungen geht.¹¹⁶⁹ In seiner ursprünglichen Form ist das Grundelement eines narrativen Interviews die vom Befragten frei entwickelte Stegreiferzählung, die mittels einer Eingangsfrage angeregt wird, wobei der Begriff ‚narratives Interview‘ zum Teil auch als Bezeichnung teilstandardisierter Interviews biographischer Art verwendet wird.¹¹⁷⁰

Der Bezug zur Erziehungswissenschaft ist gegeben, weil lebensgeschichtliche Erzählungen, die mit dem narrativen Interview hervorgebracht werden, den Blick auf kollektive und individuelle Prozesse des Lernens und der Bildung ermöglichen.¹¹⁷¹

Dabei eignet sich das narrative Interview autobiographischer Art besonders dazu, Phänomene sozialer Natur in ihrer Prozesshaftigkeit zu analysieren.¹¹⁷² „Als prozeßanalytisches Verfahren vermittelt das narrative Interview einen Einblick in die Genese sozialer Abläufe und geht damit über eine punktuelle Erfassung hinaus.“¹¹⁷³ Ein anderer Vorteil – und daher ist dieses Verfahren für die vorliegende Arbeit angemessen – besteht in der Möglichkeit, soziale Wirklichkeit zu erfassen – und zwar immer aus der Perspektive des handelnden und erleidenden Subjekts.¹¹⁷⁴

¹¹⁶⁶ Marotzki in Jüttemann & Thomae 1999, S. 44

¹¹⁶⁷ vgl. Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 445

¹¹⁶⁸ vgl. Schütze 1976, zitiert nach Hermanns in Flick und andere 1991, S. 182

¹¹⁶⁹ vgl. Hopf in Flick und andere 2000, S. 355

¹¹⁷⁰ vgl. Hopf in Flick und andere 2000, S. 355

¹¹⁷¹ vgl. Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 445

¹¹⁷² vgl. Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 446

¹¹⁷³ Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 446

¹¹⁷⁴ vgl. Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, S. 447

Noch einmal: „Im narrativen Interview soll der Informant also die Möglichkeit erhalten, entlang eines selbstgewählten roten Fadens seine Lebensgeschichte zu erzählen. Dem Interviewten wird also vom Interaktionsgeschehen in der Interviewsituation her die Autonomie zugewiesen, seine Erlebnis- und Gestaltungsperspektive zu suchen, zu wählen und zu entfalten.“¹¹⁷⁵ Dabei versteht sich das narrative Interview „... als geschehensnah, wenig methodisch gefiltert und vergleichsweise nicht-reaktiv:“¹¹⁷⁶

Eine sehr übersichtliche Einführung in die Methode des narrativen Interviews gibt Glinka (1998), die an dieser Stelle dargestellt werden soll, um neben seiner Definition auch den Verlauf sowie Möglichkeiten und Grenzen dieser Erhebungs- (und Interpretations-)Methode aufzuzeigen.

Bekannt ist bereits, dass der Befragte in einer Stegreiferzählung Ereignisabläufe darstellen soll, in die er verwickelt gewesen ist. Durch dieses Verfahren werden zurückliegende Erlebnisse quasi wieder lebendig, weil der dynamische Erzählvorgang die Erzählervorstellungen retrospektiver Art in Gang bringt und den Befragten somit noch einmal in vergangene Situationen des Handelns und Erleidens versetzt. Am Beginn des Gesprächs wird ein so genannter *Erzählstimulus* gesetzt, der das Gespräch in Gang setzt. Dann unternimmt der Forscher aber keine thematischen Interventionen mehr, weil jene innerhalb der Stegreiferzählung zur Reaktualisierung kommenden Erlebnisgestalten den Interviewten mehr oder weniger führen, ihm die Darstellungslinien vorgeben.¹¹⁷⁷

Ist die Erzählung vom Interviewten selbst und für den Interviewer hörbar beendet worden, gilt die Haupterzählung als beendet. Nach deren Ende kann der Forscher selbst aktiv werden und weitere Fragen stellen, indem er das Erzählpotential des Interviewten zunächst weiter ausschöpfen möchte; ist dieser Schritt erledigt, kann das Argumentationsschema reaktiviert werden, indem eigentheoretische Kommentare aus der Haupterzählung aufgegriffen werden.¹¹⁷⁸

Bevor das Interview startet, sollte der Befragte aber zuerst über den Sinn des Interviews aufgeklärt werden, ebenso sollten Informationen über den Ablauf des Verfahrens gegeben werden.¹¹⁷⁹

¹¹⁷⁵ Marotzki in Krüger & Marotzki 1999, S. 113 f

¹¹⁷⁶ Spöring 1995, S. 168

¹¹⁷⁷ vgl. Glinka 1998, S. 9 ff

¹¹⁷⁸ vgl. Glinka 1998, S. 14 ff

¹¹⁷⁹ vgl. Glinka 1998, S. 11

Ähnlich beschreibt auch Lamnek das Verfahren und teilt es in verschiedene Phasen ein:

In **Phase 1** sollte der Interviewte Informationen über Besonderheiten und die Funktion narrativer Interviews erhalten.

In **Phase 2**, der Einleitung, wird der Aspekt geklärt, unter dem der Erzähler selbst erlebte Ereignisse darstellen soll. Ferner sollte der Befragte merken, dass er nicht nur berichten, sondern vielmehr zwanglos erzählen soll.

In **Phase 3** beginnt die eigentliche Phase des Erzählens, die erst dann beendet ist, wenn es der Befragte selbst so sieht.

In **Phase 4** können je nach Bedürfnislage Nachfragen gestellt werden, die dienlich sind, um Widersprüche oder ungeklärte Fragen aufzugreifen, wobei auch hier wieder die Narration des Befragten im Vordergrund steht.

Schließlich kann in **Phase 5** eine Bilanz erfolgen, in welcher direkte Fragen gestellt werden können. Ziel ist es hier, zusammen mit dem Interviewten den ganzheitlichen Sinn der Geschichte zu erörtern. Daraus ergibt sich der Zugzwang zur Detaillierung sowie Plausibilität, im Übrigen auch die Möglichkeit einer komplexen rekonstruktiven Deutung.¹¹⁸⁰ „Teilerzählungen müssen gegenüber dem ja fremden Interviewer in ihrer Bedeutung in die Gesamterzählung eingebettet und Zusammenhänge dem fremden Interviewer expliziert werden (...).“¹¹⁸¹

Und entsprechend wird – soweit dies in der konkreten Interviewsituation möglich ist – in dieser Arbeit verfahren, denn es ist unbedingt zu beachten, dass diese subjektive Methode, die immer auch stark von den jeweiligen Emotionen und Verfassungen der Teilnehmer abhängt, nicht unbedingt mit jedem Patienten derart konsequent umgesetzt werden kann. Außerdem gilt nach Meinung des Verfassers auch hier, dass kein vorgefertigtes Theoriekonstrukt über die Interviewsituationen gestülpt werden sollte. Als grobe Orientierung für den Ablauf der Gespräche gilt jedoch:

¹¹⁸⁰ vgl. Lamnek 1993, S. 71 f

¹¹⁸¹ vgl. Hoffmann-Riem 1980, zitiert nach Lamnek 1993, S. 72

In **Phase 1** wird der Interviewte über die Technik und Funktionsweise des narrativen Interviews aufgeklärt, weil es wichtig erscheint, über das Ziel derartiger Befragungen zu informieren. Diese *Basisinformationen* finden bei allen Interviewpartnern bereits bei der ersten Kontaktaufnahme am Telefon oder in der Klinik statt, weil durch das Erklären des Erhebungsvorganges ein erstes Vertrauen aufgebaut werden kann und gleichzeitig der zeitlich offene Rahmen genannt wird, denn schließlich bestimmt der Befragte die Länge des Interviews.

Phase 2 wird derartig umgesetzt, dass alle Interviewpartner darüber informiert werden, dass sie ihre Erkrankung und das Leben mit ihr unter der Grundsatzfrage erläutern sollen, was die Krankheit aus ihrem Leben gemacht hat und wie sich der Patient auf die Krankheit eingelassen, was er aus ihr gemacht hat. Dabei ergeht die freundliche Aufforderung, doch einfach zu erzählen und ohne Zwang wichtige Ereignisse und Zusammenhänge darzustellen und dabei besonders auf die Auswirkungen auf die im Leitfaden genannten Bereiche zu achten, die dem Interviewteilnehmer vor der Befragung erläutert werden. Phase 2 entspricht dem Setzen des Erzählstimulus bei Glinka, der Inhalt des Leitfadens wird im Überblick vermittelt.

In **Phase 3** formulieren die Befragten in möglichst ununterbrochener Art und Weise ihre Stegreiferzählung, wobei das Eingreifen des Interviewers zum Beispiel dann legitimiert erscheint, wenn sich das Interview zu einem ‚Gespräch‘ entwickelt oder wenn sich das Erzählen schleppend gestaltet.

In **Phase 4**, und bei Bedarf in allen anderen Phasen der Befragung, kommt der Leitfaden zum Einsatz und beleuchtet nach dem Ausräumen eventueller Unklarheiten bezüglich des Interviewinhaltes die die vorliegende Arbeit besonders interessierenden Bereiche des Lebens. Dabei wird nicht streng jede Frage gestellt, sondern es kommt darauf an, welche Bereiche für den Gesamtkontext des Interviews noch wichtig erscheinen. Auch hier erhält der Befragte wieder Gelegenheit zur freien Narration.

Eine Bilanzierung des Gesamtgesprächs in der Form einer **5. Phase** geschieht in der Regel automatisch während der Interviewsituation und muss daher nicht grundsätzlich vom Interviewer gesondert stimuliert werden.

Wie bereits erwähnt handelt es sich beim Erhebungsverfahren der vorliegenden Arbeit um ein *narratives Interview*, und zwar deswegen, weil der freien und ununterbrochenen Narration des Befragten äußerste Priorität eingeräumt wird.

„Neben dem narrativen Interview wird das offene Leitfadeninterview¹¹⁸² zur Erhebung biographischer Daten verwendet.“¹¹⁸³

Der Leitfaden, der nachstehend aufgeführt wird und sich an den grundsätzlichen Bereichen des menschlichen Lebens orientiert, hat die Aufgabe, den Befragten nicht völlig vom Thema abkommen zu lassen, indem er etwa nur von seinem ersten symptomatischen Anfall erzählt, nicht aber vom Leben mit der Erkrankung.

Folgender Leitfaden, der der Haupterzählung nachgestellt beachtet und trotzdem in Form des Erzählstimulus bereits zu Beginn des Gesprächs benannt wird, findet Verwendung:

- Seit wann leidet der Patient an der Erkrankung und wie trat sie erstmals auf?

- Wie hat sich das Krankheitsbild weiterentwickelt?

- Was hat die Krankheit aus dem Leben des Patienten gemacht?

Wie wirkt sie sich auf Alltag, Beruf, Partnerschaft und Familie, soziales Umfeld und Freundeskreis, aktuelle Lebensführung und Zukunftsplanung aus?

- Was hat der Patient aus der Erkrankung gemacht?

Ist die Erkrankung ausschließlich hinderlich

oder gibt es durch sie auch einen Krankheitsgewinn¹¹⁸⁴

im Sinne eines wie auch immer gearteten Nutzens?

¹¹⁸² das in der vorliegenden Arbeit narratives (Leitfaden-)Interview genannt wird

¹¹⁸³ Lamnek 1993, S. 379

¹¹⁸⁴ die Unterscheidung in primären und sekundären Krankheitsgewinn entfällt zu Gunsten eines globalen Verständnisses des Begriffs ‚Krankheitsgewinn‘ im Sinne eines Nutzens.

Der Leitfaden ist in Zusammenarbeit mit Ilona Biendarra¹¹⁸⁵ entstanden, die den Interviewer zu Beginn der Studie über *sein* Leben mit der Erkrankung befragt hat. Entsprechend der Inhalte jener Befragung, die ebenfalls narrativ gewesen ist, haben sich die im Leitfaden aufgenommenen Kernpunkte herausgebildet, die prinzipiell alle Lebensbereiche tangieren.

¹¹⁸⁵ wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl von Prof. Dr. Bittner

4.3 Die Transkription des Datenmaterials

„Das von Beginn an mit Tonband aufgezeichnete narrative Interview ... wird nun im folgenden Arbeitsschritt so genau wie nötig transkribiert.“¹¹⁸⁶

Dabei versteht man unter *Transkription* „... die graphische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen, die an einem Gespräch (...) teilnehmen. Zur Transkription gehören *Transkribierende*, *Notationszeichen*, das Produkt in Form eines *Transkripts* und die *Transkriptleser*. Ziel der Herstellung eines Transkripts ist es, die geäußerten Wortfolgen (verbale Merkmale), häufig aber auch deren lautliche Gestaltung, z. B. durch Tonhöhe und Lautstärke (prosodische Merkmale) sowie redegleitendes nichtsprachliches Verhalten (sei es vokal wie Lachen oder Räuspern – parasprachliche Merkmale – oder nichtvokal wie Gesten oder Blickverhalten – außersprachliche Merkmale) möglichst genau auf dem Papier darzustellen, sodass die Besonderheiten eines einmaligen Gesprächs sichtbar werden.“¹¹⁸⁷

Dabei unterscheidet man die *Transkription* „... von der *Deskription* des Gesprächsverhaltens. So kann das hörbare Einatmen eines Gesprächsteilnehmers durch »hhh« transkribiert oder durch »EINATMEN« beschrieben werden. Der Buchstabe »h«, so wird angenommen, bildet in schriftlicher Form den Vorgang des Atmens ab, und die Anzahl der Buchstaben gibt den Eindruck von der Dauer der Atmung.“¹¹⁸⁸

Das mündliche, durch Interviews gewonnene Datenmaterial wird nach der gerade beschriebenen Art und Weise *transkribiert* und *deskribiert*. Prosodische Merkmale wie Lautstärke oder Tonhöhe werden dann besonders hervorgehoben, wenn das Merkmal für die Interpretation von Bedeutung erscheint, redegleitendes Verhalten vokaler Art wie etwa Husten, Räuspern usw. werden *deskribiert*, nichtsprachliche wie Blickverhalten oder Gestikulierungen werden protokolliert bzw. *deskribiert*, wenn das Verhalten auffällig ist oder für den Zusammenhang wichtig erscheint.

Eine gewisse Wertung in der Wichtigkeit der im Interview eingefangenen und über den gesprochenen Text hinausgehenden Merkmale (s. o.) durch den Interviewer, der gleichzeitig auch *trans-* und *deskribiert*, erscheint legitim, denn „Der **Feinheitsgrad** der Transkription ist eine Ent-

¹¹⁸⁶ Glinka 1998, S. 18

¹¹⁸⁷ Kowal & O'Connell in Flick und andere 2000, S. 438

¹¹⁸⁸ Kowal & O'Connell in Flick und andere 2000, S. 438

scheidung des jeweiligen Forschers vor dem Hintergrund seines Forschungsgegenstandes, seiner Profession und vielen anderen Kriterien, die er nach eigenem Ermessen zu berücksichtigen hat."¹¹⁸⁹

Die Trans- und Deskription des Datenmaterials sollte und wird also „So genau wie nötig, aber so gewissenhaft wie möglich (durchgeführt werden, M. Hager).“¹¹⁹⁰

Und auch Bittner schreibt, dass man auf eine getreuliche Transkription aller Äußerungen wie ‚Ah‘ oder ‚Hm‘ verzichten könne, weil man Exaktheit in der Verschriftlichung dadurch nicht beweise.¹¹⁹¹

Bevor die in den Transkripten verwendeten Notationszeichen im Überblick dargestellt werden, muss aber noch auf einen wesentlichen Teil des Transkriptionsverfahrens hingewiesen werden, der auch in der vorliegenden Arbeit in gewissenhafter Weise durchgeführt wird, um den Patienten zu schützen – es handelt sich hierbei um die *Anonymisierung* der persönlichen **Patientenangaben** wie beispielsweise Wohnort, Anzahl der Kinder, Beruf usw. „Im Interviewarrangement wurde ja ... dem Informanten absolute Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert. In diesem Verfahren ... (der, M. Hager) Anonymisierung werden alle Eigennamen sowie Zeit- und Ortsangaben – letztendlich jeder Hinweis im Text, der Rückschlüsse auf den Erzähler zulassen könnte – durch Decknamen maskiert. Die Maskierung sollte andererseits jedoch berücksichtigen, daß der damit einhergehende Entfremdungseffekt nicht soweit vorangetrieben wird, daß die Gesamtgestalt der Ereignisse und die Kontexte, die die kognitiven Figuren verknüpfen, erhalten bleiben.“¹¹⁹²

Bei der Trans- und Deskription der Daten wurden folgende Regeln beachtet, die Mergenthaler (1992) beschrieben hat und die auch am angegebenen Ort in Kombination mit einem Beispielttranskript nachgelesen werden können:

- Betonte Aussagen werden mit nachgestelltem Ausrufezeichen gekennzeichnet. Beispiel: da hatte ich plötzlich Angst! bekommen

¹¹⁸⁹ Glinka 1998, S. 23

¹¹⁹⁰ Glinka 1998, S. 23

¹¹⁹¹ vgl. Bittner 2001, S. 61

¹¹⁹² Glinka 1998, S. 23 f

- Auffällige Betonungen werden mit nachgestelltem Doppelpunkt versehen. Beispiel: ich war damals im Schwarzwald: zur Kur
- Um dem Datenschutz gerecht zu werden, müssen Namen verändert werden. Diese werden dann mit einem vorangestellten Sternchen markiert. Beispiel: der *Benjamin hat mir sehr geholfen
- Werden andere Personen vom Befragten zitiert, wird das Zitat folgendermaßen gekennzeichnet: und meine Frau meint `du musst unbedingt zum Arzt gehen'
- Eine Besonderheit ergibt sich auch bei der Interpunktion, die nicht wie üblich verwendet wird. Ein Fragezeichen wird eingesetzt, wenn gefragt wird. Beispiel: ja kann ich mir denn da wirklich sicher sein? Ein Punkt wird nur dann verwendet, wenn der Befragte oder der Interviewer einen Gedanken endgültig abschließt. Beispiel: A: und dann war die Kur auch schon vorbei. I: vielleicht erzählen Sie jetzt etwas über Ihren Alltag Kommata kennzeichnen ein kurzes Zögern, wenn der Gedanke danach wieder aufgegriffen wird. Beispiel: ich war zu der Zeit wirklich ratlos, aber nach und nach kamen einige Ideen Der Strichpunkt kommt zum Einsatz, wenn ein Gedanke abgeschlossen ist, ein neuer jedoch folgt. Beispiel: die Ärzte wollten mir ja schließlich helfen; und dann passierte aber das Unfassbare
- Abgebrochene Wörter werden folgendermaßen markiert: das war sehr merkwü- merkwürdig
- Bei unverständlichen Teilen ersetzt pro Wort ein Schrägstrich unverständliche Teile. Beispiel: das Symptom war typisch / sagte der Arzt
- Bei Sprechpausen gilt: - entspricht ca. 2 Sekunden, - - entsprechen etwa 5 Sekunden, - - - stehen für 10 Sekunden Pause, - - - - markieren 15 Sekunden, - - - - - weisen auf 30 Sekunden Pause hin.
- Bestätigungen werden durch ein ‚hm‘ oder ‚hmhm‘ dargestellt.
- Bei Fragen setzt man ein ‚hm?‘ ein, wichtig ist das Fragezeichen, das von der Bestätigung unterscheidet.
- Verwunderung wird mittels ‚hm, hmhm,‘ transkribiert. Ratlosigkeit mit ‚hm. hmhm.‘ Zu beachten ist also, dass Kommata und Punkte zwischen Verwunderung und Ratlosigkeit unterscheiden.
- Eine Verneinung drückt man durch ein ‚hmhm‘ aus.
- Freie Kommentare können in Klammern und nachgestellt deskribiert werden: ... (Patient lacht leise).

- Groß- und Kleinschreibung entspricht nicht der gewöhnlichen Regelung, denn außer Substantiven, Eigennamen und Anreden wird alles kleingeschrieben – auch der Satzanfang.
- Abkürzungen werden ausgeschrieben (zum Beispiel). Sie werden aber übernommen, wenn sie Bestandteil des Namens sind (BP-Tankstelle).
- Stottert ein Befragter, wird dies so verschriftlicht: ich ha- ha- habe es doch gesagt.
- Zahlen werden ausgeschrieben, wo es möglich ist (elf Uhr, 1991 war ich ...)
- Wortschöpfungen werden mit Bindestrichen transkribiert (das In-der-Welt-Sein).
- Fehler werden übernommen, es ergeht nachstehend in Klammern der Hinweis, dass es sich hier um einen Fehler handelt: ich habe allergerisch (Versprecher) reagiert.¹¹⁹³

Schließlich ergeht der Hinweis, dass jeder Befragte nach dem Interview darauf hingewiesen wird, dass der Interviewer der Schweigepflicht unterliegt und das Datenmaterial lediglich im Rahmen der Dissertation verwendet. Diesen Umstand akzeptiert der Befragte und gestattet dem Interviewer mittels Unterschrift die Verwendung der Daten im Rahmen der getroffenen Vereinbarung.

¹¹⁹³ vgl. Mergenthaler 1992

4.4 Das Interpretationsverfahren der Arbeit

Mit der Darstellung des Interpretationsverfahrens kommt die vorliegende Arbeit an dem Punkt an, der sie von vielen anderen Dissertationen unterscheidet.

Generell gilt, dass „Die Auswertungskategorien und -instrumente für ein Leitfadeninterview, das im Sinne qualitativer Forschung konzipiert und geführt worden ist, ... in Auseinandersetzung mit dem erhobenen Material (entstehen, M. Hager). Eine der offenen Fragetechnik (...) angemessene Auswertung kann das Material nicht mit vorfixierten Themenkatalogen interpretieren und zusammenfassen; diese lassen sich nur teilweise vor der Erhebung entwerfen.“¹¹⁹⁴ Und weiter: „Welche Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews im Rahmen einer Untersuchung gewählt werden, hängt von der Zielsetzung, der Fragestellung und dem methodischen Ansatz ab – und nicht zuletzt davon, wie viel Zeit, Forschungsmittel und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.“¹¹⁹⁵

Auch Fuchs-Heinritz schreibt, dass es keine eindeutigen Regeln für die Auswertung und die Interpretation biographischer Interviews gebe,¹¹⁹⁶ nach Bude ist jedoch die Subjektivität des Interpretierenden nicht durch ein methodisches Verfahren zu ersetzen.¹¹⁹⁷

An dieser Stelle ergeht der Hinweis, dass das narrative (Leitfaden-)Interview lediglich der *Datenerhebung* dient, das von Schütze vorgeschlagene Interpretationsverfahren kommt nicht zur Anwendung.

Wie also sieht die Interpretation der Interviews dieser Arbeit aus, wenn doch keine verbindlichen Regeln existieren?

Die Interpretation selbst wird sich auf die geisteswissenschaftliche Methode der **Hermeneutik** stützen; jedes Interview wird zunächst einzeln interpretiert dargestellt (Kapitel 5). In einem zweiten Schritt werden die Daten in einer Zusammenfassung (Kapitel 6) dargestellt, um zu zeigen, wie die Herzneurose als biographisches Ereignis im Gesamtüberblick verstanden werden

¹¹⁹⁴ Schmidt in Flick und andere 2000, S. 447

¹¹⁹⁵ Schmidt in Flick und andere 2000, S. 447

¹¹⁹⁶ vgl. Fuchs-Heinritz 1984, S. 280

¹¹⁹⁷ vgl. Bude 1984, zitiert nach Spöring 1995, S. 271

kann. Der eigentliche erste Interpretationsschritt ist aber der wesentliche Inhalt und bedarf daher der genauen Explikation.

Dies ist Ziel des folgenden Abschnitts.

Dazu ist es zunächst notwendig, in die Grundlagen der Hermeneutik einzuführen, um dann auf den Interpretationsansatz von Bittner einzugehen, der sich dieser geisteswissenschaftlichen Methode bedient.

Zunächst gilt: Das Wort ‚Hermeneutik‘ drückt aus, dass etwas zum Verstehen gebracht werden soll, daß Verstehen vermittelt werden soll.¹¹⁹⁸ „Unter Hermeneutik haben wir somit die »Kunst der Auslegung« zu verstehen.“¹¹⁹⁹ Dabei ist Hermeneutik gleichzeitig Auslegungskunst und Theorie der Auslegung.¹²⁰⁰

„Verstehen im hermeneutischen Sinn erstreckt sich jedoch nicht nur auf Texte. Vielmehr können wir ganz allgemein und vorwegnehmend sagen, daß wir immer dann hermeneutisch vorgehen, wenn wir mit *Menschen* und mit *menschlichen Produkten* im weitesten Sinn umgehen.“¹²⁰¹

Allerdings muss beachtet werden, dass es keine einheitliche Theorie der Hermeneutik gibt.¹²⁰²

Zentraler Begriff der Hermeneutik ist der des *Verstehens*. Wir verstehen ständig, beispielsweise die Gesten anderer Menschen oder deren Worte, wir verstehen Aufforderungen der Werbung, wir verstehen eine Melodie oder einen geistigen Zusammenhang. Dabei ist Verstehen das Erkennen einer Sache als etwas Menschliches, gleichzeitig erfassen wir beim Verstehen die Bedeutung dieser Sache – beispielsweise erkennt man Laute als Worte und erfasst dabei deren Bedeutung. Also erkennt man beim Verstehen ein Inneres aus Zeichen, wobei diese Zeichen von außen gegeben sind – und zwar sinnlich, weil wir sie über unsere Sinne erfahren. Die genannten Zeichen weisen also sowohl ein Äußeres als auch ein Inneres auf. Verstehen bedeutet nun,

¹¹⁹⁸ vgl. Danner 1998, S. 31

¹¹⁹⁹ Danner 1998, S. 31

¹²⁰⁰ vgl. Ritzel 1970, zitiert nach Danner 1998, S. 32

¹²⁰¹ vgl. Diemer 1977, zitiert nach Danner 1998, S. 32

¹²⁰² vgl. Broecken in Ellwein und andere 1975, zitiert nach Danner 1998, S. 33

mittels des Äußeren ein Inneres erkennen zu können, wobei sich das Innere als Sinn und Bedeutung zeigt, das Äußere kann als Ausdruck dieses Sinns verstanden werden.¹²⁰³

„Hermeneutisches Verstehen ist in erster Linie Sinn-Verstehen. Psychologisches Einfühlen, Sich-hineinversetzen in den anderen macht darum nicht das gesamte hermeneutische Verstehen aus; es kann als Sonderfall von Verstehen begriffen werden.“¹²⁰⁴

Danner unterscheidet weiterhin zwischen elementarem Verstehen, das automatisch und ohne Anstrengung abläuft und dem höheren Verstehen, das bewusst und aktiv stattfindet.¹²⁰⁵ Allerdings stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieser Unterscheidung, denn „Der Verstehensvorgang bleibt ... beim höheren wie beim elementaren Verstehen im Prinzip immer derselbe: Etwas wird als etwas verstanden.“¹²⁰⁶

Wie aber ist es möglich, etwas zu verstehen, was ein anderer Mensch hervorgebracht hat? Verstehen ist nur aufgrund des *objektiven Geistes* möglich; dieser ist als etwas Gemeinsames zu verstehen, er ist ein verbindendes Drittes, die einzelnen Menschen partizipieren an ihm. Deshalb ist der objektive Geist etwas Verbindliches, wir können nicht beliebig darüber verfügen, er ist uns also vorgegeben, weil wir in jene Sphäre der Gemeinsamkeiten letztlich hineingeboren wurden.¹²⁰⁷

„Zum »objektiven Geist« gehört die Gemeinsamkeit *aller* Lebensbezüge, wie *Dilthey* mit Wort, Satz, Gebärde, Höflichkeitsformel, Kunstwerk und historischer Tat andeutet, also nicht nur die Sprache.“¹²⁰⁸

Zu beachten ist ferner, dass der objektive Geist kulturell und historisch bedingt ist, d. h. er ist geschichtlich. Bezüglich des Verstehens gilt daher, dass es sich immer um Verstehen von Geschichtlichem handelt, weil dieses, das Verstehen ermöglichende Gemeinsame, ein geschichtlich Gewordenes darstellt. Verstehen ist also selbst auch geschichtlich; allgemeingültiges Ver-

¹²⁰³ vgl. Danner 1998, S. 34 ff

¹²⁰⁴ vgl. Diemer in Diemer 1971, zitiert nach Danner 1998, S. 44

¹²⁰⁵ vgl. Danner 1998, S. 44 ff

¹²⁰⁶ Danner 1998, S. 45

¹²⁰⁷ vgl. Danner 1998, S. 47 f

¹²⁰⁸ Danner 1998, S. 49

stehen ist daher unmöglich – in diesem Umstand liegt dabei das Hauptproblem der Hermeneutik und der Geisteswissenschaften insgesamt.¹²⁰⁹

Wie aber soll dann Hermeneutik mit den Gütekriterien wissenschaftlicher Forschung in Einklang gebracht werden?

„Die Verbindlichkeit des hermeneutischen Verstehens liegt zwischen den Extremen einer (absoluten) Allgemeingültigkeit und einer bloßen Subjektivität. Wer über den Menschen allgemeingültige Aussagen erhalten will, muss auch bei ihm etwa im Sinne der Physik vorgehen.“¹²¹⁰

Es ist ja hinreichend bekannt, dass Allgemeingültigkeit ein Wissenschaftsideal darstellt, aber es bleibt zu fragen, ob der Mensch diesem Ideal geopfert werden soll. Somit bleibt festzuhalten, dass der subjektive Erfahrungshintergrund Teil des Verstehensprozesses ist. Dabei läuft das (höhere) Verstehen in der Weise ab, dass mit einer Art Vorverständnis etwa ein Text (hier die autobiographischen Aussagen der Befragten) verstanden werden kann, wobei das so erreichte Textverständnis wieder das Vorverständnis korrigiert und so weiter. In diesem Zusammenhang spricht man daher auch vom *hermeneutischen Zirkel*.¹²¹¹

Daher gilt, dass „... dasjenige, was verstanden werden soll, schon irgendwie vorweg verstanden sein (muss, M. Hager).“¹²¹²

Schon hier wird darauf hingewiesen, dass Hermeneutik daher eine tragende Rolle in dieser Arbeit spielt, weil der genannte Grundsatz innerhalb der Interpretationsmethode gleich in doppelter Hinsicht beachtet wird, nämlich einmal durch den umfangreichen Theorieteil, der die Herzneurose aus medizinischer Sicht darstellt und viele Aussagen referiert, die ‚von außen‘ gewonnen wurden; ferner gilt der Grundsatz des Vorverstehens wegen der Erfahrung des Verfassers dieser Arbeit – er leidet selbst seit Jahren an einer Herzneurose. Mit diesem Vorverständnis werden die Interviews beleuchtet, um das Leben mit der Erkrankung besser zum Verstehen zu bringen und gleichzeitig den Patienten, der mit der Erkrankung lebt, in den Mittelpunkt zu stellen.

¹²⁰⁹ vgl. Danner 1998, S. 50 ff

¹²¹⁰ Danner 1998, S. 52

¹²¹¹ vgl. Danner 1998, S. 53 ff

¹²¹² vgl. Broecken in Ellwein und andere 1975, zitiert nach Danner 1998, S. 57

Generell besteht im hermeneutischen Verstehensprozess aber eine hermeneutische Differenz „... zwischen Verstehendem und dem vom Autor Gesagten, und es bleibt letztlich offen, ob es zu einem endgültigen Verstehen kommt, ja überhaupt kommen kann.“¹²¹³

Der hermeneutische Zirkel dient dabei dem Verständnis, der Korrektur oder Erweiterung des Teils vom Ganzen her und des Ganzen vom Teil.¹²¹⁴

Nach diesem Exkurs in die grundsätzliche Funktionsweise hermeneutischen Verstehens soll das Dargestellte nun auf die Interpretationsweise des hier verarbeiteten Datenmaterials übertragen werden.

Hat man lebensgeschichtliche Aussagen erhoben, stellt sich die Frage, wie diese interpretiert werden sollen.

Bittner stützt sich hier auf Dilthey (1894) und geht davon aus, „... dass der psychologische Forscher auf sein *eigenes Erleben als Basis jeder Forschung* verwiesen ist, dass er sein Erleben zur Klarheit bringen, in Worte fassen, mitteilen, reflektieren und interpretieren muss. Somit wäre mit psychologischer Forschung stets ein erhebliches Stück Selbstoffenbarung, Preisgabe des eigenen Ich verbunden.“¹²¹⁵

Und auch Fröhlich schreibt: „Wer Lebensgeschichten verstehen will, sieht sich notwendigerweise auch auf das eigene Leben verwiesen.“¹²¹⁶ Und weiter: „Um erzählte Lebensgeschichten zu verstehen, bedarf es eines Vorverständnisses der eigenen Lebensgeschichte. Insofern wäre in der Tat das pädagogische Biographieninteresse letztlich auch ein autobiographisches (...).“¹²¹⁷

Bittner will somit einen Zugang zum Leben entwickeln, der sich nach Auffassung des Autors dieser Arbeit auch auf Interviews narrativer Art übertragen lässt, „... der von der Vergewisserung des eigenen Lebens und seiner Bewandnisse ausgeht, vom Berührt- und Betroffensein im

¹²¹³ Danner 1998, S. 58

¹²¹⁴ vgl. Danner 1998, S. 59

¹²¹⁵ Bittner 2001, S. 54

¹²¹⁶ Fröhlich in Bittner & Fröhlich 1997, S. 167

¹²¹⁷ vgl. Bittner 1996, zitiert nach Fröhlich in Bittner & Fröhlich 1997, S. 183

eigenen Lebenszusammenhang aus Phänomene beschreibt und sich von dort aus zu Allgemeinerem vortastet."¹²¹⁸

Die Idee von Dilthey, Verstehen sei ein Wiederfinden des Ich im Du, kombiniert Bittner mit der Psychoanalyse und nennt sein Bestreben ‚Innerlichkeits-Hermeneutik‘:¹²¹⁹ „...: sie ist das Ringen des 20. Jahrhunderts, seine Innerlichkeit mitsamt ihren Leiden und Deformationen, das seiner selbst nicht mehr gewisse Ego zur Sprache zu bringen: die Innerlichkeit des Forschers ebenso wie der Beforschten, die alle miteinander den gleichen Deformationen unterliegen.“¹²²⁰

Dabei existieren aber ganz bestimmte Unterschiede zwischen der psychoanalytischen Auslegungswissenschaft der menschlichen Innerlichkeit und den eher klassisch-philologisch-historischen Wissenschaften der Auslegung:¹²²¹

1. Verstehen als Methode wissenschaftlicher Hermeneutik wollte Dilthey beschränken auf das Auslegen dauernd fixierter Lebensäußerungen, um ein gewisses Maß an kontrollierbarer Objektivität zu erhalten.¹²²² Damit sind beispielsweise Texte gemeint, die nicht mehr veränderbar sind und verschiedenen Forschern in gleicher Weise zugänglich sind. „Demgegenüber verstand sich Psychoanalyse, ... schon immer als Auslegung von nicht-fixierter Alltags-Rede, von Wechselrede vor allem unter den Vorgaben des klassischen psychoanalytischen Settings. Das Nicht-Fixierte dieser Art von Alltagsrede schafft zwar spezifische Interpretationsbedingungen und -schwierigkeiten, vor allem hinsichtlich des von Dilthey geforderten kontrollierbaren Grades von Objektivität, gibt jedoch keinen Grund, diese Art von Alltags- und Wechselrede von der kunstmäßigen Auslegung von vornherein auszuschließen.“¹²²³ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich
2. die Interpretation psychoanalytischer Art auf Mitteilungen unterschwelliger Natur sowie Mitteilungsabsichten des Befragten bzw. Erzählenden richtet, indem sie quasi zwischen den Zeilen nach Botschaften sucht.¹²²⁴
3. „... Der Schauplatz des Erlebens ist das Ego des Erlebenden wie auch des Forschenden, was für Dilthey noch in keiner Weise zum Problem geworden war. Erleben als abhängige

¹²¹⁸ Bittner 2001, S. 54

¹²¹⁹ vgl. Bittner 2001, S. 56

¹²²⁰ Bittner 2001, S. 56

¹²²¹ vgl. Bittner 2001, S. 56

¹²²² vgl. Dilthey 1900, zitiert nach Bittner 2001, S. 56

¹²²³ Bittner 2001, S. 56

¹²²⁴ vgl. Bittner 2001, S. 56

Funktion des Ego, des ‚psychischen Apparats‘ aufzuweisen, war das große Thema psychoanalytischer Hermeneutik, wobei sich Freud diesen ‚Apparat‘ sicher bei weitem zu simpel und zu statisch vorgestellt hat.“¹²²⁵

Und so stellt sich Bittner die neue Psychologie vor, die auch als Erhebungs- und Interpretationsmethode der vorliegenden Arbeit formuliert werden kann: „...: (die, M. Hager) nicht ‚Daten‘ als Materialbasis für Zusammenhänge nimmt, sondern Erlebnisse, die sich vorzüglich in Ich-Erzählungen, in ‚Geschichten‘ artikulieren – Geschichten, die in einem Sinnzusammenhang stehend interpretiert werden; im Hintergrund die Ahnung von Strukturen, von überpersönlichen Gesetzmäßigkeiten unseres Lebens, Gesetzmäßigkeiten, die man aber nicht wissen, die man nur erahnen kann, ..., Gesetze endlich, unter denen mein, des Psychologen Leben ebenso steht wie das meiner beforschten ‚Objekte‘ – das wäre das Programm einer Psychologie ‚aus der Innenperspektive‘, einer Lebensäußerungen auslegenden, interpretierenden, eben einer hermeneutischen Psychologie.“¹²²⁶

Auf den Punkt gebracht bedeutet das, nicht ein Theoriekonstrukt an das Datenmaterial anzulegen, „... das ich in den Äußerungen wiederfinde. Ich achte mit der Freud’schen ‚gleichschwebenden Aufmerksamkeit‘ (Freud 1912, S. 377) auf das, was mir entgegenkommt, was sich mir zeigt, was ich von meinem Vorverständnis, von meiner eigenen Lebenserfahrung her als sinnvoll auffassen kann.“¹²²⁷

Auch Bortz und Döring machen darauf aufmerksam, was als Interpretationsbasis dieser Arbeit dienen soll, wenn sie schreiben, dass man Handlungen sowie verbale Äußerungen von Menschen versteht, wenn man Vorerfahrungen heranzieht oder sich in die Lage des anderen Menschen hineinversetzt.¹²²⁸

Noch einmal sei betont, dass der Autor dieser Arbeit über diese Vorerfahrung durch seine eigene Betroffenheit verfügt. Ziel des hermeneutischen Interpretierens ist somit

- 1) das Patienten-Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen und den medizinischen Standpunkt zu ergänzen,

¹²²⁵ Bittner 2001, S. 57

¹²²⁶ Bittner 2001, S. 58

¹²²⁷ Bittner 2001, S. 204

¹²²⁸ Bortz & Döring 2002, S. 329

- 2) Krankheit quasi automatisch unter dem Aspekt der Bildung zu betrachten, weil sie das Leben verändert,
- 3) das Krankheitsbild der Herzneurose durch ein hermeneutisches Interpretationsverfahren mit der Betroffenheit des Autors besser zum Verstehen zu bringen.

Diese drei ‚Hauptziele‘ der Studie werden immer gleichzeitig und nicht aufeinander folgend beachtet, ferner werden die Ziele innerhalb der Interpretationen nicht als Kategorisierungsmittel verwendet – vielmehr schwingen sie unterschwellig immer mit, weshalb sie sich dem Leser auch ohne ständige Hinweise zeigen.

Schließlich bleibt noch die Frage zu klären, wie das genannte Vorhaben *technisch* umzusetzen ist.

Ähnlich wie Bittner rät Südmersen, den Text bzw. eine Sequenz zu lesen, „... dann einfach aufzuschreiben, was dort passiert, Zeile für Zeile. Sehr schnell werden wir merken, daß wir über bloße Inhaltsangabe hinauskommen, daß uns Strukturen, Hintergründe, Definitionen des Erzählers klar werden. Nach einiger Übung können wir auf diese stark inhaltlich fixierte Vorgehen weitgehend verzichten, sehen schneller, ‚was dort passiert‘. Dennoch, auch nach vielen, vielen Analysestunden gehe ich an ein Textstück, mit dem ich zunächst nichts anfangen kann, in der oben beschriebenen Art heran, und das Aha-Erlebnis läßt nicht lange auf sich warten!“¹²²⁹

Zwar spricht Bittner nicht wie Südmersen von stundenlangem Nachdenken, dennoch tritt er für extensives Interpretieren vor dem Hintergrund der Lebenserfahrung des Forschers ein – und läßt wie Südmersen die Trickkiste der oft anzutreffenden Interpretationsmittel und -künste beiseite.

Die vorliegenden Interviews werden also in texttreuer Art und Weise mit der von Freud genannten gleichschwebenden Aufmerksamkeit durchleuchtet, um an auffälligen Stellen das zu notieren, was dem Interpreten aufgrund seiner eigenen Betroffenheit entgegenkommt. In einem zweiten Schritt wird daraus eine auf das gesamte Interview bezogene ‚Hypothese‘ formuliert,¹²³⁰ die im dritten Schritt am ganzen Interview in Verbindung mit den Leitfadenkategorien auf ihre Stichhaltigkeit hin überprüft wird. Auf diese Art und Weise werden die Teile des Interviews

¹²²⁹ Südmersen 1983, S. 299

¹²³⁰ gelegentlich werden auch mehrere Hypothesen formuliert – nämlich dann, wenn der Inhalt, der dem Interviewer entgegenkommt, nicht adäquat in einer Hypothese fassbar ist

durch den gesamten Text besser verstanden, der ganze Text erhellt sich durch das Verstehen der Teile. Der hermeneutische Interpretationsprozess lebt dabei von der eigenen Betroffenheit des Interpreten, der durch das Leben mit einer Herzneurose das notwendige Vorverständnis quasi ‚im Handgepäck‘ mitbringt.

5. Interpretationen des gewonnenen Datenmaterials – Ergebnisse des Forschungsprojekts 'Psychosomatische Erkrankung als biographisches Ereignis am Beispiel der Herzneurose'

Das folgende Kapitel widmet sich der Interpretation des gewonnenen Datenmaterials und stellt somit den eigentlichen Forschungsbeitrag der vorliegenden Dissertation dar.

Alle Interviews werden dabei gemäß der in Kapitel 4 dargestellten Vorgehensweise einzeln interpretiert, in einem zweiten Schritt (Kapitel 6) werden die wichtigsten Ergebnisse aller Interviews in Kürze zusammengefasst.

Zwar orientiert sich die Interpretation jeweils an den Punkten des Leitfadens, weil aber die Schilderungen in manchen Fällen nicht immer eindeutig den Bereichen des Leitfadens zuzuordnen sind, scheint eine strenge Gliederung nach den Punkten des Leitfadens nicht in jedem Fall möglich zu sein.

Dennoch soll eine derartige ‚Kategorisierung‘ nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommen werden, um ein Mindestmaß an Struktur herzustellen, im Vordergrund steht aber die Interpretation dessen, was dem Interpreten aus dem Text entgegenkommt.

Diese minimale Kategorisierung dient **nicht** dazu, eine quantitative oder inhaltsanalytische Auswertung in Kapitel 6 vorzubereiten – lediglich die Informationsmenge der Befragungen soll durch diese Vorgehensweise grob strukturiert werden, um dem Leser die Arbeit zu erleichtern.

Es ergeht an dieser Stelle der Hinweis, dass der Theorieteil der Arbeit für die Lektüre der Interpretationen der Interviews vorausgesetzt wird.

5.1 Interview 1 mit Herrn A

Herr A ist Direktor eines Gymnasiums im Landkreis Würzburg. Der Kontakt mit ihm wurde über Prof. Csef hergestellt, bei dem sich der Patient zum Zeitpunkt des Interviews in einer analytischen Gruppentherapie befindet.

Herr A ist in erster Ehe verheiratet, hat einen Sohn im Alter von 23 und eine Tochter mit 21 Jahren. Der Patient selbst ist 1950 geboren und leidet seit 1997 immer wieder unter generalisierten Angstzuständen, die sich seit dem Jahr 2000 verschlechterten. Panikattacken und eine depressive Entwicklung charakterisieren Herrn A zusätzlich.

Der Patient leidet an einer Herzneurose; für eine Befragung im Rahmen der vorliegenden Dissertation ist er daher geeignet.¹²³¹

Bei der Interpretation des Interviews mit Herrn A lassen sich insgesamt drei Kernaussagen formulieren, die durch zahlreiche Äußerungen belegt werden können:

1. Das Krankheitsbild der Herzneurose beeinträchtigt das Leben des Herrn A sehr stark.
2. Die Erkrankung führt in Verbindung mit einer psychosomatischen Kur andererseits dazu, dass Herr A sein Leben in vielen Bereichen überdenkt und aktiv neu gestalten möchte, er ‚ersetzt‘ die Erkrankung so gut es geht durch Lebendigkeit und Autonomie.
3. Herr A hat die Erkrankung in sein Leben integriert und versucht, bestmöglich mit ihr zu leben.

Ad 1: Herr A beschreibt, dass er in einem Autounfall im Jahre 1981 den Auslöser seiner Problematiken sieht, weil er seit diesem Zeitpunkt die Angst entwickelt hat, sich wieder ans Steuer zu setzen. Die Entwicklung weiterer Ängste führt er auch auf dieses Erlebnis zurück, er habe damals gemerkt, dass er grundsätzlich von Ängsten geplagt sei.¹²³²

Fragt man danach, was die Erkrankung aus dem Leben des Patienten gemacht hat, beginnt hier die Aufzählung zahlreicher negativer Auswirkungen auf die alltägliche Lebensführung, die den

¹²³¹ weitere Angaben zur Anamnese lassen sich im Transkript des Interviews 1 im Anhang nachlesen

¹²³² vgl. Interview 1, S. 3

Kern dessen darstellt, was in These 1 formuliert wird, nämlich die massive Beeinträchtigung des Alltags.

Diese soll daher mit Beispielen belegt werden.

Herr A erzählt, dass er beispielsweise in der Zeit nach dem Unfall, in der er arbeitsunfähig gewesen ist, Angst vor Gängen in die Stadt (Würzburg) hatte: „... ich habe damals in Grombühl gewohnt von Grombühl zum Beispiel in die Stadt zu gehen – ähm zum Friseur zu gehen oder die ganz normalen Dinge die man da so im Alltag macht, ... und da habe ich dann irgendwie gemerkt so – ja immer so irgendwie so ein Stechen in der in der Herzgegend und ähm – und habe da einfach vermutet oh Gott da ist jetzt irgendetwas mit dem Herz und so und dann hat mich eben ja wie so Herzrhythmusstörungen habe ich da gespürt und dann bin ich eben – ja in Behandlung beim Hausarzt gewesen ...“.¹²³³

Zwar werden tatsächlich Rhythmusstörungen nachgewiesen, diese sind jedoch nicht bedrohlich. Dennoch, und das ist typisch für Herzneurotiker, ist Herr A durch diese Diagnose nicht wirklich beruhigt.¹²³⁴

Herr A beschreibt zum weiteren Verlauf, dass sich die Situation nach dieser Diagnose gebessert hätte, indem er sich wieder hinter das Steuer setzen wollte – tatsächlich aber zeigt sich hier wiederum deutlich, wie einschränkend sich seine Herzneurose zum damaligen Zeitpunkt auswirkt: „... also ... mit der Zeit wurde es dann wieder etwas besser ich habe dann irgendwann auch wieder ähm das Autofahren gelernt allerdings mit Hilfe! von einem Bekannten der Psychologe ist der hat dann gesagt `du musst da wieder reinsteigen!` und so `wir machen das` und dann haben wir in den Sommerferien sozusagen weil ich wieder an die gleiche Schule! wo der Unfall passiert war musste also musste ich ja immer da vorbeifahren und also hat er gesagt `da müssen wir einfach jetzt so Stück für Stück das machen`, dann ist er halt gefahren! ich war erst daneben gesessen also so richtig desensibilisierend ...“.¹²³⁵

¹²³³ Interview 1, S. 3

¹²³⁴ vgl. Interview 1, S. 4

¹²³⁵ Interview 1, S. 4

Die Herzangst hat Herrn A also in einer alltäglichen Handlung, dem Führen eines Autos, behindert. Der Patient musste erst wieder lernen, die angstbesetzte Handlung durchzuführen; er schafft es aber schließlich, die Strecke zur Schule alleine zu fahren.¹²³⁶

An anderer Stelle wird deutlich, dass diese Herzangst, welche agoraphobische Tendenzen beinhaltet, Herrn A nicht nur beim Autofahren einholt: „... äh ja einmal früh es war in den Weihnachtsferien – 2000 ja genau 2000 wollte ich da eben in die Stadt laufen weil ich hatte den Bus versäumt und auf dem Weg auf einmal wurde es mir total schlecht und schwindelig und äh auch total verkrampft und da habe ich auch wieder so das Gefühl gehabt irgendwie mit dem Herz! und so das drückt irgendwie da ist was nicht in Ordnung da hat mich eben dieser Arzt! dann zum Internisten geschickt und dann hat der halt EKG wieder gemacht und dann stellte er fest also irgendetwas gefällt ihm da nicht! und hat er gesagt also das möchte er abgeklärt haben und hat mich dann von der Sache aus dann ähm – zum Herzkatheter geschickt und dann wurde also Herzkatheter gemacht und die haben aber jetzt nichts festgestellt dass da Herzfehler was wäre, ...“.¹²³⁷

Diese massive Angst, an einer Herzerkrankung zu leiden, führt bei Herzneurotikern in der Regel zu zahlreichen Untersuchungen bei verschiedenen Ärzten. Herr A muss dadurch erleben, dass durch diese Untersuchungen sogar weitere Diagnosen gestellt werden – die Herzneurose bringt quasi weitere Erkrankungen des Patienten ans Licht, die er ohne seine massive Angst möglicherweise nicht bemerkt hätte! Beispielsweise erfährt Herr A im Rahmen einer Magen- und Darmspiegelung, die durchgeführt wird, weil er gegen die Herzspitze drückende Luft im Bauch verspürt, dass er an einem Zwölffingerdarmgeschwür leidet und der gesamte Stoffwechsel nicht intakt sei.¹²³⁸ Auch ein erhöhter Blutdruck, der seit dem Jahr 2000 medikamentös behandelt wird, stellt man bei den Untersuchungen fest.¹²³⁹

Die Herzneurose hat im Falle des Herrn A also weitere Erkrankungen zum Vorschein gebracht, die sich ihrerseits auf die Lebensführung und den Alltag auswirken, indem der Patient beispielsweise Fastenkuren macht¹²⁴⁰ oder wie bereits erwähnt blutdrucksenkende Mittel einnimmt.¹²⁴¹

¹²³⁶ vgl. Interview 1, S. 4

¹²³⁷ Interview 1, S. 5

¹²³⁸ vgl. Interview 1, S. 5

¹²³⁹ vgl. Interview 1, S. 6

¹²⁴⁰ vgl. Interview 1, S. 5

¹²⁴¹ vgl. Interview 1, S. 6

Zwar ist die Entdeckung weiterer Krankheiten sicher als positiv zu bewerten, eine zusätzliche psychische Belastung entsteht aber dennoch.

Neben den genannten agoraphobischen Tendenzen zeigt Herr A auch Kombinationen mit klaustrophobischen und sozialen Ängsten, wenn er sagt, er habe beispielsweise Angst, mit der Straßenbahn zu fahren, weil sich dort viele Menschen befinden und er nicht aussteigen könne, wenn sich die Bahn auf der Fahrt zwischen zwei Stationen befinde; außerdem habe er hier die generelle Angst, einfach umzukippen.¹²⁴² Diese massive Behinderung im Vollzug alltäglicher Handlungen zeigt sich auch dann, als der Patient eine psychosomatische Kur antreten soll und seine Beförderung zum Kurort mit dem Auto – sein Sohn hätte ihn eigentlich gefahren – wegen der winterlichen Witterung zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich ist. Herr A ist daraufhin gezwungen, mit dem Zug zu fahren, was ihn viel Überwindung kostet – er denkt, er schaffe diese für ihn schier nicht zu bewältigende Aufgabe nie und werde verrückt.¹²⁴³ Dieses Gefühl bessert sich auch nicht gleich zu Beginn der Kur – Herr A traut sich kaum, die Klinik zu verlassen, weil er Angst hat, in den Schnee zu fallen.¹²⁴⁴ Diese massive Einschränkung im Alltag – man bedenke, dass es sich hierbei um einen Spaziergang handelt – verbessert sich erst allmählich im Laufe der Kur, indem sich der Patient gesagt hat, er werde im Falle einer Ohnmacht bestimmt vom Klinikpersonal oder von Mitpatienten gefunden.¹²⁴⁵

Zu Beginn der Kur zeigen sich weitere negative Auswirkungen der Herzneurose auf das alltägliche Leben des Herrn A, indem er große Probleme damit hat, in Großgruppen mit knapp 100 Personen öffentlich zu sprechen: „wo man dann halt einfach auch mal sich vorstellen musste und so weiter ja? und da habe ich obwohl ich ja eigentlich hier! immer mit Leuten zu tun habe aber das war unheimlich! schwierig – wo ich mir gedacht habe oh Gott ich habe ja richtig gezittert da vorher und dann habe ich mir überlegt jetzt musst du da vor gehen und musst mal ein bisschen was sagen oder so habe aber immer das dann auch von meiner Seite dann /// jetzt mache ich das, ich war da unten in *Bad Mergentheim und jetzt sage ich mal wie ich das erlebt habe ja?“¹²⁴⁶

¹²⁴² vgl. Interview 1, S. 11

¹²⁴³ vgl. Interview 1, S. 12

¹²⁴⁴ vgl. Interview 1, S. 12

¹²⁴⁵ vgl. Interview 1, S. 12

¹²⁴⁶ Interview 1, S. 18

Das informationsreiche Erzählen des Patienten zeigt insgesamt sehr deutlich, wie stark sich die Herzneurose auf das Leben des Herrn A im negativen Sinne auswirkt. Generell kann festgehalten werden, dass die Herzneurose im vorliegenden Fall zu einem immensen Leidensdruck im alltäglichen Leben führt.

Auch im beruflichen Kontext, dies kann bereits erahnt werden, äußert sich die Herzangst des Patienten zunächst negativ.

1998 fährt Herr A mit einer Schulklasse und einer Erzieherin ins Schullandheim. Während des Aufenthalts erlebt er nachts einen sympathikovasalen Anfall, der dazu führt, dass er den nächsten Tag, der im Schwimmbad verbracht wird, nicht entspannt erleben kann, weil der Patient permanent auf seinen Herzschlag achtet und entsprechend verspannt ist.¹²⁴⁷ Dass die Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit mit derartigen Konzentrationen auf den eigenen Körper mit Sicherheit stark beeinträchtigt ist, lässt sich unschwer erahnen.

In der Schule selbst macht er im November 2002 an einem Morgen einen ähnlichen Anfall durch, bei dem er unter Schwindel, Schwäche, Luftnot und stark erhöhten Blutdruckwerten leidet und der dazu führt, dass er mit dem Notarzt unter Herzinfarktverdacht, der sich aber nicht bestätigt, in ein Krankenhaus gebracht wird.¹²⁴⁸

Massive Beeinträchtigungen im Beruf erlebt Herr A jedoch besonders in den anfallsfreien aber stark symptombehafteten Intervallen – diese Beeinträchtigungen ähneln denen, die er auch im alltäglichen Leben unter dem Überbegriff der sozialen und agoraphobischen Angst erlebt: „ähm oder ja überhaupt vor Menschen – grundsätzlich, äh auch hier! hier natürlich auch! in der Schule war es ja auch so dass ich dann immer wenn so Konferenzen oder so was waren, oder ich musste jetzt irgendwie so – ähm – ja – ähm meinen Mann sozusagen, äh dass ich da einfach gemerkt habe also irgendwie hoffentlich hältst du das durch ja? also die ganze Litanei! vom von Gedanken die da kommen, hoffentlich kippst du nicht um und so, ...“.¹²⁴⁹ Diese Angst vor Menschen und Situationen, vor beziehungsweise aus denen Herr A nicht fliehen kann führt dazu, dass er versucht, diese so schnell wie möglich hinter sich zu lassen: „und habe halt einfach

¹²⁴⁷ vgl. Interview 1, S. 4

¹²⁴⁸ vgl. Interview 1, S. 6

¹²⁴⁹ Interview 1, S. 10

auch gemerkt dass ich immer wieder! gedacht habe na rum: das Ganze muss rum rumgehen: rum sein ja? einfach abhaken: abhaken: abhaken: (Herr A zählt mit den Fingern mit)."¹²⁵⁰

Dieses ‚Abhaken‘ von unangenehmen Situationen beinhaltet auch die Tendenz, diesen aus dem Wege zu gehen, hier spiegelt sich das bekannte Vermeidungsverhalten von Angstpatienten wider: „ich habe mich dann einfach auch da in dem Fall zurückgezogen wenn ein Kollege irgendetwas Mist gebaut hat ich habe ihn da irgendwie dabei erwischt ich habe mich kaum! getraut das zu sagen ... also das ist nicht in Ordnung jetzt was du bringst oder so, ... sondern äh und dann habe ich aber gemerkt dass ich dass ich dann irgendwie so ja ich schlucke zu viel! bin ich gekränkt! und so und was kommt aus der Kränkung ja?“¹²⁵¹ Derartiges Vermeidungsverhalten lässt sich aber mit der Position eines Schulleiters nicht vereinbaren, Herr A sieht selbst ein, dass er eine gewisse Autorität zumindest nach außen ‚spielen‘ muss, um derartigen Konflikten begegnen zu können: „... so eine Rolle so eine Fassade die ich natürlich hier auch! habe als Schulleiter, denn wenn ein Kollege zu mir kommt und sagt `ah ich habe da riesen Probleme mit dem´ dann erwartet der natürlich dass ich durchgreife ja?“¹²⁵² Der große Leidensdruck, der hier durch die berufliche Position und deren Aufgaben bedingt entsteht, muss von Herrn A ständig überspielt werden¹²⁵³, es zeigt sich, wie sehr die Ausübung seines Berufes im Schatten seiner Ängste stattfindet.

Bezüglich seiner Partnerschaft hält sich Herr A eher bedeckt. Dennoch erfährt man, dass seine Ängste auch hier zu einer gewissen Passivität geführt haben wenn er sagt, er sei immer recht schnell in die Rolle des Sündenbocks geschlüpft, wenn seiner Frau Dinge nicht gefallen hätten.¹²⁵⁴ Diese Passivität erklärt sich auch aus der für Herzneurotiker typischen Angst vor Trennungsverlusten: „weil das ang- Angst vor Alleinsein war ist ja auch immer ein bisschen mitgeschwungen ja? so äh ja (Herr A atmet tief aus!) das und ähm und dann kommt auch immer so was wo na ja das kennst du doch eigentlich nicht ja? dass du den anderen so äh jetzt mal wenn man weiterdenkt verlässt! oder so etwas ja? so so dieses Gefühl so ähm ja! du musst irgendwo als guter Mensch Mitleid irgendwie empfinden und na ja erträgst es halt so wie es ist ja?“¹²⁵⁵

¹²⁵⁰ Interview 1, S. 10

¹²⁵¹ Interview 1, S. 19

¹²⁵² Interview 1, S. 19

¹²⁵³ vgl. Interview 1, S. 20

¹²⁵⁴ vgl. Interview 1, S. 16

¹²⁵⁵ Interview 1, S. 16

Die Ängste des Herrn A führen ferner dazu, dass er sich innerhalb seiner Ehe als Versager fühlt, weil er im Beruf nicht einfach funktioniert, sondern von ihm aufgezehrt wird: „weil meine Frau dann einfach halt ähm sich ja die ist viel ausgeruhter! auch weil sie lange nicht so einen Job hat und dann natürlich irgendwo am Wochenende das und das machen will oder da! und dahin will und so und ich bin dann eher nach Hause gekommen und habe gesagt ah! ich kann nicht mehr ich bin ja so und dadurch begann natürlich auch die Problematik; ... ja? und ähm das ist natürlich dann auch schwierig für mich gewesen weil ich dann gedacht habe also jetzt ähm werde ich ja als Person gar nicht mehr gesehen oder meine Arbeit oder jetzt auch in meiner Erschöpfung!“¹²⁵⁶

Auf die Ehe des Herrn A scheint sich die Herzangst mit allen aus ihr hervorgehenden Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen trotz der wenigen Aussagen darüber besonders stark auszuwirken; dies wird unter der zweiten These deutlich sichtbar, weil Herr A hier ganz besonders an sich arbeiten möchte, um alte und eingefahrene Verhaltensweisen zu verändern.

Neben Beruf und Ehe ist auch das soziale Umfeld Teil des Alltags. Besonders im Freizeitbereich ist Herr A durch seine Ängste stark beeinträchtigt und schränkt somit sein soziales Umfeld ein: „dass ich dann einfach nur Dinge gemacht habe die mich halt nicht so anstrengen oder – wie gesagt ich habe dann Sport sogar! aufgegeben ja? weil ich dann manchmal so nach dem Sport das Gefühl hatte oh! (Herr A holt tief Luft) das ist ja irgendwie das ist ja total eng oder so was ja oder hast du dich zu viel angestrengt! oder wie auch immer oder – dass ich auch da: das was mir eigentlich wahnsinnig Spaß gemacht hatte, ... / ist eigentlich nur so ein lockerer Volleyball und wenn man Zeit hat kickt man noch ein bisschen ja? so äh das ist eigentlich, geht ja auch um soziale! / nette Leute und so dass ich sogar das: weggelassen habe eben – aus Angst dass da jetzt irgendwie was passieren könnte, ja?“¹²⁵⁷

Herr A sagt damit aus, dass ihm die Herzneurose nicht nur die Unfähigkeit zum Genießen bestimmter Aktivitäten beschert, sondern auch zum massiven Rückzug und zur Einschränkung des Bewegungsraumes geführt hat.¹²⁵⁸

¹²⁵⁶ Interview 1, S. 17f

¹²⁵⁷ Interview 1, S. 11

¹²⁵⁸ vgl. Interview 1, S. 11

Weder sportliche Aktivitäten noch Fahrten in den Urlaub¹²⁵⁹ waren möglich, weil Herr A schlimmste Befürchtungen bezüglich seines gesundheitlichen Zustandes am Tiefpunkt seiner sozialen Isolation verspürt.

Die Punkte, die bisher angesprochen wurden, sind typisch für den Leidensdruck des Herzneurotikers. Herr A hat deutlich geschildert, wie sehr sich seine Herzangst im negativen Sinne auf sein Leben ausgewirkt hat. Man kann im Teilergebnis festhalten, dass die Herzneurose Herrn A ein Leben in zunehmender Isolation verschafft hat, das immer schwieriger zu meistern war. Einfachste Handlungen und Aktivitäten des alltäglichen Lebens waren für Herrn A nicht mehr zu bewältigen.

Andererseits stellt sich nun die Frage, was Herr A aus seiner Erkrankung gemacht hat, denn anhand des Interviews lässt sich die These beweisen, dass der Patient die Erkrankung in Verbindung mit einer psychosomatischen Kur dazu nutzen konnte, die Grundeinstellung zum Leben in eine völlig andere Richtung zu lenken und Dinge genießen zu können, die ein gesunder Mensch möglicherweise als alltäglich empfindet. Der folgende Teil wird zeigen, dass Herr A durch seine Angststörung beziehungsweise aus ihrer Bewältigung ein erfüllteres Leben gewinnt.

Ad 2 und 3: Berechtigterweise stellt sich zu Beginn die Frage, ob Herr A tatsächlich einen Nutzen aus seiner Angsterkrankung in dem Sinne ziehen kann, dass er nach seiner psychosomatischen Kur ein erfüllteres Leben führt, oder ob er nach dieser Behandlung schlicht wieder ‚der alte Herr A‘ ist.

Kann der Patient durch seine Erkrankung Dinge erleben, die er zuvor nicht erleben konnte? Eine Äußerung des Herrn A zeigt, dass die Angststörung sicher zum Teil das Resultat seiner Erziehung ist und er insofern durch die psychosomatische Kur, die Folge der Ängste gewesen ist, tatsächlich in vielen Bereichen ein ‚neuer Mensch‘ wurde, weil er Verhaltensweisen entwickeln konnte, die er zuvor nicht kannte: „das das ist immer diese Fassade die ich halt eben auch – zu Hause irgendwie immer so gespielt habe und spielen musste! äh weil ich irgendwie so Schwächen eigentlich das durfte man eigentlich bei uns nicht zeigen so in der Familie ja? sondern mein Vater war ein totaler Leistungsmensch ... und das musste halt immer klappen und äh und da haben Gefühle kaum eine Rolle gespielt, ... und das das ist mir auch da unten bewusst

¹²⁵⁹ vgl. Interview 1, S. 11

geworden dass ich da eigentlich immer diesem Muster! entsprechen wollte ... ja? es muss immer klappen, nie in der Schule sitzen bleiben eine Eins im Examen dann das Nächste und immer muss alles so – laufen ja?"¹²⁶⁰

Diese Äußerung des Herrn A zeigt nach Meinung des Interpreten, dass das angepasste Verhalten im Leben des Patienten, der Wunsch nach Perfektion und die Passivität beispielsweise gegenüber der Ehefrau seit frühester Kindheit anerzogen worden sind. Die Angstsymptomatik kann dann als ‚Endpunkt‘ dieser Entwicklung verstanden werden, die den Patienten gezwungen hat, mit einer psychosomatischen Kur einen ‚Neuanfang‘ mit deutlich anderen Verhaltensweisen zu wagen.

Im weiteren Verlauf der Interpretation werden nun Belege für diese Behauptung dargestellt.

Der sympathikovasale Anfall im November 2002 brachte den damals behandelnden Arzt erstmals auf die Idee, Herrn A eine Kur zu empfehlen.¹²⁶¹

Vor dieser Maßnahme kommt der Patient zur Einsicht, dass sein eigentliches Problem im Bereich der Angst anzusiedeln ist: „und dann hatte! ich so ein kleines Buch in die Hand gekriegt und ähm irgendwas über Angst so und dann da stand habe ich da von einem Fall gelesen der wo die gleiche! Symptomatik war, und da habe ich mir gedacht eben! das ist überhaupt nichts irgendwo du hast gar nicht am Herzen! oder so es ist jetzt wieder festgestellt worden dass da nicht ist, also jetzt musst du ran an die Angst! ja? das war mein nächster Punkt weil das habe ich gespürt dass ich mich eigentlich immer mehr zurückgezogen hatte – immer ängstlicher wurde schon gar nicht mehr auch Auto! fahren nicht mehr wollte, ... weite! Strecken Autobahn oder so was schon mal gar nicht mehr – und habe auch schon gemerkt dass ich die kürzeren Strecken ja schon mich äh anstrengen und dass ich da eben richtige Ängste da entwickle und dann war ich dann nach den Weihnachtsferien – sechs Wochen in der äh psychosomatischen Klinik in *Bad Mergentheim, ...“.¹²⁶²

Während dieser Kur gelangt Herr A zu der Einsicht, dass seine Symptomatiken psychosomatischer Natur sind – und er geht nun systematisch dagegen an.¹²⁶³

¹²⁶⁰ Interview 1, S. 26

¹²⁶¹ vgl. Interview 1, S. 7

¹²⁶² Interview 1, S. 7

¹²⁶³ vgl. Interview 1, S. 7

Bezüglich der alltäglichen und Lebensführung übt er zunehmende Selbstständigkeit, indem die agoraphobischen Ängste angegangen werden: „... - und ich ging da auch aus der Klinik raus mit äh also war da unheimlich gut drauf also das da habe ich wirklich das Gefühl gehabt so das das ist wirklich psychosomatisch jetzt gewesen die ganze Geschichte deine ganzen Ängste und so, ich hab dann auch / Übungen gemacht wie ähm mir dann ein ein Auto gemietet dort und bin dann einfach rund um das *Taubertal gefahren, ... Tunnel gefahren, ... und so verschiedene Dinge ja? und habe da richtig wieder (holt Luft) Mut! gekriegt und (holt Luft) bin dann gleich ein paar Tage später dann ähm nach München! gefahren mit dem Zug und dort mit dem Flugzeug nach Berlin! und so also richtige - größere Sprünge um einfach dieses Angstgefühl da jetzt mal ähm wegzukriegen - und ja - also! das ist also sicherlich äh äh eine ganz ganz tolle Sache gewesen, ...“¹²⁶⁴

Herr A hat also im Rahmen seiner psychosomatischen Kur gelernt, seine agoraphobischen Tendenzen zu überwinden und selbstständig für ihn größere Reisen zu unternehmen.

Zwar treten immer noch Missempfindungen auf das Herz bezogen auf, aber Herr A kann sie jetzt annehmen, er hat sich mit dieser Symptomatik abgefunden, hat die Herzneurose in sein alltägliches Leben integriert.¹²⁶⁵ Diese Änderung in seiner Sichtweise scheint ihn glücklich zu machen, denn er sagt, er habe Lebensfreude bekommen und verfüge über Humor. Durch die vorherige permanente Konzentration auf seine Symptomaten habe er diese Dinge regelrecht verschüttet gehabt!¹²⁶⁶

Die Lebensfreude des Patienten kommt auch durch folgende Aussage deutlich zum Vorschein: „und und und auch am Schluss so bei der Verabschiedung da da habe ich da mit so ein paar Leuten habe ich so einen Chor! gebildet und habe dann eben so so ein Lied umgedichtet und bin so richtig so - konnte so richtig locker aus mir raus! ja? ... also und von daher ähm habe ich auch gemerkt so dass das auch so ein Punkt war ähm jetzt eben wie gesagt nicht auf die Symptomatik nur zu gucken sondern mal zu gucken was was ist denn eigentlich sonst mit dir wo sind deine ganzen Fähigkeiten wo sind denn deine ganzen äh auch deine Interessen und so das was du eigentlich so gerne machst dein- deine Vorlieben und so ähm - und d- ja! die Interessen und die Hobbys und so weiter dass das äh das wieder langsam so so zum Vorschein

¹²⁶⁴ Interview 1, S. 7

¹²⁶⁵ vgl. Interview 1, S. 13

¹²⁶⁶ vgl. Interview 1, S. 14

kommt, und natürlich auch wie mit / anders mit Leuten umgehen, ... anders mit mir natürlich umgehen, meine Ressourcen etwas besser äh achten und dass ich einfach auch mal sagen kann nein! das mit mir nicht! oder so ja?"¹²⁶⁷

Herr A kommt demnach durch seine Erkrankung und deren Grundkonflikte zu der Persönlichkeit, die eigentlich in ihm schlummert und zum Vorschein kommen möchte, beziehungsweise es ist ihm nun möglich, die Herzneurose als Ansatzpunkt für eine längst überfällige Umorientierung zu nutzen.¹²⁶⁸

Im Alltag scheint ein wesentlicher Faktor dieser Umorientierung zu sein, dass Herr A die Einsicht gewonnen hat, nun das zu sagen, was ihn bewegt: „dass das nicht in Ordnung ist dass mich das ärgert - und ähm also so Gefühle auch auszudrücken!“¹²⁶⁹ An anderer Stelle spricht er in diesem Zusammenhang von Gefühlsauthentizität.¹²⁷⁰

In letzter Konsequenz hat ihn die Krankheit zu sich selbst geführt beziehungsweise konnte Herr A die Krankheit hierfür nutzbar machen.¹²⁷¹

Im Alltag hat dies weitere Konsequenzen, denn durch diesen Erkenntnisprozess kann sich der Patient anderen Menschen öffnen,¹²⁷² er kann Hilfe annehmen und einsehen, dass dies auch völlig normal ist!¹²⁷³

Auch der berufliche Bereich wird von diesen tief greifenden Veränderungen betroffen sein, weil Herr A auch hier seine durch Unsicherheit und Ängste geprägten Verhaltensweisen ‚abschütteln‘ kann, wenngleich er zugibt, dass er sich bezüglich der Schule noch im Lernprozess befindet.¹²⁷⁴ Der Veränderungsprozess in seiner Funktion als Schulleiter hat jedoch begonnen, weil ihm auch hier im Rahmen der Kurmaßnahme nahe gelegt wird, dass er sich durchsetzen muss und sich nicht passiv verhalten kann.¹²⁷⁵

¹²⁶⁷ Interview 1, S. 14

¹²⁶⁸ vgl. Interview 1, S. 17

¹²⁶⁹ Interview 1, S. 20

¹²⁷⁰ vgl. Interview 1, S. 20

¹²⁷¹ vgl. Interview 1, S. 22

¹²⁷² vgl. Interview 1, S. 22

¹²⁷³ vgl. Interview 1, S. 23

¹²⁷⁴ vgl. Interview 1, S. 27

¹²⁷⁵ vgl. Interview 1, S. 15

Er selbst sieht ein: „da bin ich auch immer zu großzügig habe immer alles da eben erlaubt oder zugelassen oder wie auch immer – Augen zugeschlossen, und jetzt bin ich jetzt in die Offensive weil sich da nichts getan hat //// und habe dann auch ein Dreiergespräch mit dem Schulamt gewollt und so weiter und habe gesagt ok da mache ich nicht mehr mit, ... dass ich da jetzt irgendwie Grenzen setze und sage äh (Herr A holt tief Luft) irgendwo geht das so in der Art der Zusammenarbeit nicht mehr weiter ja? ... das hätte ich vorher auch nicht nicht so einfach gemacht, da habe ich halt einfach das Gefühl gehabt ich habe die Kraft gar nicht da nein! zu sagen, ... oder oder da irgendwie das ähm mal durchzustehen, ja? weil das ja auch teilweise ganz schön schwierig ist dann wenn man hier einen Kollegen aus dem Haus haben will ja? das ist gar nicht so leicht aber das war mir schon klar! das muss ich ändern ...“.¹²⁷⁶

Was die Partnerschaft des Herrn A betrifft, kann festgehalten werden, dass er auch hier die Herzangst als Verwirklichung von ungelebtem Leben benutzt hat (von Weizsäcker), nun jedoch durch die Kurmaßnahme bedingt vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben Eigenständigkeit und Selbstbewusstsein entwickelt, Passivität und Anpassung werden demnach ersetzt. Die Bindung an und die Identifikation über den Partner ist charakteristisch für den klassischen Herzneurotiker, der seine Ich-Schwäche mittels anderer Menschen kompensiert. Insofern kann die Aussage von Herrn A, er konnte irgendwann die angstbesetzte Strecke zur Schule alleine fahren und dann habe sich das irgendwie wieder beruhigt,¹²⁷⁷ als Metapher auf seine Partnerschaft übertragen werden, denn er sagt zum Beispiel, dass er sich nach der Kur innerhalb der Ehe einen gewissen Freiraum geschaffen hat:¹²⁷⁸ „so wie das mit Berlin oder mit rund um das *Taubertal das waren waren also wirklich wunderschöne Tage wo ich gemerkt habe Mensch! äh das geht ja alleine! ich ich ich kann alleine! leben ich könnte alleine auch meinen eigenen Weg gehen und ähm bräuchte keine Angst jetzt auch vor Partnerverlust oder so was zu haben ja?“¹²⁷⁹ Dem Patienten ist also bewusst, dass er zwar in einer Partnerschaft lebt, dass er andererseits aber auch ein eigenständiges Leben führt und nicht nur an seine Ehefrau denken darf.¹²⁸⁰

Das Selbstbewusstsein des Herrn A lässt ihn sogar zu seiner Ehefrau sagen, dass er von dieser Autonomie auch nicht mehr ablassen möchte und dass sie diesen Umstand akzeptieren müsse.¹²⁸¹

¹²⁷⁶ Interview 1, S. 15

¹²⁷⁷ vgl. Interview 1, S. 4

¹²⁷⁸ vgl. Interview 1, S. 15

¹²⁷⁹ Interview 1, S. 16

¹²⁸⁰ vgl. Interview 1, S. 16

Herr A hat hier die Herzneurose, die ihn ehemals in fast unterwürfiger Weise an seine Ehefrau gebunden hat und jegliche Autonomie verbot, beiseite geschoben und Autonomie sowie Selbstbestimmtheit an ihren Platz gesetzt.

Und schließlich wirkt sich diese Verschiebung weg von der Depression hin zur Aktivität auch auf das gesamte soziale Umfeld und den Freizeitbereich des Herrn A aus. Zwar ist dieser Bereich – wie alle anderen auch – nicht völlig frei von der neurotischen ‚Grundstruktur‘ des Patienten, Sport wird zum Teil unter dem Aspekt der Blutdruck- und Kreislaufstabilisierung betrieben¹²⁸², dennoch hat Herr A während seiner Kur viele neue Bekanntschaften geschlossen, die er auch pflegen möchte.¹²⁸³ Der Interpret hat das Gefühl, dass Herr A zum ersten Mal in seinem Leben gelernt hat, Freundschaften aufzubauen und zu pflegen. Er selbst gibt an, er könne sich nun wieder anderen Menschen gegenüber öffnen¹²⁸⁴. Mit Herrn A hat der Interpret einen Patienten befragt, der das Bild des klassischen Herzneurotikers verkörpert. Fragt man, was die Krankheit aus dem Leben des Patienten gemacht hat, stößt man auf den üblichen ‚Scherbenhaufen‘, mit dem ein Herzneurotiker lebt: in diesem Fall Angst, das Herz könnte aufhören zu schlagen, Angst, alleine das Haus zu verlassen oder größere Reisen anzutreten, Angst, sich durchzusetzen, übertriebene Bindung an und Unterwerfung gegenüber dem Partner usw.

Betrachtet man aber andererseits die Frage, was Herr A aus seiner Erkrankung gemacht hat, stellt man erstaunt fest, dass er trotz der Integration der ‚Restangst‘ in sein Leben die neurotischen Grundstrukturen erkannt hat und nun aktiv daran arbeitet, diese in den Griff zu bekommen, gleichzeitig erkennt Herr A, was er dadurch an Lebensqualität gewinnt.

Die Thesen sind somit belegt.

¹²⁸¹ vgl. Interview 1, S. 24

¹²⁸² vgl. Interview 1, S. 9

¹²⁸³ vgl. Interview 1, S. 21

¹²⁸⁴ vgl. Interview 1, S. 22

5.2 Interview 2 mit Herrn B

Herr B ist früh pensionierter Beamter. Der Kontakt mit ihm wurde über Prof. Csef hergestellt, bei dem sich der Patient zum Zeitpunkt des Interviews in einer Gruppentherapie befindet.

Herr B ist von seiner Ehefrau geschieden und lebt nun mit seiner neuen Lebensgefährtin im Eigenheim. Er hat drei Kinder, über die er aber keine näheren Angaben macht. Der Patient ist 1943 geboren und leidet seit Jahrzehnten unter seelischer Erschöpfung, die sich nach der Scheidung von seiner Ehefrau verstärkt. Ferner beklagt er anfallsartig auftretende Herzbeschwerden, die mit Tachykardien und starker Angst verbunden seien und überwiegend in Ruhe oder nachts auftreten würden. Der Patient leidet an einer Herzneurose; für eine Befragung im Rahmen der vorliegenden Dissertation ist er daher geeignet.¹²⁸⁵

Bei der Interpretation des Interviews mit Herrn B lassen sich insgesamt zwei Kernaussagen machen, die durch zahlreiche Äußerungen belegt werden können:

1. Das Krankheitsbild der Herzneurose beeinträchtigt(e) das Leben des Herrn B immens.
2. Zum Zeitpunkt des Interviews scheint die Herzneurose nicht mehr übermächtig zu sein, insbesondere bedingt durch die Einsicht des Herrn B in die Psychosomatik seiner Störung. Der Patient kann die Erkrankung sogar annehmen und spricht von einem Krankheitsgewinn.

Ad 1: Zum ersten Auftreten der Erkrankung beschreibt Herr B, dass er mit ungefähr 20 Jahren erstmals ‚Herzprobleme‘ verspürt.¹²⁸⁶ Interessanterweise macht er seine Mutter hierfür verantwortlich: „ich habe immer Sport geliebt bis zum heutigen Tag und habe auch sehr viel gemacht – und meine Mutter, immer wenn ich vom Training heimkam, hm war halt noch ein bisschen verschwitzt oder habe mal ein bisschen geschafft ausgesehen, `o: mein Bub mein Bub mein Bub` ja? `und du holst dir noch einmal irgendetwas mit dem Herz` oder, weil sie selbst auch Herzprobleme hatte, ... ich habe das zwar nie wirklich ernst genommen, ... aber es scheint doch nicht gänzlich ohne Wirkung geblieben zu sein ...“.¹²⁸⁷

¹²⁸⁵ weitere Angaben zur Anamnese lassen sich im Transkript des Interviews 2 im Anhang nachlesen

¹²⁸⁶ vgl. Interview 2, S. 4

¹²⁸⁷ Interview 2, S. 4

Elterliche Verhaltensweisen, die er hier erlebt habe, seien seiner Ansicht nach demnach mitverantwortlich für seine Erkrankung.¹²⁸⁸

Die Weiterentwicklung seines Leidensweges spiegelt sich in den folgenden Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche wider.

Im Alltag führt die Erkrankung des Herrn B ganz allgemein zu einem Rückzugsverhalten: „... da (mit ungefähr 20 Jahren, M. Hager) habe ich gemerkt dass das doch bei mir nicht völlig an der Oberfläche sitzt – – – ... und habe dann eigentlich – – ja mich zurückgenommen, ... habe auch – in unterschiedlichen Situationen – manchmal eher Schonhaltung eingenommen, ...“.¹²⁸⁹

Mit 27 Jahren fühlt sich Herr B dann generell leistungsgemindert, ist relativ schnell erschöpft und leidet unter Herzrasen.¹²⁹⁰ „und da habe ich gedacht `oh! da muss ich mich zurücknehmen!‘ – – und ja das wie ich heute weiß war das eigentlich genau das Falsche, ...“.¹²⁹¹

Die Weiterentwicklung der Störung im alltäglichen Leben beschreibt Herr B nach der Eheschließung mit seiner mittlerweile von ihm geschiedenen Frau als Streben nach Perfektion, weil er hier in keiner Weise Angriffsfläche für Kritik bieten wolle.¹²⁹² Diese Zwanghaftigkeit im Charakter des Herrn B spiegelt sich in vielen Bereichen wider¹²⁹³ und wird von ihm selbst mittlerweile eingesehen.¹²⁹⁴

Das zwanghafte Streben nach Perfektion führt in seiner Weiterentwicklung sogar dazu, dass sich der gesundheitliche Zustand des Patienten tatsächlich verschlechtert – er bekommt zum damaligen Zeitpunkt mehrere grippale Infekte, die ihn ans Bett fesseln, von denen er sich relativ schwer erholt und die zu abnehmender Leistungsfähigkeit führen.¹²⁹⁵

¹²⁸⁸ vgl. Interview 2, S. 4

¹²⁸⁹ Interview 2, S. 4

¹²⁹⁰ vgl. Interview 2, S. 5

¹²⁹¹ Interview 2, S. 5

¹²⁹² vgl. Interview 2, S. 5

¹²⁹³ vgl. Interview 2, S. 3

¹²⁹⁴ vgl. Interview 2, S. 3 f

¹²⁹⁵ vgl. Interview 2, S. 5

In der Folge beginnt auch für Herrn B die für Herzneurotiker typische ärztliche Durchuntersuchung, wobei eine internistische Kontrolle mehr oder weniger befundfrei verläuft – lediglich eine Schilddrüsenüberfunktion wird hier diagnostiziert.¹²⁹⁶

Direkt auf das Herz bezogen beginnen Untersuchungen ungefähr 1966, weil sich Herr B geringsten körperlichen Anstrengungen nicht mehr gewachsen fühlt und zu Schweißausbrüchen neigt.¹²⁹⁷ Er führt dazu aus: „gut äh wie gesagt ich war ja dann ähm bei diesem Internisten gewesen in *Würzburg ich war dann auch in der Folgezeit also EKGs auch Belastungs-EKGs hatte ich einige! hinter mir, ... die waren alle total unauffällig ja? äh begreifen konnte ich das eigentlich nicht – – ich habe immer gedacht das müssen Fehldiagnosen sein, ... `das kann doch nicht sein!` ... ja und dann dann also immer mehr zu Einschränkungen geführt äh also ich habe mir dann immer weniger zugetraut, ...“.¹²⁹⁸ Herr B gerät immer tiefer in den Sumpf des Leidens hinein, weil auch seine Ehefrau Erwartungen ihm gegenüber hegt, die er nicht erfüllen kann.¹²⁹⁹

Im weiteren Verlauf wirkt sich die Herzneurose des Herrn B insofern auf seinen Alltag aus, dass er vom Internisten zum Neurologen überwiesen wird, der ihn zeitweise erfolglos mit Medikamenten behandelt. 1977 erfolgt dann schließlich die Überweisung in eine psychosomatische Klinik, in der neben der Herzangst eine Erkältungsphobie diagnostiziert wird. Wie beeinträchtigend sich diese auf das Leben des Patienten auswirken muss, lässt sich aus der Expositionstherapie erahnen, in der Herr B erst wieder erlernen muss, sich natürlichen (!!!) Witterungseinflüssen auszusetzen.¹³⁰⁰

Einschränkend im alltäglichen Lebensvollzug wirkt sich die Herzangst des Herrn B auch deshalb aus, weil er ansatzweise unter sozialer beziehungsweise Agoraphobie leidet: „... ich habe allerdings äh sagen wir mal äh große Menschenansammlungen! ... die habe ich auch eher gemieden, ... ob- obwohl ich kann zum Beispiel äh in München oder egal in jedes Bundesligastadion gehen ich habe kein Problem, ... das ich will nicht sagen dass mir das ein Gräuel war aber das mag ich einfach nicht.“¹³⁰¹ Um eine Agoraphobie oder eine soziale Phobie im klassischen Sinne mit massivsten Einschränkungen scheint es sich also bei Herrn B nicht zu handeln,

¹²⁹⁶ vgl. Interview 2, S. 5 f

¹²⁹⁷ vgl. Interview 2, S. 7

¹²⁹⁸ Interview 2, S. 8

¹²⁹⁹ vgl. Interview 2, S. 9

¹³⁰⁰ vgl. Interview 2, S. 6

¹³⁰¹ Interview 2, S. 10

These 2 wird jedoch zeigen, dass dies mit dem Umstand zu begründen sein könnte, dass Herr B seine Erkrankung ‚im Griff‘ hat und sich nicht in jeder Hinsicht von ihr beeinflussen lässt.

Obwohl gerade vorweggenommen wurde, dass sich Herr B mittlerweile gut mit seiner Erkrankung arrangiert hat, muss dennoch festgehalten werden, dass der Patient offensichtlich jahrzehntelang durch seine Herzangst im Vollzug des alltäglichen Lebens behindert wurde.

Diese These wird nun durch Beispiele aus dem Berufsleben des Patienten untermauert.

Auf die Nachfrage des Interviewers, ob sich die Herzangst auch auf den Beruf des Patienten ausgewirkt habe, antwortet Herr B: „ja ja ja ... äh also ich habe mich zeitweise nicht so leistungsfähig gefühlt wie ich das gerne gewesen wäre also um es vielleicht einmal so zu formulieren - ich hatte Phasen ähm - - - da hab hatte ich um einem Sportvergleich zu nehmen, ... da habe ich mich gefühlt und da habe ich auch wirklich so die Leistung gebracht wie ein Weltmeister: ... dann wiederum ähm wenn der Dynamo über eine gewisse Zeit äh sehr sehr hoch gelaufen ist, ... dann kam da so eine Abwärtsphase, ... und da habe ich dann manchmal das Gefühl gehabt jetzt bist du nur noch Kreisklasse! ... da habe ich dann auch schwere Dinge also äh fachliche Dinge die habe ich dann eher zurückgestellt, ... aber auch da war dann ähm die geistige Arbeit mit also so kam es mir vor mit mehr Energieaufwand verbunden also ich muss äh mir schien es so als müsste ich mich wesentlich mehr anstrengen als sonst.“¹³⁰²

Die allgemeine Leistungsminderung, die bereits im Vollzug des alltäglichen Lebens festgestellt wurde, zeigt sich entsprechend in der Ausübung des Berufes.

Diese Leistungsminderung führt in der Folge dazu, dass Herr B Arbeiten, die er im Büro nicht erledigen kann, mit nach Hause nimmt, um sie dort zu erledigen. Zu den Beweggründen dieses Verhaltens werden im Rahmen der zweiten These Aussagen gemacht werden können – die Teilverlagerung der Arbeit in den privaten Bereich hinein empfindet Herr B insgesamt aber als Beeinträchtigung.¹³⁰³

Das Gefühl, den Anforderungen im Beruf nicht mehr gerecht werden zu können, erfährt im Antrag auf Frühpensionierung des Herrn B seinen Höhepunkt: „... äh mit Ausnahme der letzten

¹³⁰² Interview 2, S. 11 f

¹³⁰³ vgl. Interview 2, S. 12

Zeit die äh wo dann diese Dinge auch äh zu meiner Pensionierung geführt haben wobei ich die selbst beantragt habe, ... weil ich habe gemerkt also ich war dann auch Vorgesetzter von 25 Leuten und ich habe dann gemerkt dass ich meinen Laden nicht mehr im Griff habe so wie das sein müsste und dann habe ich mir gesagt Mensch da leidet das ganze Arbeitsklima darunter ähm eventuell wenn ich jetzt ... ausfalle länger dann muss das mein Stellvertreter mitmachen und und und und ich war ich habe mich dann so extrem ausgebrannt gefühlt, ... dass ich dann zu meinem big boss (Umgangssprache: oberster Vorgesetzter) damals gegangen bin also Präsident und habe ihm gesagt also ... dass ich mir mich der Aufgabe nicht mehr gewachsen fühle und // dann haben wir ganz offen da geredet das war ein sehr verständiger Mensch, ... und dann habe ich meinen Antrag auf äh Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit gestellt und ... der Professor Csef der hat damals dann irgendein Gutachten auch gemacht das den beiden Gutachtern dann bei der Regierung vorgelegt worden ist und dann ist dieses Verfahren so gelaufen, ... mit dem Ergebnis dass ich äh ja vorzeitig in den Ruhestand versetzt worden bin wegen Dienstunfähigkeit."¹³⁰⁴

Herr B gibt an, dass auch hier im Rahmen seiner Leistungsminderung Herz-Kreislauf-Probleme (bei organischer Befundfreiheit, M. Hager) die tragende Rolle gespielt haben.¹³⁰⁵

Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kann über den Bereich des Berufes also gesagt werden, dass Herr B den Antrag auf frühzeitige Versetzung in den Ruhestand ohne seine Herzangstsymptomatik und den aus ihr resultierenden Begleitsymptomen nicht gestellt hätte.

Bezüglich des Bereiches Ehe und Familie hält sich auch dieser Patient eher bedeckt, allerdings ergeben sich Hinweise darauf, dass die Einschränkung im beziehungsweise der Rückzug aus dem aktiven Leben zum damaligen Zeitpunkt auch Auswirkungen negativer Art auf die mittlerweile geschiedene Ehefrau haben, denn diese sei von dieser Entwicklung nicht begeistert gewesen – dieser Umstand habe dafür gesorgt, dass sich Herr B weiterem Druck ausgesetzt gefühlt habe.¹³⁰⁶ Dass sich hier ein Teufelskreis gebildet habe,¹³⁰⁷ der auf den Erwartungen der Ehefrau beruht, die der Patient nicht erfüllen konnte, wurde bereits erwähnt.

¹³⁰⁴ Interview 2, S. 13

¹³⁰⁵ vgl. Interview 2, S. 13

¹³⁰⁶ vgl. Interview 2, S. 8 und 14

¹³⁰⁷ vgl. Interview 2, S. 9

Ferner sagt Herr B aus, dass die Arbeit, die er zu Hause erledigt hat, zu Einschränkungen im Familienleben geführt hätte.¹³⁰⁸ Diese Einschränkungen sind nach Meinung des Interpreten zeitlicher Art.

Auch um seine Kinder macht sich der Patient zum damaligen Zeitpunkt intensive Gedanken, weil er sie liebt und ihnen gegenüber Verantwortung verspürt:¹³⁰⁹ „ich meine auch ... zunächst einmal der finanzielle Aspekt und ... dann aber auch ... eben aufwachsen ohne Vater also diese Überlegungen haben da eine Rolle gespielt.“¹³¹⁰

Insgesamt gibt Herr B zu, dass neben dem Beruf seine Ehe immens unter dem Einfluss seiner Herzangst gelitten hätte.¹³¹¹

Herr B nennt auch negative Einflüsse seiner Herzangst auf den Freizeitbereich, der gleichzeitig das soziale Umfeld betrifft.

Im Laufe der Zeit habe er beispielsweise das Ausüben sportlicher Aktivitäten völlig aufgegeben:¹³¹² „... einerseits weil ich gedacht habe meine Frau hielt nicht viel von Sport - und ähm also ich wollte einerseits ihr einen großen Gefallen das gebe ich ohne weiteres zu dass das ein Beweggrund war, aber andererseits auch habe ich irgendwie halt da schon gemerkt, da war ich dann siebenundzwanzig, dass ich nicht mehr so so leistungsfähig! war, ... also wie relativ schnell erschöpft, Herzrasen! und und und ja?“¹³¹³ Das Schonverhalten führt Herrn B also dazu, eine geliebte Freizeitaktivität aufzugeben, die Reduktion sozialer Kontakte lässt sich per se erahnen.

Aber nicht nur der Sport wird aufgegeben, auch andere Bereiche werden tangiert: „ja und dann dann also immer mehr zu Einschränkungen geführt ... also ich habe mir dann immer weniger zugetraut, ... zum Beispiel ha- habe ich auch mal ganz gerne getanzt, ... das habe ich alles sein lassen - - - also das ging sehr weit also nicht so weit, dass ich jetzt nicht mehr vor die Türe gegangen bin ja? ... und mir überhaupt nichts mehr zugetraut, das nicht aber zum Beispiel was ich nicht mehr gemacht habe waren auch lange Wanderungen, ... die ich eigentl- im Grun- die

¹³⁰⁸ vgl. Interview 2, S. 12

¹³⁰⁹ vgl. Interview 2, S. 15

¹³¹⁰ Interview 2, S. 15

¹³¹¹ vgl. Interview 2, S. 21

¹³¹² vgl. Interview 2, S. 5

¹³¹³ Interview 2, S. 5

ich eigentlich vorher oder früher auch gerne gemacht habe – also all das habe ich ähm ja weitestgehend eingestellt und ja mein Leben hat sich immer mehr eingeschränkt, ... ja?"¹³¹⁴

Trotz dieser unterschiedlichen Einschränkungen scheint Herr B das Einstellen sportlicher Aktivitäten als größten Verzicht zu empfinden.¹³¹⁵ Weil aber auch das Tanzen und das Wandern im weitesten Sinne unter dem Überbegriff der sportlichen Aktivitäten einzuordnen ist, wird deutlich, wie massiv der ‚Verlust‘ dieser Freizeitgestaltungen und der damit verbundene Verlust sozialer Kontakte im Erleben des Herrn B sein muss. Dennoch muss auch hier bereits erwähnt werden, was These 2 zeigen wird: Herr B kann die Herzangst noch insofern ‚kontrollieren‘, dass sie sein Freizeitverhalten nicht völlig blockiert.

Die indirekten Auswirkungen der Herzangst auf das soziale Umfeld (indirekt über den Bereich der eingeschränkten Freizeitgestaltung) sind damit genannt. Interessanterweise kann Herr B selbst aber keinerlei Angaben darüber machen, wie sein Umfeld auf diesen Rückzug reagiert hat.¹³¹⁶ Eine mögliche Erklärung hierfür läge eventuell in seiner perfektionistischen Art und Weise, mit der er diesen Rückzug vielleicht unbewusst auf rationale Weise – aber nicht mittels seiner Herzangst – erklärt, um anderen Menschen gegenüber ein ‚normaleres‘ oder ‚perfekteres‘ Erklärungsmuster für sein Verhalten anzubieten. Ein Hinweis hierfür ist in der Aussage zu sehen, dass er in Krisen, die einen ‚Herzanfall‘ neurotischer Art mit Kopfschütteln beantworten würden, eine andere Darstellung der Dinge wählen würde, Herr B sagt in derartigen Situationen, dass sein Kreislauf spinne, weil man sich generell unter Kreislaufproblemen mehr vorstellen könne als unter einer Herzangst. Lediglich bei seinen Kindern oder bei Menschen, die ihn gut kennen, würde er den tatsächlichen Grund seines Rückzuges nennen.¹³¹⁷ Allerdings kann dieses Verhalten auch so interpretiert werden, dass Herr B seine Herzangst bestmöglich in sein Leben integriert hat und ihre Handhabung in Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Umfeld beherrscht. Dieser Punkt wird in These 2 noch behandelt.

Alle wichtigen Bereiche, die unter der ersten These zu subsumieren sind, wurden genannt. Sämtliche angeführten Sachverhalte sind Beweis dafür, dass auch Herr B – dem typischen Bild des Herzneurotikers entsprechend – einen immensen Leidensdruck und massive Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen erlebt hat.

¹³¹⁴ Interview 2, S. 8

¹³¹⁵ vgl. Interview 2, S. 9

¹³¹⁶ vgl. Interview 2, S. 14

¹³¹⁷ vgl. Interview 2, S. 19

These 2 wird hingegen zeigen, dass die aktuelle Lebensführung sowie die Zukunftsplanung seit einer psychosomatischen Kur bei Einsicht in die Psychosomatik seiner Symptome in eine positive Richtung verlaufen und Herr B sogar einen Krankheitsgewinn verbuchen kann. An dieser Stelle wird sich zeigen, dass die Krankheit nicht nur Leidensdruck in sein Leben transportiert hat, sondern dass er die Krankheit so ‚gelenkt‘ hat, dass er tatsächlich mehr Lebensfreude und –qualität erlangt. Das bedeutet, dass Herr B aus seiner Krankheit Nutzen ziehen konnte. Zwar wird in diesem Fall hier die Ebene der Vermutungen betreten – kein Mensch kann definitiv sagen, dass Herr B ohne seine Frühpensionierung, die aus der Herzangst resultiert, weniger Lebensqualität erleben könnte – er hätte vielleicht nur weniger Freizeit, würde sich aber dennoch glücklich und zufrieden fühlen. Andererseits kann das Gegenteil auch nicht bewiesen werden.

Ad 2: Nun soll bewiesen werden, dass Herr B zum Zeitpunkt des Interviews bedingt durch die Einsicht in die Psychosomatik seiner Erkrankung dieser keine Übermacht mehr zukommen lässt – weder in der aktuellen Lebensführung noch bezüglich der Zukunftsplanung.

Auch ein Krankheitsgewinn kann von ihm verzeichnet werden, das heißt, der Patient erlebt positive Begleiterscheinungen seiner Erkrankung.

Bereits zu Beginn des Interviews sagt der Patient auf die Frage, wie es denn mit seiner Herzangst angefangen habe aus, dass er seine Störung aus der Rückschau ganz anders begreife als dies in der damaligen symptomlastigen Zeit der Fall gewesen wäre:¹³¹⁸ „äh heute weiß ich dass das ... zu tun hat ja mit meinen ganz persönlichen Strukturen ähm also ja leistungsorientiert ähm genau! zu sein, möglichst äh ja hundert Prozent, also auch ein Stück weit ... wie sagt immer der Herr Professor Csef ... na wie heißt der Begriff wieder? – – jetzt fällt er einem nicht ein (Herr B lacht und weiß nicht weiter) ...“.¹³¹⁹ Der Patient meint hier seine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, die ihn zum Perfektionismus zwingt.¹³²⁰

Interessant erscheint hierbei, dass Herr B tatsächlich zwischen der Lebensepisode der damaligen Zeit der Erkrankung und dem jetzigen Blick auf diese Zeit unterscheidet, dass er also eine Änderung in seiner Haltung zeigt.

¹³¹⁸ vgl. Interview 2, S. 3

¹³¹⁹ Interview 2, S. 3

¹³²⁰ vgl. Interview 2, S. 3

Diese scheint maßgeblich durch seine psychosomatische Kur entstanden zu sein, denn er nennt etwa das für ihn große Erfolgserlebnis, dass er bei der bereits genannten Witterungsexposition zur Bekämpfung seiner Infektionsphobie gesund geblieben ist und hier einen ersten Erfolg in Richtung einer Einsicht in die Psychosomatik seiner Erkrankung verbucht: „können Sie sich vorstellen? ich habe nichts bekommen! ... also das war für mich ein unglaubliches Aha-Erlebnis!“¹³²¹

Unabhängig von dieser Veränderung schafft es Herr B aber auch schon früher, seine Herzangst nicht übermächtig werden zu lassen: „äh - - - wo ich also nicht: so gerne bin ich also zum Beispiel äh ich bin all die Jahre gerne auf das Afrikafestival gegangen, ... hier in Würzburg und das habe ich mir auch nie nehmen lassen - - und wenn man da ja sich förmlich so durchwinden (Herr B gestikuliert) musste ja? ... das ich will nicht sagen dass mir das ein Gräuel war aber das mag ich einfach nicht.“¹³²²

Herr B sagt hier also aus, dass er sich im Freizeitbereich nicht jedes Vergnügen nehmen ließ. Zwar kann er in seiner symptomlastigen Zeit kein Genuss mehr am Wandern, am Tanzen und an der Ausübung sportlicher Aktivitäten finden, das Würzburger Afrikafestival lässt er sich aber auch in dieser Zeit nicht nehmen.

Fragt man also, was Herr B aus seiner Erkrankung gemacht hat, lässt sich festhalten, dass er sie in manchen Bereichen schon vor der psychosomatischen Kur seiner Kontrolle unterworfen hat, weil er trotz seines Unbehagens beispielsweise nie befürchtet hatte, dass er in einer Menschenansammlung an einem Herztod sterben könne.¹³²³ Sicher ist fraglich, ob man hier von ‚Kontrolle‘ sprechen kann – beachtet man aber die Befürchtungen des ‚klassischen‘ Herzneurotikers, der große Angst davor hat, in anonymen Mengen das Bewusstsein zu verlieren, könnte dies als Indiz dafür gewertet werden, dass der Patient seine Erkrankung zumindest in diesem Bereich im Griff hat und derartige Gedanken nicht zulässt. Zu beachten ist aber unbedingt, dass es sich bei diesem Beispiel um das frühere Verhalten *vor* der Rehabilitationsmaßnahme handelt, *nach* dieser kann man durch die gewonnene Einsicht in die Psychosomatik der Erkrankung sicher von Kontrolle sprechen.

¹³²¹ Interview 2, S. 7

¹³²² Interview 2, S. 10

¹³²³ vgl. Interview 2, S. 11

Auch im beruflichen Bereich wird Herr B nicht völlig von seiner Herzangst überrollt, sondern er verwendet viel Anstrengung darauf, auch hier wegen seiner perfektionistischen Einstellung den Schein zu wahren, denn trotz des Gefühls, den Anforderungen im Beruf nicht mehr gewachsen zu sein, gibt er an, dass es sein Stolz niemals zugelassen habe, anfallende Arbeiten an Kollegen abzugeben – vielmehr nimmt er sich in dieser Zeit Arbeit mit nach Hause.¹³²⁴

Für die erfolgreiche Integration der Erkrankung in das Leben des Herrn B spricht ferner, dass er sich zumindest dem sozialen Umfeld im Beruf gegenüber derartig gut mit seiner Störung arrangiert hat, dass ihn Kollegen nicht auf seine subjektiv empfundene Leistungsminderung ansprechen – durch die Verlagerung mancher Arbeit ins häusliche Umfeld erfahren die Kollegen nicht, dass der Patient mehr Aufwand für seine Tätigkeiten betreiben muss. Einen entscheidenden Punkt stellt die bereits genannte Einsicht in die Psychosomatik der Störung des Herrn B dar.

Bezüglich der Zukunftsplanung, die früher noch unter dem negativen Einfluss massiver Angst stand,¹³²⁵ zeigt sich Herr B nun zuversichtlich, obwohl er mit einer gewissen und gelegentlich auftretenden ‚Restangst‘ zu kämpfen hat.¹³²⁶ Zuversichtlich zeigt er sich jetzt deshalb, weil er durch seine Frühpensionierung nun Aktivitäten planen kann, die ohne diese nicht oder nur in eingeschränktem Maße durchführbar wären.¹³²⁷ „ja gut ich habe – – mir vorgenommen oder ich war der Meinung wenn ich dann mal jetzt den beruflichen Druck nicht mehr habe dass ich mal eine Menge von dem was ich mir so mal ... vorgestellt hatte oder erträumt habe dass ich das dann machen kann, ... äh weil da bin ich halt einfach nicht mehr dazugekommen ähm – – – gut ich habe dann zum Beispiel äh ich ich habe eine gewisse denke ich äh Fähigkeit Sprachen zu lernen, ... oder eine gewisse Begabung denke ich, ich habe also dann angefangen Italienisch zu lernen, ... das mache ich heute noch, ... weil mir die Sprache unwahrscheinlich gut gefällt und das Land, ... ja ich habe angefangen – – zu lesen ich habe sehr viel gelesen – – – äh ich bin was ich früher ja eher eingeschränkt habe auch wegen meiner Herzproblematiken ich habe dann angefangen zu reisen, ...“.¹³²⁸

¹³²⁴ vgl. Interview 2, S. 12

¹³²⁵ vgl. Interview 2, S. 14

¹³²⁶ vgl. Interview 2, S. 14

¹³²⁷ vgl. Interview 2, S. 15

¹³²⁸ Interview 2, S. 15 f

Die durch die Herzangst eingetretene Frühpensionierung wird von Herrn B also als Gewinn bewertet, die entstandene Freizeit kann er wiederum intensiv nutzen, weil er die Einsicht gewonnen hat, dass seine Beschwerden nicht physischer Natur sind.

Und Herr B sagt selbst, dass man die Frühpensionierung als Krankheitsgewinn bewerten könne.¹³²⁹

Wenn man danach fragt, was der Patient aus der Krankheit gemacht hat, bleibt somit festzuhalten, dass er sie annehmen und handhaben kann,¹³³⁰ dass er weiterhin einen immensen Gewinn aus seiner Erkrankung zieht (Freizeit durch Frühpensionierung) und dass Herr B durch die Einsicht in die psychosomatische Daseinsweise seiner Herzangst sogar wieder Sport betreibt.¹³³¹

Beide Thesen sind somit belegt.

¹³²⁹ vgl. Interview 2, S. 16

¹³³⁰ vgl. Interview 2, S. 17 f und 20

¹³³¹ vgl. Interview 2, S. 21

5.3 Interview 3 mit Frau C

Frau C leidet seit mehreren Jahren an einer organischen Herzerkrankung, aus der sich ein sekundäres Herzangst-Syndrom entwickelt hat. Angstsymptomaten und Panikattacken spielen aber auch schon vor einer Operation am Herzen eine Rolle im Leben der Patientin. Frau C ist vierzig Jahre alt, sie lebt mit ihrem Ehemann zusammen im Eigenheim und arbeitete vor ihrer momentanen Erwerbsunfähigkeit in ihrem erlernten Beruf als Physiotherapeutin. Der Kontakt mit Frau C wurde über Prof. Csef hergestellt.

Die Patientin leidet an einer Herzneurose; für eine Befragung im Rahmen der vorliegenden Dissertation ist sie daher geeignet.¹³³²

Im Interview der Frau C lassen sich zwei Kerninhalte finden, die in verschiedenen Lebensbereichen zur Sprache kommen und mit Beispielen belegt werden:

1. Fragt man danach, was die Erkrankung der Patientin aus ihrem Leben gemacht hat, ist eine immense Einschränkung feststellbar, die mit der depressiv gefärbten Frage nach dem ‚Warum‘ verknüpft ist und sich besonders in einer Angst vor dem eigenen Tod spiegelt. Allerdings verfügt Frau C über einen starken Lebenswillen – die Frage danach, was Frau C aus ihrer Krankheit gemacht hat, ist derart zu beantworten, dass sie sie entsprechend ihrer Möglichkeiten bestmöglich in ihr Leben integriert hat.
2. Frau C lebt wegen ihrer Erkrankung intensiver und ändert ihre Lebenseinstellung, ein Krankheitsgewinn kann belegt werden.

Ad 1: Bezüglich des Beginns und der Weiterentwicklung ihrer Erkrankung (somatische und psychische Anteile der Gesamterkrankung sind unmöglich voneinander zu trennen) sagt Frau C aus, dass sie vor fünf oder sechs Jahren erstmals Schmerzen im Brustbereich verspürt habe. In der Folge werden daher zahlreiche unterschiedliche Untersuchungen durchgeführt, auch psychische Probleme werden schon hier als auslösend verdächtigt.¹³³³ Im Unterschied zum ‚klassischen‘ Herzneurotiker stellt eine kardiologische Untersuchung jedoch eine koronare Herzerkrankung fest, die zunächst mit Medikamenten behandelt wird. Weil die Schmerzen im Laufe der Jahre aber schlimmer werden, entscheiden sich Ärzte und Patientin für eine Bypass-

¹³³² weitere Angaben zur Patientin sind im Anhang nachzulesen

¹³³³ vgl. Interview 3, S. 2

operation, die 2002 vorgenommen wird und für kurze Zeit auch Besserung der Symptomatik verschafft. Als nach einiger Zeit die Schmerzen wieder auftreten, wird eine Katheteruntersuchung durchgeführt, eine psychische Mitbetreuung wird aber angeraten, weil unklar ist, woher die Schmerzen nun kommen. An dieser Stelle kommt die für Herzneurotiker typische Laufbahn verschiedener ärztlicher Durchuntersuchungen zur Sprache, weil Frau C beschreibt, von Arzt zu Arzt zu laufen, um Gewissheit über ihre Erkrankung zu erlangen.¹³³⁴

Trotz dieser Umstände versucht Frau C, das Beste aus ihrer Erkrankung zu machen, sie integriert die Symptomatiken bestmöglich in ihr Leben.¹³³⁵

Im Alltag ist die Patientin deutlich durch ihrer Erkrankung ‚behindert‘, weil hier Angst eine große Rolle spielt: „und natürlich ... wenn man immer diese Beschwerden hat und ... besonders wenn es im Herzbereich ist hat man natürlich immer so irgendwie Angst, ok weil man denkt `ok es ist das letzte Stündchen hat geschlagen!` obwohl man je länger man dann sagen wir einmal so sich mit der Angst auseinandersetzt dass es dann schon irgendwie auch sagen wir einmal auch so mit psychosomatischer Mitbetreuung kann man über die Angst reden, ich will nicht sagen dass es leichter wird aber man kann besser! sagen wir einmal so mit A- Angst umgehen weil man weiß ok! wenn wieder so etwas kommt man hat also wieder diesen Schmerz in der Herzgegend wo sich dann alles so zusammenzieht! dass äh dass das auch wieder irgendwann vergeht! dass man also nicht irgendwie in Panik geraten soll sondern dass man sich ganz ruhig verhalten soll und ... wenn es schlimmer wird natürlich ... hat man immer irgendwie so schaut man immer irgendwie dass irgendwie ein Telefon! in der Nähe ist oder dass immer dass man immer irgendwie immer unter Leuten ist oder oder irgendwie man ist also immer irgendwie besorgt dass man also irgendwo nah am Telefon ist nah bei Leuten ist, dass man halt nicht zu viel alleine ist weil wenn wirklich etwas passieren würde äh dass jemand da ist, ... obwohl natürlich wenn man andauernd ... sagen wir einmal so immer so auf dem Sprung! lebt ist natürlich auch nicht gerade ... ideale Lebensqualität ok?“¹³³⁶

Diese häufig anzutreffende Tendenz des Herzneurotikers, im Beisein anderer Menschen (im Gegensatz zum Alleinsein) Angstfreiheit oder wenigstens reduzierte Angst zu erleben,¹³³⁷ ist bei Frau C somit gegeben, weil sie sich dann sicherer fühlt. Das ‚Leben auf dem Sprung‘ ist im Alltag

¹³³⁴ vgl. Interview 3, S. 2 f

¹³³⁵ vgl. Interview 3, S. 3

¹³³⁶ Interview 3, S. 3 f

¹³³⁷ im Gegensatz zu jenen Patienten, die andere Menschen aufgrund sozialphobischer Tendenzen meiden

der Patientin zum Normalfall geworden, wobei sie darunter leidet – sie selbst sagt nämlich, dass dies nicht der idealen Lebensqualität entsprechen würde, es wäre ihr wesentlich lieber, gesund zu sein.¹³³⁸

Die Lebensqualität ist durch die Herzangst der Patientin nicht nur eingeschränkt – sie gibt sogar an, dass die Krankheit der zentrale Punkt im Leben sei: „und äh – – man muss halt wirklich das Leben also umgestalten und ... immer irgendwie sich danach ... richten! nach dieser Krankheit ... was natürlich sagen wir einmal so im Laufe der Zeit vielleicht etwas einfacher wird weil ... je länger man mit der Krankheit lebt je einfacher wird es ... na ja sich mit dem Umfeld und äh das darauf also wenn sich darauf einzu- (Frau C findet das passende Wort nicht) ... einzustellen und so, ...“.¹³³⁹ Hier zeigt sich also einmal, dass Frau C ihr Leben permanent nach der Herzangst ausrichten muss, dass sie es andererseits aber schafft, diese in ihr Leben zu integrieren und bestmöglich zu handhaben.

Ihre ständige Auseinandersetzung mit der Angst bringt die Patientin weiterhin dazu, über das Sterben nachzudenken:¹³⁴⁰ „die Angst vor dem Sterben, – – das ist also ... die ist manchmal sehr groß da denkt man ok in meinem Fall `ich bin vierzig Jahre alt, das kann es doch wohl nicht gewesen sein!` ... ok? man setzt sich auch damit auseinander wie wird das Leben wohl weitergehen wenn man gestorben ist das ist irgendwie das ist verrückt! aber man man denkt sich `ok was ist jetzt wenn ich jetzt sterbe oder so etwas was machen die ... ohne dich?` oder so oder man man setzt sich sich ja irgendwie hin und denkt darüber nach `ok was könnte ich irgendwie vielleicht aufschreiben damit die das so machen wie du das gerne also haben willst?` ... das finde ich ich meine auf der einen Seite ist es äh ist es nicht es ist wirklich nicht gesund! ... also das ist irgendwie glaube ich ist es nicht normal! aber auf der anderen Seite wenn man wenn man älter wird oder so etwas oder wenn man vielleicht achtzig ist oder so etwas setzt man sich ja auch damit auseinander aber – – irgendwie das ist nicht fair dass ich schon so in jungen Jahren schon diese Angst! haben muss zu sterben ok? ... und ... manchmal oder sagen wir so noch vor ein paar Monaten hat diese Angst wirklich hat mich also wirklich lahm gelegt also habe ich also wirklich so – – Panik Panikattacken ist vielleicht etwas weiß ich nicht! sagen die Ärzte dass das Panikattacken waren aber dieses ... da hatten da hat man wirklich die Überzeugung dass das ist also das ist jetzt das Ende ... man stirbt! jetzt, ... ok? ... und ... das ist

¹³³⁸ vgl. Interview 3, S. 4

¹³³⁹ Interview 3, S. 5

¹³⁴⁰ vgl. Interview 3, S. 5

also etwas – – das ist ... also so etwas von grausam! ok? ich kann mir das äh ich kann mir das dann immer sehr gut vorstellen ... Leute die also Krebs haben und ... dann auch mit dieser Angst leben zu müssen also vielleicht bald zu sterben oder so etwas also – – das ist wirklich etwas äh – – das schlimmer ist als die Krankheit selbst! ok?“¹³⁴¹

Diese massive Angst vor dem beziehungsweise das Nachdenken über das Sterben zeigt in eindrucksvoller Weise, wie sehr die Herzangst der Frau C deren alltägliches Leben beeinträchtigt! Die Herzneurose wandelt das *Leben* der Patientin in eine *Angst vor dem Sterben* um.

Dieses Phänomen zeigt sich ferner in der Angst, nicht mehr von der Narkose zu erwachen, die die Patientin im Rahmen ihrer Bypassoperation erhalten hatte: „weil ich habe mir immer gedacht ich bekomme eine Narkose, was ist wenn ich sterbe? ich merke das nicht einmal! ... das ist also so etwas von von macht überhaupt keinen Sinn! ... ok? weil es merken wer weiß ob man das überhaupt merkt! aber meine! Angst war immer wenn ich die Narkose bekomme und ich wache nicht wieder auf ich merke das nicht einmal dass ich gestorben bin (Frau C lacht) ... also das ist aber so vor der Operation vor dem Aufschneiden vom Brustkorb oder so etwas das war mir eigentlich nicht so – – aber dieses äh Narkose und Wegsein und dann sterben ohne das irgendwie – – wahrzunehmen ich weiß nicht das war für mich also nicht mehr aufwachen ... von der Narkose ... war für mich das Schlimmste und irgendwie – – dieses äh dieses Gefühl wie gesagt beim Sterben wacht man ja auch nicht mehr auf!“¹³⁴²

Auf der anderen Seite dieser Todesangst steht hingegen die Integration der Erkrankung in das Leben der Frau C, denn sie beschreibt die Hoffnung auf Besserung – bis dahin aber müsse sie eben mit der Erkrankung leben:¹³⁴³ „man soll ja die Hoffnung nicht aufgeben! ... ich meine man darf die Hoffnung nicht aufgeben ok? ... und äh // äh ist einem ja auch bewusst ok wenn man also immer ständig in dieser Angst lebt man kann sein Leben sagen wir einmal so nicht ständig in Angst leben! weil wie gesagt den! Tag wo man Angst gelebt hat der kommt nicht wieder den kann man nicht mehr wieder leben ok? ... also muss man ja irgendwann über die Schwelle treten ok und sagen ok ich muss halt nun einmal das Beste daraus machen ok und muss den heutigen Tag na ja! so so hinbringen damit er für mich irgendwie äh Lebensqualität hat ok? ... weil dieser Tag kommt nicht zurück! ... und wenn man dann über das Sterben nachdenkt dann denkt man ja

¹³⁴¹ Interview 3, S. 5 f

¹³⁴² Interview 3, S. 8 f

¹³⁴³ Interview 3, S. 13

‘ok hättest vielleicht die letzten paar Monate wärs du nicht andauernd so deprimiert gewesen hättest du ein bisschen mehr getan dann’ ok? (Frau C lacht). ... aber man kann halt das nicht mehr zurückdrehen und das ist natürlich nicht immer so einfach, man nicht einfach sagen ‘so und jetzt lebe ich!’ ok?’¹³⁴⁴

Diese Ambivalenz in der Gefühlslage – Angst und Depression versus Lebenswille – führt dazu, dass der Patientin nur bleibt, sich auf die Situation einzulassen und sie – zumindest vorübergehend – anzunehmen.¹³⁴⁵

Betont werden sollte nochmals der Umstand, dass Frau C ihr ganzes Leben durch ihre Erkrankung beeinflusst sieht: „... ich meine die Krankheit ist das Vordergründigste in also wenn sagen wir einmal so wenn man eine schwere Krankheit hat so wie zum Beispiel eine Herzgeschichte ist das natürlich immer im Vordergrund ok? ... in allem was man tut! ok? ... das kann man nicht einfach irgendwie abschalten und kann es vergessen! ok? ... hm wobei man dann ja weiß ok irgendwann es geht ja dann auch einmal weiter, ok man kann das zwar aufhalten mit Medikamenten und so weiter und so weiter aber es geht dann ja irgendwann einmal weiter man weiß ja irgendwie im Hintergrund weiß man ja irgendwann braucht man dann vielleicht einmal wieder! einen Bypass und dann muss man wieder durch das Ganze durch und dann wird es vielleicht wieder nicht besser und so weiter und so weiter ... ok? da darf man da darf man dann nicht viel darüber nachdenken weil sonst ähm würde man irgendwie ein bisschen verrückt werden glaube ich oder würde sich noch mehr Sorgen machen!“¹³⁴⁶

Neben dem Alltag ist natürlich auch der Beruf der Frau C von ihrer Herzanngst betroffen – einführend weist die Patientin darauf hin, dass sie seit ihrer Operation nicht mehr in ihren Beruf zurückgekehrt ist, die Erkrankung wirkt sich hier also einschränkend auf die Lebensqualität aus:¹³⁴⁷ „was also für eine Frau meines Alters schon ... etwas deprimierend ist und ... ich möchte halt auch ... sagen wir einmal so frage ich mich wie das so denn so weitergehen! soll, ich bin jetzt ... wie gesagt vierzig Jahre alt bin schon einmal am Bypass operiert worden habe also deswegen trotzdem nicht irgendwie dass es mir besser geht, jetzt ... steht die Diskussion an dass man mich also praktisch ... Erwerbsminderungsrente beantragen lassen will, was ich davon halte

¹³⁴⁴ Interview 3, S. 13 f

¹³⁴⁵ vgl. Interview 3, S. 12

¹³⁴⁶ Interview 3, S. 15 f

¹³⁴⁷ vgl. Interview 3, S. 3

weiß ich nicht weil das irgendwie so das – zugeben dass man also praktisch krank ist und ... na ja wie gesagt so ganz klar komme ich damit nicht!“¹³⁴⁸

Frau C empfindet ihre zum Zeitpunkt der Befragung vorhandene Arbeitsunfähigkeit als negativ, weil sie diesen Umstand als in ihr Leben einschneidend erlebt:¹³⁴⁹ „ich meine das ist ja nicht mein normales! Leben mein mein normales Leben war mein Beruf!“¹³⁵⁰

Im Bereich der Familie beziehungsweise innerhalb der Ehe von Frau C lassen sich ebenfalls Auswirkungen ihrer Erkrankung feststellen, die sie ohne ihre koronare Herzerkrankung und die damit verbundenen Herzangst nicht erleben würde: „... na ja und äh (Frau C holt tief Luft) was das Familienleben betrifft ist es natürlich hat es A- natürlich Auswirkungen auf äh den äh den Partner! der ja auch ständig mit dieser Angst leben! muss ...“.¹³⁵¹ Die Ehe der Patientin wird also derart von ihrer Herzangst beeinflusst, dass selbst der Ehemann in ständiger Angst lebt. Frau C gibt aber auch an, dass ihr Mann sehr verständnisvoll sei, zu ihr stünde und viel Geduld aufbringe.¹³⁵² Der Ehemann scheint im Umgang mit der Erkrankung eine wichtige Rolle zu spielen, weil Frau C befürchtet, dass ohne ihn alles noch viel schlimmer wäre.¹³⁵³

Diese Verlässlichkeit innerhalb der Ehe wird aber wieder durch die Frage der Patientin getrübt, wie das Leben ihres Mannes verlief, wenn sie sterben würde:¹³⁵⁴ „das ich meine diese das ist wie gesagt das ist mein vordergründiges ... Anliegen! ... also ich meine was macht mein Mann? ... also nicht dass er hilflos wäre und könnte sich nicht mehr selbst weiterhelfen aber wie gesagt unsere Beziehung ist doch sehr eng! ... und ... der wäre also – – wirklich ... am Boden zerstört! ok? ... das weil wie gesagt weil wir keine Kinder haben und weil nun einmal unsere Zweisamkeit sehr eng ist und ... das also – – ...“.¹³⁵⁵ Die Erkrankung der Frau C belastet somit die offensichtlich gut funktionierende Ehe der Patientin.

Auch andere Familienmitglieder, nämlich die Geschwister, würden unter der Erkrankung von Frau C leiden – näher geht sie auf diese Äußerung nicht ein.¹³⁵⁶

¹³⁴⁸ Interview 3, S. 3

¹³⁴⁹ vgl. Interview 3, S. 10

¹³⁵⁰ Interview 3, S. 10

¹³⁵¹ Interview 3, S. 4

¹³⁵² vgl. Interview 3, S. 4

¹³⁵³ vgl. Interview 3, S. 4

¹³⁵⁴ vgl. Interview 3, S. 7

¹³⁵⁵ Interview 3, S. 8

¹³⁵⁶ vgl. Interview 3, S. 4

Soziales Umfeld und Freizeitbereich werden von der Erkrankung der Patientin zunächst einmal einschränkend¹³⁵⁷ beeinflusst, dies entspricht dem Sachverhalt der üblichen Problematik bei Herzneurotikern. Allerdings versucht Frau C, die Sache nicht zu ernst zu nehmen und normal behandelt zu werden – hier spiegelt sich ihr Lebenswille wider: „- ja also das ... weiß ich jetzt nicht so weil mein mein soziales Umfeld ich meine ich bin ich bin da schön ... sagen wir einmal so was meinen Bekanntenkreis! angeht ich meine meine engeren Bekannten die wissen natürlich über meine Krankheit, nur wenn es dann so so weiterläufig ist will ich nicht unbedingt ... dass die also das geht die genau wissen was ich habe oder wie oder was, ... da will ich also dann schon als ganz normal wirken oder ganz normal behandelt werden! ... ok? also aber natürlich meine Freundinnen und so mein Gott ... die wissen das natürlich ich meine viele von denen haben auch Probleme also kann man ja manchmal so so Scherze darüber früher haben wir uns über alles Mögliche unterhalten und jetzt unterhalten wir uns über unsere Krankheiten uns so! (Frau C lacht) ... also kann man das auch ein bisschen so irgendwie ins - - also ich will nicht sagen ins Lächerliche aber irgendwie so in in Humorvolle ziehen!“¹³⁵⁸ Dass diese Selbstironie nicht gespielt ist sondern dem Wesen der Frau C entspricht, zeigt sich nach der Auffassung des Interpreten im Vergleich mit einer amerikanischen Seifenoper, den die Patientin anbringt: „... und unter dem Motto wie die Golden Girls weiß ich nicht ob Sie die kennen ... die gehen glänzend gut damit um! mit dem Altern also ich habe eine Freundin wir machen das seit mehr oder weniger die hat MS (Multiple Sklerose, M. Hager) und ... also von daher!“¹³⁵⁹ Das herzliche Lachen der Frau C bei diesem Vergleich bringt ihre eigentliche Einstellung zum Leben ans Licht: Nicht nur Angst vor dem Sterben sondern auch Humor und Integration der Erkrankung ins Leben charakterisieren diese Patientin.

Die aktuelle Lebensführung der Frau C ist also insgesamt durch eine massive Beeinträchtigung („das kann man nicht einfach irgendwie abschalten und kann es vergessen!“)¹³⁶⁰ – andererseits aber durch Lebenswillen und Hoffnung (siehe auch These 2) charakterisiert.

Ad 2: Frau C kann für sich aber auch einen Krankheitsgewinn verbuchen, sie erlebt durch ihre Erkrankung ein intensiveres und anderen Menschen gegenüber aufgeschlosseneres Leben. So beschreibt sie etwa bezüglich ihrer Partnerschaft eine ‚bessere Qualität‘: „im äh auf der anderen Seite auf der positiveren Seite glaube ich dass es also diese Krankheit dann sagen wir einmal so

¹³⁵⁷ vgl. Interview 3, S. 4

¹³⁵⁸ Interview 3, S. 14

¹³⁵⁹ Interview 3, S. 15

¹³⁶⁰ Interview 3, S. 15

ein Ehepaar auch etwas mehr zusammenschweißt weil dann doch immer irgendwie – – also das im Hintergrund ist dass man weiß es man weiß es ja nicht wie lange man das wie lange man diese Zweisamkeit noch hat: ok? weil ... ja! das also wie gesagt man man hat eine intensivere Partnerbeziehung ... weil man denkt sich halt ja! ok man weiß ja nicht wie lange das noch so äh wie lange das denn noch so anhält ok?"¹³⁶¹

Zwar würde Frau C lieber auf ihre Erkrankung verzichten¹³⁶², aber durch die Erkrankung kann sie ein zuvor eventuell nicht gleichermaßen intensives Eheleben nun verwirklichen, weil die Angst vor dem Tod dazu führt, die Partnerschaft zu intensivieren.

Bezüglich des sozialen Umfeldes beziehungsweise der aktuellen Lebensführung verbucht die Patientin einen Krankheitsgewinn für sich, indem sie sich grundlegend verändert hat: „... also ich würde auf alle Fälle sagen man ist anderen Leuten toleranter und hat also viel mehr Sympathie also bei mir ist es so älteren Menschen gegenüber weil sie halt viele von denen auch krank sind ich kann also viel mehr ... mit Leuten mitfühlen die die also krank sind und kann auch etwas mehr Rücksicht! nehmen ... auf Menschen weil sie Gebrechen haben ok? ... ich bin also da ich will nicht sagen ein besserer Mensch geworden aber in dem Sinn kann ich also wie gesagt mich ... in andere hineinversetzen und einfühlen und bin also nicht irgendwie so würde sagen oberflächlich sondern kann also da das intensiver nachvollziehen. ... ich meine und das finde ich auch also sagen wir einmal so das! das muss ich das Positive was ich aus meiner Krankheit gewonnen habe das finde ich also sagen wir es einmal so ich finde das nicht dass das gut! aber das ich meine diesen Teil finde ich gut dass ich so geworden bin weil wie gesagt man ist viel zu oberflächlich als Mensch wenn man also so sein Leben so lebt also und man es geht einem gut! man hat einen tollen Beruf! man hat Karriere und so etwas, aber wenn man dann krank! wird ok? dann ist es ganz: ganz: anders ok? dann hat man viel mehr kann hat man viel! mehr Zeit zu überlegen ... ok was ist eigentlich wichtig im Leben? ok? – – ist es /// das Wichtigste ist der Mensch und nicht ok ob er nun gelähmt ist oder oder ob er blind ist oder ob er wie gesagt herzkrank ist oder ob er Krebs hat oder ob er vielleicht nicht so gut dasteht und so, ... das äh das sind alle etwas wir sind uns es kann uns allen passieren!"¹³⁶³ Frau C hat durch ihre Erkrankung demnach einen Zuwachs an Toleranz, Einfühlungsvermögen und eine Konzentration des Blickes auf das Wesentliche, nämlich den Menschen, erlangt – die Erkenntnis, dass jedem Menschen

¹³⁶¹ Interview 3, S. 4

¹³⁶² vgl. Interview 3, S. 4

¹³⁶³ Interview 3, S. 10 f

Krankheit widerfahren kann, zeigt, dass sie ihr eigenes Leben und das anderer Menschen offensichtlich als kostbares Gut betrachtet, das jederzeit in seiner Existenz gefährdet werden kann.

Auch bezüglich der Zukunftsplanung erscheint Frau C dem Interpreten eine Gewinn an Lebensqualität verbuchen zu können – auch wenn sie sich selbst diesem Umstand gegenüber als neutral empfindend bezeichnet:¹³⁶⁴ „also die Zukunftsplanung sagen wir einmal so die Zukunftsplanung ist also etwas /// als äh zur Zeit ist es so ich leb- wir leben unser Leben von Tag zu Tag also ok? an einem Tag geht es mir besser an einem Tag geht es mir schlechter; sicherlich in die Zukunft plant man schon aber man plant vielleicht etwas sagen wir es einmal so man hat also nicht diese / also diese Ideen dass man jetzt irgendwie etwas Großartiges macht sondern sicherlich man schaut halt irgendwann in die Zukunft wie im Fall von meinem Mann ok wann er dann in Pension geht wo wir dann vielleicht leben entweder *Australien oder Deutschland oder so etwas ...“.¹³⁶⁵

Zwar fließen in die Zukunftsüberlegungen der Frau C auch als einschränkend zu verstehende Überlegungen ein – etwa die Frage, wo es die besseren Krankenhäuser gibt,¹³⁶⁶ aber die Tatsache, dass die Patientin nicht mehr mehrere Jahre plant sondern eher in kurz- und mittelfristigen Zeitdimensionen denkt,¹³⁶⁷ spricht nach Ansicht des Interpreten von einer Intensivierung des Lebensgefühls und somit von einem Krankheitsgewinn, wengleich dieser quasi aus der Einschränkung beziehungsweise dem Gedanken an ein eventuell verkürztes Leben entspringt.

Mit Frau C wurde eine Patientin befragt, die ihre Erkrankung einerseits als Einschränkung im Lebensvollzug empfindet, die andererseits aber einen immensen Lebenswillen zeigt, die Erkrankung ins Leben integriert hat und große Hoffnung in den medizinischen Fortschritt setzt. Ferner gewinnt die Patientin durch ihre Erkrankung eine andere Einstellung zum Leben, die sie selbst als positiv empfindet.

Beide Thesen sind somit belegt.

¹³⁶⁴ vgl. Interview 3, S. 12

¹³⁶⁵ Interview 3, S. 11

¹³⁶⁶ vgl. Interview 3, S. 11

¹³⁶⁷ vgl. Interview 3, S. 12

5.4 Interview 4 mit Herrn D

Der 38 Jahre alte Herr D leidet seit vielen Jahren an funktionellen Herzbeschwerden sowie an Herzrasen und Schwindelgefühlen. Ferner ist bei ihm eine Panikstörung mit Agoraphobie und herzhobischer Fixierung diagnostiziert. Kardiologische Erkrankungen somatischer Art lassen sich nicht finden.

Herr D ist von seiner ersten Ehefrau geschieden und lebt zum Zeitpunkt des Interviews mit seiner älteren Lebensgefährtin zusammen; mit seiner geschiedenen Ehefrau hat der Patient eine gemeinsame Tochter.

Die Kontaktherstellung mit Herrn D erfolgte über Prof. Csef.

Der Patient leidet an einer Herzneurose; für eine Befragung im Rahmen der vorliegenden Dissertation ist er daher geeignet.¹³⁶⁸ Im Gespräch mit Herrn D tritt ein Kerninhalt in den Vordergrund, der sich in verschiedenen Lebensbereichen zeigt und mit Beispielen belegt wird:

Der Patient war und ist durch die Herzneurose sehr stark in seiner Lebensführung beeinträchtigt. Sämtliche Lebensbereiche, die im Leitfaden angesprochen werden, sind negativ beeinflusst, ein Krankheitsgewinn im Sinne einer positiven Erfahrung für Herrn D durch die Erkrankung ist lediglich im Sinne einer Einsicht, in Zukunft stressfreier leben zu wollen, nachweisbar.

Den Beginn und den Verlauf seiner Erkrankung datiert der Patient ungefähr auf das 30. Lebensjahr – er habe damals Windpocken bekommen und sei mit dieser Infektion beruflich bedingt nach Thailand geflogen, obwohl er deutlich angegriffen gewesen sei. In Thailand habe Herr D dann unter Medikamenteneinfluss Termine wahrgenommen – sein ihn damals behandelnder Arzt habe ihm hierzu die Erlaubnis erteilt.¹³⁶⁹

Im Detail sagt der Patient dazu: „und bin ich geflogen und dann wie ich drüben in Thailand war ... habe ich also festgestellt dass ich ... oft Schwindelattacken gehabt hatte ... die die Beine irgendwie schwach waren und dann auch ... irgendwie wenn ich nachträglich kann ich jetzt sagen auch Angstgefühle ... dabei gehabt habe aber ich habe einfach die Situation so erlebt im

¹³⁶⁸ weitere Angaben zu Herrn D finden sich im Anhang

¹³⁶⁹ vgl. Interview 4, S. 2

Prinzip waren es definitiv dann Angstgefühle waren Schwindelgefühle und ... Schwäche in den Beinen und ... daher ich das vorher noch nicht gekannt hatte ... ja habe ich auf alle möglichen Krankheiten getippt bloß nicht auf irgendetwas Psychisches oder eine sonstige Sache ... ja und war halt dann irgendwo auch zusätzlich in einer Gegend in der halt nicht einfach ins Krankenhaus gehen konnte und sagen 'ja hoppla, was machen wir jetzt denn da?' also das hat die Situation natürlich etwas schwieriger gemacht, ... habe mich also dann das war ein Aufenthalt von vier Wochen in Thailand, ... damals das war so ein Beginn wo wir also begonnen haben Sommerbekleidung zu produzieren - - ich wollte also die vier Wochen dazu nutzen um Firmen kennen zu lernen und zu schauen ... ist es eine ordentliche Firma mit dem Partner mit dem man in Zukunft zusammenarbeitet ist es eine nicht so ordentliche Firma und habe einfach für die vier Wochen an die fünfzig Termine gehabt ... wenn ich so aus der Rückschau das betrachte war es natürlich ein neuer Einschnitt beruflich gewesen und ... ja vielleicht war da auch ein bisschen Angst was kommt da auf einen zu oder sonstige Sachen, ich kann es nicht genau sagen wodurch es dann da ausgelöst worden ist - - ähm ja, das war das erste Mal an dem das aufgetreten ist äh da habe ich mich dann also öfter auch dann bin ich ins Hotelzimmer gegangen, ein Freund von mir war noch dabei gewesen ... auf der Tour und der hat dann auch im Prinzip nicht verstanden worum es geht ja? irgendwann nach vielleicht einer Woche nachdem das immer wieder aufgetaucht ist bin ich dann ... zum Arzt gegangen in Thailand - - der der hat also so mehr oder weniger gesagt dass das - - eine psychische Erkrankung sein könnte, ...".¹³⁷⁰

Herr D beschreibt mit diesen Aussagen also das erste Auftreten seiner Angstsymptomatik und bringt diese mit der beruflichen Veränderung in Verbindung, die er zu diesem Zeitpunkt erlebt. Gleichzeitig erwähnt er den sofortigen Verdacht des Arztes, es könne sich um eine psychische Erkrankung handeln – eine Verdachtsdiagnose, mit der Herr D aber zum damaligen Zeitpunkt nicht viel anfangen kann. Die weitere Auswertung wird zeigen, dass der Patient auch noch zum Zeitpunkt des Interviews – deutlich sichtbar an seinen zahlreichen Klinikaufenthalten und dem aktuellen Krankenhausbesuch – nicht völlig von dieser Diagnose überzeugt ist.

Nach dieser ersten Angstsituation verschreibt ihm der Arzt zunächst ein Valiumpräparat und weist Herrn D darauf hin, dass er nach Deutschland fliegen solle, um sich dort wiederum unter-

¹³⁷⁰ Interview 4, S. 2 f

suchen zu lassen, wenn die Symptomatik nach zehn bis vierzehn Tagen nicht verschwunden sei.¹³⁷¹

Wieder in Deutschland angekommen tritt auch tatsächlich der Fall ein, dass sich das Befinden des Patienten nicht verbessert – bereits während des Aufenthalts in Thailand schleppt sich Herr D mehr oder weniger durch diesen hindurch und erträgt ihn, weil er sich die Kosten der Reise vor Augen hält und diese daher nicht abrechen möchte. Der Hausarzt des Patienten verschreibt ihm dann wieder Tabletten und habe nach Aussagen des Herrn D am Anfang nicht richtig erkannt, was ihm eigentlich fehle.¹³⁷²

Er selbst sagt dazu: „muss ich ganz ehrlich sagen also das ist das ist einfach ... so na ja `du bist eigentlich ein junger Kerl du kannst jetzt so etwas nicht haben´ oder so in die Hinsicht ist das übergangen worden es ist also in der Hinsicht /// so – – wie jetzt der normale Hausarzt oftmals ist `ach komm nimm das einmal und schau einmal´ also es ist im Prinzip nicht viel ist im Prinzip nicht viel erkannt worden und dann ist zusätzlich bei mir noch etwas dazugekommen also meine Frau war damals schwanger gewesen ... und ich habe noch einen Berufspartner in Holland gehabt so nachdem ich dann auch vierzehn Tage hier war musste ich für einen Tag nach Holland fahren und äh bin dann auch gefahren weil man ... durch die Tabletten ist es ein bisschen besser gegangen manche Tage waren wieder in Ordnung ... war dann in Holland und wie ich dann in Holland auf der Messe war hat meine Frau angerufen dass also sie im Krankenhaus liegt und die Herztöne von der Tochter weg waren und – – ja dann bin ich im Prinzip zurückgefahren und ... mit der Tochter war alles Gott sei Dank in Ordnung gewesen die ist dann auch danach auf die Welt gekommen war dann Gott sei Dank alles in Ordnung, aber am gleichen Tag ist dann auch ... meine Oma die ... an der ich sehr gehangen habe die mich im Prinzip auf- äh aufgezogen hat noch gestorben ja? ... und ... das war auch noch einmal zusätzlich – – zu dem beruflichen Stress also persönlicher Stress auch mit also, ...und ab da waren dann die Attacken einfach öfter da; ...“¹³⁷³

Zu der Tatsache, dass die ärztliche Behandlung des Herrn D aus seiner Sicht nicht optimal verläuft, kommt nach der endlich falschen Nachricht, das Kind des Patienten könne herzkrank

¹³⁷¹ vgl. Interview 4, S. 3

¹³⁷² vgl. Interview 4, S. 3

¹³⁷³ Interview 4, S. 3 f

sein, der Tod der geliebten Großmutter – ein Schicksalsschlag, den Herr D zusätzlich zu verkraften hat und der die Angstattacken verstärkt.

Im weiteren Verlauf der Krankheitsentwicklung stellt sich bei Herrn D eine generelle Symptomfixierung ein – sein ganzes Leben scheint nun von der Herzneurose erfasst worden zu sein: „dann habe ich versucht meinen Job weiterzumachen habe also – – oft mit Tabletten gearbeitet habe da weitergearbeitet und – – es sind bestimmt vier bis fünf Monate vergangen – – äh in denen der Hausarzt immer gesagt hat `das geht vorbei das geht vorbei` ja? äh ja und in den vier bis fünf Monaten habe ich mich also ziemlich durchgequält – – und äh dann sind immer mehr Gedanken gekommen `ja Mensch da könnte doch körperlich irgendetwas sein, es könnte ja – – es könnte ja irgendetwas am Magen sein, es könnte ja etwas am Herzen sein, es könnte ja etwas an der Lunge sein` weil im Prinzip – – du bist im Prinzip zum Hausarzt gegangen und der Hausarzt konnte dir nur eine Tablette geben, konnte dir auch nicht weiterhelfen, dann hast du irgendwann angefangen an dir selbst zu zweifeln ja? vor allem bist du dir dann schon – – ja wie ein Hypochonder vorgekommen wenn du zum Arzt gegangen bist und der dir irgendetwas – – dem du erzählt hast wie es dir geht und der dir eigentlich keinen Tipp geben konnte – – äh war einfach der Druck beruflich ... sehr groß gewesen die die Beschwerden sind im Prinzip auch nicht verschwunden also habe ich dann versucht den Hausarzt ein bisschen unter Druck zu setzen zu sagen `ich möchte jetzt Untersuchungen haben! weil ich kann mir nicht vorstellen dass das eine normale Sache ist sondern hier muss irgendetwas sein!` – – dann hat man angefangen mit – – ja sehr vielen Untersuchungen – – und die ich aber auch persönlich haben wollte ja? das muss ich auch sagen ja? weil wenn dir der Hausarzt im Prinzip keine Informationen geben kann und du bist in einer Situation in der du aber immer wieder diese Attacken oder so hast dann beginnst du von dir aus zu drängen und sagst `ich möchte da jetzt Untersuchungen haben!` und äh ja dann ging das so weit dass ich also an allen Ecken und Enden des Körpers gesucht habe was es sein könnte.“¹³⁷⁴

Im Theorieteil der vorliegenden Arbeit wurde auf die geringe Einsicht des Herzneurotikers in die psychische (Mit-)Verursachung bezüglich der Krankheitsentwicklung hingewiesen. Auch Herr D hegt Zweifel an diesem Umstand und entspricht damit diesem Bild: „der Hausarzt hat natürlich dann auch schon ein bisschen ins Psychische hineingearbeitet – – ähm – – bloß also in dem Moment in dem man also diese Symptome hat und kennt das mit der Psyche nicht – – ist es also

¹³⁷⁴ Interview 4, S. 4 f

auch in den Kliniken in denen ich war hat also im Prinzip jeder! jeder im Prinzip gesagt dass er sich einmal komplett den Körper durchsuchen ließ (Herr D lacht) um erst einmal das wahrzunehmen dass er wirklich psychisch ein Problem hat, ... also das ist irgendwie so ein Punkt an dem man sagen will 'also psychisch kannst du jetzt überhaupt nicht haben!' sondern es muss erst einmal alles untersucht sein um am Schluss vielleicht irgendwann das anzunehmen dass das etwas Psychisches sein könnte ... also da muss also wirklich auch schon alles wegfallen um dann für sich selbst zu akzeptieren dass es psychisch ist, ...".¹³⁷⁵

Auch der weitere Verlauf zeigt, dass das Leben des Herrn D in seiner Gesamtheit massiv von seiner Herzneurose beeinflusst zu sein scheint, bei Symptomen wie Hyperventilation, Schweißausbrüchen, Angstzuständen, Gefühlen des Zusammenbrechens und des Wunsches, in Momenten der Panik einfach davonzulaufen,¹³⁷⁶ erscheint dies auch verständlich. Gleichzeitig wird deutlich sichtbar, dass Herr D trotz der Diagnose einer psychischen Erkrankung noch immer nicht davon überzeugt ist, dass er körperlich gesund ist. Diese Angst vor somatischen Störungen lässt erahnen, wie sehr der Verlauf der herzneurotischen Erkrankung das Leben des Herrn D bestimmt: „dann bin ich zu einer anderen Ärztin gegangen und habe versucht mir dort helfen zu lassen und die hat gesagt 'also da muss im psychischen Bereich etwas getan werden!' ... und ich sollte in – – in in ein- in eine Klinik gehen ... äh die hat mich dann in eine Klinik überwiesen in der Gegend von *Bad Mergentheim (Herr D schnauft) in dieser Klinik war ich dann gewesen – – da muss ich sagen also es war einfach so dass ich denke wenn jemand so etwas hat dann versucht er sich den ganzen Körper durchuntersuchen zu lassen ob alles in Ordnung war und ich bin einfach für meine Begriffe in diese Klinik gekommen als ich einfach zur Hälfte untersucht war ... ja? ich war dann wieder in der Klinik gewesen habe die ganzen Sachen mitgemacht und habe versucht auf die Sache mich einzulassen ... war dann ... sechs Wochen in der Klinik und habe dann auch viele Dinge gemerkt dass also auch durch die Psyche sehr viele Dinge ausgelöst werden können und so weiter, aber weil ich nur zur Hälfte untersucht war für meine eigene Vorstellung ... habe ich mich mit dem Gedanken trotzdem trotz sechs Wochen Aufenthalt einfach nicht anfreunden können dass es psychisch ist dass also diese Situation psychisch ist; ...".¹³⁷⁷

¹³⁷⁵ Interview 4, S. 5

¹³⁷⁶ vgl. Interview 4, S. 7

¹³⁷⁷ Interview 4, S. 7 f

Der weitere Verlauf der Erkrankung des Herrn D wird unter dem Aspekt der Auswirkungen der Erkrankung auf den *Alltag* verortet, weil er nach seinem Klinikaufenthalt starke Beeinträchtigungen in diesem Lebensbereich verspürt. Zwar kann die Beschreibung dessen, was gerade unter dem Gesichtspunkt des Beginns und des weiteren Verlaufs der Krankheit geschrieben wurde, auch als *alltägliche Beeinträchtigung* verstanden werden, der Interpret des Interviews hatte jedoch den Eindruck gewonnen, dass insbesondere der Verlauf bezüglich der unterschiedlichen Untersuchungen bei verschiedenen Ärzten und die nachhaltige Meinung des Herrn D, körperlich krank zu sein, unter diesem Gesichtspunkt besonders deutlich zum Vorschein gekommen ist.¹³⁷⁸

Bereits an dieser Stelle kann aber festgehalten werden, dass viele Gedanken des Herrn D um seine Herzneurose – und insbesondere um die Angst, körperlich krank zu sein – kreisen. Die Krankheit hat somit aus dem Leben des Patienten, und das ist bereits an dieser Stelle deutlich, ein Bangen *um* das eigene Leben gemacht, ein Bangen letztlich um die eigene Gesundheit, die Herr D bestmöglich attestiert haben möchte.

Verlässt man diesen allgemeinen Verlaufscharakter der Erkrankung und dringt tiefer in das Gebiet des alltäglichen Lebens mit der Herzneurose des Patienten ein, ergeben sich weitere interessante Erkenntnisse. Im Verlauf des Interviews betritt Herr D von selbst das Gebiet der Auswirkungen seiner Herzneurose auf den Alltag und sagt, dass dieser enorm eingeschränkt sei.¹³⁷⁹

Er beschreibt hierbei zunächst die Zeit nach seinem sechswöchigen Klinikaufenthalt: „... wie die sechs Wochen zu Ende waren bin ich dann wieder nach Hause zurückgekommen, muss auch sagen wenn man aus der Klinik herauskommt man nach diesen sechs Wochen hat man irgendwo dann auch das Gefühl dass das wieder wie Geborgenheit das das Heim das Zuhause ersetzt, und man fühlt sich am Anfang sehr unsicher weil man ja immer zurückgedrängt wird `nein das was ich jetzt genau machen will das darf man nicht machen`, ... und dann kommt nach den sechs Wochen genau das das genau Gegensätzliche wo man am Anfang am Anfang sagt `na ja was soll ich jetzt in diese Klinik hineingehen?` und dann hat man Angst aus dieser Klinik wieder in den Alltag hinauszugehen ... man hat dann dann irgendwie mit der Zeit hat man dann ein gewisses Sicherheitsempfinden irgendwie gewonnen und wenn man wenn man dann hinausgeht

¹³⁷⁸ Überschneidungen der einzelnen Kategorien des Leitfadens sind unvermeidbar!

¹³⁷⁹ vgl. Interview 4, S. 5

- - ist plötzlich das Umfeld draußen das normale Alltagsumfeld äh empfindet man ein Stück ich würde jetzt nicht sagen feindlich aber ja man geht wie ein kleines Kind durch und entdeckt wieder alles neu so ungefähr so 'wo könnte hier etwas sein?' /// also man schaut nicht darauf was ist schön sondern man schaut nur wo könnte etwas gefährlich werden im Prinzip, ...".¹³⁸⁰

Herr D beschreibt sein Empfinden im Alltag somit als sehr ängstlich und vorsichtig, er spricht in diesem Zusammenhang deutlich agoraphobische Tendenzen an – zu nennen wäre hier seine Angst vor Fahrten mit der Straßenbahn oder dem Zug sowie Angst vor den gefürchteten Panikattacken in Menschenansammlungen, er nennt das Beispiel der Menschenmengen an einem Bahnhof.¹³⁸¹ Aus diesen Emotionen entwickeln sich bei Angstpatienten allgemein Tendenzen, negativ besetzte Situationen zu vermeiden. Bei Herrn D führt dieses Verhalten dazu, dass sich sein alltägliches Leben in immer engeren Kreisen abspielt.¹³⁸² Dennoch gewinnt er im Laufe seiner Therapie die theoretische Einsicht, dass er nur durch Konfrontation mit diesen angstbesetzten Situationen lernen kann, nicht mehr wie ein ‚Hund in der Tür klammern zu müssen, der durch die Türe laufen muss'.¹³⁸³ Diese theoretische Einsicht kann von Herrn D aber nicht in die Praxis umgesetzt werden – sein stressiger Beruf, die Scheidung von seiner Ehefrau und der Zusammenzug mit seiner neuen Lebensgefährtin führen ihn dazu, dass im Alltag das Umdenken im Kopf nicht ausreicht, um die Angstattacken abzufangen.¹³⁸⁴

Im Abschnitt über Beginn und Verlauf der Erkrankung wurde unter dem Gesichtspunkt dessen, was die Erkrankung aus dem Leben des Patienten macht, bereits darauf hingewiesen, dass der Patient viel Zeit damit verbringt, sich mit seiner Herzneurose zu beschäftigen, indem er oft darüber nachdenkt, ob seinen Symptomaten nicht eine somatische Grunderkrankung Basis ist. Auch im Abschnitt über das alltägliche Leben mit der Erkrankung kann dieser Punkt angebracht werden, weil Herr D sich damit beschäftigt, welche Klinik die richtige Einrichtung für ihn sei: ‚ja dann ist es einfach immer schlimmer geworden und dann habe ich bin ich mit einem speziellen Wunsch zum Arzt gegangen und habe gesagt `ich möchte in diese *Taubertal-Klinik gehen zum Beispiel`, also es war für mich nachträglich wenn ich darüber nachdenke sehr wichtig dass ich

¹³⁸⁰ Interview 4, S. 9 f

¹³⁸¹ vgl. Interview 4, S. 10

¹³⁸² vgl. Interview 4, S. 15

¹³⁸³ vgl. Interview 4, S. 16

¹³⁸⁴ vgl. Interview 4, S. 19

mich selbst damit beschäftigt habe und dass ich überhaupt eine Information hatte was ist denn die richtige Klinik dafür?“¹³⁸⁵

Herr D selbst beschreibt diese Beschäftigung mit seiner Erkrankung und damit sein alltägliches Nachdenken darüber als Weg und gibt somit Anlass zu vermuten, was in der gesamten Krankenbiographie latent zum Vorschein kommt – die Krankheit nimmt einen Großteil seines (alltäglichen) Lebens ein und macht aus ihm eine *Krankenbiographie im wahrsten Sinne*: „- - - und ich glaube dass es also bei mir im Prinzip eigentlich dieser Weg! vom Hausarzt ... vom Hausarzt bis über die Klinik die doch nicht die richtige Spezialklinik war bis dann dahin dass ich dann mich selbst erlesen habe wo ich hingehen könnte auch wenn ich selbst noch nicht so daran geglaubt habe aber einfach an dem Strohhalm gezogen habe ... da konnte ich sehr viel schon aufbauen und ähm dieser Bogen dieser Bogen wo man immer mehr äh nach körperlichen Sachen sucht zu stark ausgebreitet wurde schon davor weil ich im Prinzip gar nicht in die richtige Klinik gekommen wäre ... vielleicht ist es auch einfach ein Los wenn jemand so etwas hat dass er einfach genau diesen Weg einfach geht, ...“.¹³⁸⁶

Behält man das Bild des Weges des Herrn D im Blick, stößt der Patient während seines Aufenthalts in der *Schönblick-Klinik dann im Rahmen der therapeutischen Anstrengungen an eine Weggabelung, die ihm eine Alternative aufzeigt: „und hat dann auch verschiedene Denktechniken beigebracht bekommen ja? dass also im Kopf umgeschaltet werden muss ja? dass also - - ja wie soll ich das beschreiben so ungefähr wenn man das Gefühl hat man bekommt im nächsten Moment einen Herzinfarkt dass man einfach nicht sagt dass man einfach wenn der Gedanke kommt `Mensch du könntest jetzt einen Herz- äh Herzinfarkt bekommen` äh dass einfach der Gedankengang oben gewechselt werden muss dass man dann sagt `ja gut, die ganze Situation habe ich jetzt ungefähr fünfzig Mal erlebt und es ist nichts passiert also passiert jetzt auch nichts` um da positive Gedanken wieder von dem ganz schlimmen Weg wieder abzukommen, also das hat natürlich sehr lange gedauert um im Prinzip sich da einmal mit anzufreunden aber das war der erste Weg der mir eigentlich geholfen hat dass man also diese Schwelle also von den Angstatte oder davor abwälzen und sich wieder beruhigen ...“.¹³⁸⁷

¹³⁸⁵ Interview 4, S. 12

¹³⁸⁶ Interview 4, S. 12 f

¹³⁸⁷ Interview 4, S. 13 f

Herr D kann diesen anderen Weg auch zeitweise betreten und sieht darin eine Alternative zum erneuten Arztbesuch.¹³⁸⁸

Insgesamt jedoch fällt Herr D wieder in seine ursprünglichen Gedanken zurück, er empfindet seinen Alltag und damit seinen Weg mit der Erkrankung als Dauerbelastung und vergleicht sein Leben als Herzneurotiker mit der Situation, in der sich ein organisch herzkranker Mensch unmittelbar nach einer Herzoperation befindet: „... also ... ein Herzneurosepatient hat ja immer das Gefühl dass er irgendwie überlastet wird weil, das ist ungefähr so wie wenn wie soll ich das beschreiben – wenn jemand gerade aus einer Herzoperation herauskommt (Herr D lacht) ... und sagt `was kann ich mir denn überhaupt zumuten?` ... und so viel mutet sich ein Herzneurosepatient im Prinzip zu ja? ... der sagt `kann ich jetzt die drei Stufen dort hinauflaufen oder kann ich sie nicht hinauflaufen?` ja?“¹³⁸⁹

Der Alltag des Patienten wird also weiterhin durch die Herzneurose beeinträchtigt, weitere Untersuchungen werden durchlaufen und schließlich wird Herr D erneut in den stationären Aufenthalt überwiesen, weil er hofft, nun endlich zu lernen, wie er sein eingegengtes Leben erweitern kann – in der Klinik verstehe man ihn wenigstens, dort habe er diesen Lernprozess schon durchlaufen: „also bin ich dann wieder in diese Klinik gegangen – ja da war einfach jetzt dann der Vorteil dass man gesagt hat `gut ich habe das schon einmal mitgemacht und irgendwie verstehen die das ja auch ich muss es jetzt nur noch wieder schaffen da das so zu verinnerlichen dass ich diesen gedanklichen Sprung und diesen Kreis wieder ausdehnen kann`.“¹³⁹⁰

Trotz dieser ‚guten Vorsätze‘ schafft es Herr D nicht, den Alltag *nicht* von seiner Herzneurose überrollen zu lassen: „ok, also ich kratze schon wieder organische Sachen an aber ich will nicht alles ankratzen, jetzt beim Herzneurosepatient bin ich total auf das Herz untersucht worden deswegen sitze ich jetzt auch nicht im Krankenhaus und sage ich möchte jetzt am Herz untersucht werden sondern ich möchte verschiedene andere Sachen abchecken wo ich mir wo ich schon äh versuche zu teilen was könnte Psyche sein was kann das sein? und fahre nicht im Prinzip wie am Anfang eingleisig nur auf körperliche Symptome äh oder oder körperliche Erkrankungen sondern fahre halt zweigleisig ... ich schaue da wo ich meine Probleme habe,

¹³⁸⁸ vgl. Interview 4, S. 14

¹³⁸⁹ Interview 4, S. 15

¹³⁹⁰ Interview 4, S. 19

schaue dass das organisch abgeklärt ist und fahre ja aber auch den gleichen Weg mit der psychologischen Behandlung, ... und das ist für mich schon einen Schritt weiter dass ich sage 'ok äh hier schaue ich einmal nach der Sache', wenn das äh wenn das für mich in Ordnung ist und ich kann das verstehen dann bin ich aber auch gleichzeitig immer wieder bei der psychischen Behandlung dabei, ...".¹³⁹¹

Herr D hat also den ursprünglich von ihm beschrifteten Weg auf zwei unterschiedliche Ebenen verteilt – er fährt zweigleisig auf der somatischen und der psychischen Ebene und zeigt damit deutlich, dass die Herzneurose auf noch komplexere Weise in sein Leben eingedrungen ist und es entsprechend beeinflusst – Herr D sagt selbst, dass er eigentlich nur mit sich selbst beschäftigt sei und dass andere Lebensbereiche wie Familie und Beruf nur unter größtem Krauftaufwand zu meistern wären.¹³⁹²

Zwar räumt Herr D ein, auch Momente zu erleben, in denen er sich ein bisschen mit seiner Angsterkrankung arrangieren kann, der Alltag ist aber immer wieder durch Angstsituationen geprägt und damit eingeschränkt.¹³⁹³ Er selbst sagt dazu: „und was einen einfach daran ein bisschen müde macht ist immer wieder der Gedanke daran 'ja das war doch einmal das ist doch einmal' und so ja? man will irgendwann einmal auf die Straße gehen und ich sage es auf Deutsch über einen derartigen Scheiß gar nicht nachdenken ... und es ist also auch in den besseren Situationen ist es noch immer bleiben noch immer Tage übrig die einschränkend sind und diese Tage die är- die nerven einen ohne Ende! ... also auch in dem Jahr in dem es mir besser gegangen ist hat es also selten einen Tag gegeben an dem ich gar nicht über die Sache nachgedacht habe ...".¹³⁹⁴

Die aufgeführten Beispiele haben also gezeigt, dass das alltägliche Leben des Herrn D im Großen und Ganzen im Schatten seiner Herzneurose steht.

Neben dem Alltag ist aber auch der Bereich des Berufs enorm beeinträchtigt. Diese Aussage, die sich beim Betrachten des alltäglichen Lebens des Herrn D schon vermuten lässt, soll mit Beispielen belegt werden.

¹³⁹¹ Interview 4, S. 21 f

¹³⁹² vgl. Interview 4, S. 24

¹³⁹³ vgl. Interview 4, S. 24

¹³⁹⁴ Interview 4, S. 25

Zwar sagt der Patient aus, dass seine Angstzustände nach der Arbeit schlimmer geworden wären, ohne Medikamente, so Herr D, sei aber auch Arbeit nicht möglich gewesen.¹³⁹⁵

Herr D versucht zwar, sich mit seiner Erkrankung zu arrangieren,¹³⁹⁶ schafft es aber nicht, Klinikaufenthalte zu umgehen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass er durch den Abschluss einer Versicherung mit sehr guten Konditionen das Scheitern seiner Selbstständigkeit abwenden, dennoch aber nicht sorgenfrei leben konnte:¹³⁹⁷ „also da war ich einer der wenigen Leute der zumindest das so abgesichert hatte äh dass ich also dass ich damals also keine Existenzsorgen haben musste ... aber natürlich die Existenzsorgen waren natürlich da weil wenn ich äh dieses Krankentagegeld hat halt im Prinzip dafür gereicht dass man halt jemanden als Ersatz einstellen konnte aber der war dann wirklich kein richtiger Ersatz ja? ... und also also ... im Großen und Ganzen war ich auch verurteilt trotz Hilfe von der Krankenversicherung trotzdem irgendwie die Existenz zu verlieren ... weil ich auf Dauer hin einfach den den Stressberuf und die Erkrankung selbst nicht und dann auch noch Familie in dem Fall im Prinzip durchstehen konnte ja?“¹³⁹⁸

Herr D befindet sich durch seine Herzneurose und die daraus entstehenden Begleiterscheinungen wie Klinikaufenthalte oder Sorgen wegen der Notwendigkeit, einen Stellvertreter einzustellen, in einem Zustand persönlicher Überforderung, der sogar dazu führt, dass zeitweise angedacht wurde, einen Rentenanspruch zu stellen.¹³⁹⁹ In diesem Fall hätte die Herzangst sogar zu einer grundlegenden Veränderung des Berufslebens, nämlich zu seiner Beendigung geführt.

Die Tatsache, dass es sich bei der Tätigkeit des Patienten um seinen Traumberuf handelt und er ein normales Leben leben möchte, lenkt die Entwicklung jedoch in eine andere Richtung, wobei Ängste des beruflichen Scheiterns nicht ausgeräumt sind: „... und für mich war das immer ein Traumberuf gewesen aber ich stehe einfach kurz davor diesen Traumberuf also irgendwie hinschmeißen zu müssen äh und ich bin bin ich deswegen nicht in Rente gegangen weil ich einfach den Beruf geliebt habe und eigentlich meinen Beruf ausüben wollte und auch gerne

¹³⁹⁵ vgl. Interview 4, S. 6

¹³⁹⁶ vgl. Interview 4, S. 11

¹³⁹⁷ vgl. Interview 4, S. 17 f

¹³⁹⁸ Interview 4, S. 18

¹³⁹⁹ vgl. Interview 4, S. 22

meine Fam- sagen wir einmal Familie oder mit meiner Freundin das alles ein normales Leben haben wollte ...".¹⁴⁰⁰

Trotz des starken Willens, den Beruf *nicht* aufzugeben, ist dieser durch die Herzneurose des Patienten stark beeinflusst und erschwert: „ich meine ich muss im Beruf oft ins Ausland fliegen und äh ich meine für einen Herzneurosepatienten ins Ausland zu fliegen ist schon da scheitern manche Menschen schon vor dem Taxi das zum Flughafen fährt!“¹⁴⁰¹

Was sich im Bereich des alltäglichen Lebens als Agoraphobie manifestiert, äußert sich im beruflichen Feld in der Angst vor dem Fliegen¹⁴⁰² und Angstanfällen ‚am Arbeitsplatz‘: „und ich bin also dann auch schon im Ausland habe ich dann plötzlich massive Attacken bekommen mit sehr starken Schmerzen auf der Brust und ich war also fix und fertig gewesen dann wie ich zurückgeflogen bin also ich war ein Tag im Ausland im Krankenhaus gelegen, die haben natürlich dann wieder Herz alles abgecheckt war ok gewesen ja? aber ich kann dir gar nicht sagen wie ich nach Hause geflogen bin ich habe mich in dieses Flugzeug gequält und war also ungefähr zwölf Stunden mit Sauerstoffmaske in diesem Flugzeug gesessen ... und voll gestopft mit allen möglichen Medikamenten also ... nein es war Horrortrip das war eine Panikattacke über zwölf Stunden ja? und seitdem ... habe ich Bedenken dass ich jetzt meinen Beruf auch noch damit verliere ... und seitdem habe ich Bedenken in ein Flugzeug zu gehen ... und wenn ich das nicht schaffe wieder in ein Flugzeug zu gehen dann kann ich meinen Beruf an den Nagel hängen ja? und dann habe ich im Prinzip Familie Beruf alles verloren im Prinzip ja?“¹⁴⁰³

Herr D sieht sich somit der Gefahr ausgesetzt, dass die Grundlage eines im Ausland Tätigen, das Fliegen, zum großen Problem werden könnte, weil er während des Fliegens Panikattacken befürchten muss. Aber nicht nur das Benutzen eines Flugzeuges als Grundlage seiner Tätigkeit ist ein Problem, sondern auch der Aufenthalt im Ausland gestaltet sich nicht beschwerdefrei! Die Grundlage der beruflichen Tätigkeit und diese selbst sind also durch die Herzneurose des Herrn D denkbar ungünstig beeinflusst!

Verstärkt wird diese Befürchtung durch die schwierige finanzielle Situation der Firma des Herrn D: „..., wir haben sieben Firmen die für uns produzieren und eine Firma hat von uns Gelder

¹⁴⁰⁰ Interview 4, S. 23

¹⁴⁰¹ Interview 4, S. 25

¹⁴⁰² vgl. Interview 4, S. 28

¹⁴⁰³ Interview 4, S. 26 f

bekommen und ist dabei Konkurs zu machen ... und wenn wir diese Gelder verlieren gehen wir selbst als Firma Konkurs ja? ... da dreht es sich also knapp um eine halbe Million Euro die wir da verlieren können so, und jetzt sitze ich natürlich auf meinem Krankenzimmer äh soll mich körperlich untersuchen lassen soll zur Ruhe kommen dass also äh dass ich auch einmal zur Ruhe finde und so alle fünf Minuten geht das Telefon und ich kann in dem Moment nicht sagen ich gehe nicht hin ja?"¹⁴⁰⁴

Eventuell könnte Herr D den eigenen Konkurs abwenden, wenn er an Ort und Stelle des Geschehens wäre – seine Herzneurose verbietet ihm aber den Flug ins Ausland.

An den aufgeführten Äußerungen des Patienten wird also deutlich, dass die Herzneurose das berufliche Leben des Herrn D sehr in Mitleidenschaft zieht – vielleicht sogar in der bisher praktizierten Form unmöglich macht.

In Partnerschaft und Familie macht sich die Herzanngst nicht weniger bemerkbar.

Auffällig ist, dass Herr D in dem Moment, in dem seine Tochter, die er mit seiner geschiedenen Ehefrau hat, zur Welt kommt, eine Verschlechterung seiner Problematik verspürt, weil er offensichtlich nicht mit der neuen Verantwortung für ein Kind umgehen kann: „... und in dem Moment in dem das Kind gekommen ist ist für mich total die Welt eingestürzt weil ich gemerkt habe ich schaffe kaum meinen Job um mit mir selbst zurechtzukommen und jetzt kommt eine total neue Verantwortung noch mit dazu, ... und das hat glaube ich so den letzten Kick für mich gegeben – – – wo ich gesagt habe `das schaffe ich jetzt gar nicht mehr!` und da sind dann haben diese Angstattacken noch mehr zugenommen also ist also noch massiver geworden, und dann habe ich dann bin ich auch wieder zum Arzt habe mich noch im Prinzip die andere Hälfte untersuchen lassen sagen wir einmal so ...“.¹⁴⁰⁵

Die Herzneurose des Patienten wirkt sich also derartig aus, dass sich Herr D nicht uneingeschränkt über seinen Nachwuchs freuen kann – er hat vielmehr Angst vor der zusätzlichen Verantwortung.

¹⁴⁰⁴ Interview 4, S. 27

¹⁴⁰⁵ Interview 4, S. 10 f

Diese Angst vor der Verantwortung bezüglich der Tochter führt dazu, dass Herr D sich ihr gegenüber als Versager fühlt, weil er im Prinzip nur mit sich selbst beschäftigt ist und sich in der Zeit, die nicht von der Herzangst des Herrn D eingenommen wird, mit seinen beruflichen Belangen befassen muss.¹⁴⁰⁶

Der Patient geht in seinen Anschuldigungen gegen die Herzneurose aber weiter und sagt aus, sie hätte seine Familie gänzlich ruiniert: „und da ist einfach äh ich sage die Familie grundsätzlich durch die Erkrankung eigentlich draufgegangen wenn man es einfach einmal so hart ausdrückt ist einfach draufgegangen und das hört sich jetzt vielleicht hart ausgesprochen an aber es ist also durch die Erkrankung die Familie draufgegangen, ich habe gar nicht die Möglichkeit gehabt äh war ja gerade da dass wir den Nachwuchs bekommen haben eigentlich eine Familie im normalen Alltag zu zu gründen oder zu haben ...“.¹⁴⁰⁷

Aber nicht nur das Verhältnis zur Tochter sieht Herr D durch seine Erkrankung beeinflusst, auch das Scheitern seiner Ehe reflektiert er im Zusammenhang mit seiner Krankheit, wobei das mangelnde Verständnis seiner Ehefrau sicher auch zu berücksichtigen ist: „...; gut dann bin ich da wieder dann habe ich also in dieser Klinik was meine Partnerschaft betrifft ich habe dann ich sagen wir einmal so die hat mir zwar viel geholfen die Klinik hat aber natürlich auch viele Dinge umgeworfen ja? ich habe dann gemerkt dass also äh ich habe dann eigentlich auch gedacht äh dadurch mein privates Umfeld meine Frau und so weiter mich nicht verstanden hat, sie sollte zum Beispiel zu einem Gespräch jetzt einmal kommen in die Klinik und so weiter und hat eigentlich ziemlich abgeblockt von dieser Sache und ... dann irgendwie noch den Druck mit dem mit dem Baby ...“.¹⁴⁰⁸

Zwar räumt Herr D ein, dass er nicht wisse, ob die Ehe nicht schon vor der Erkrankung gescheitert gewesen sei,¹⁴⁰⁹ in jedem Fall aber räumt diese Aussage nicht die Tatsache aus dem Weg, dass die geschiedene Ehefrau mangelndes Verständnis für ihren Mann hatte.

Insgesamt gilt, dass er sich von der ganzen Familie nicht verstanden fühlt: „und also da habe ich mich einfach verlassen gefühlt von der Familie ... und habe dann einfach – – habe gedacht `nein

¹⁴⁰⁶ vgl. Interview 4, S. 17

¹⁴⁰⁷ Interview 4, S. 24

¹⁴⁰⁸ Interview 4, S. 16 f

¹⁴⁰⁹ vgl. Interview 4, S. 17

die halten nicht zu mir in dieser Situation' und so weiter und habe mich da also verlassen gefühlt ein bisschen ...".¹⁴¹⁰

Das Unverständnis der Ehefrau eskaliert schließlich in der Scheidung der Eheleute.¹⁴¹¹

Einerseits hat die Herzneurose also zumindest eine Teilschuld am Scheitern der Ehe des Herrn D, andererseits lernt er auf der durch die Erkrankung bedingten Kur eine neue Partnerin kennen.¹⁴¹²

Betrachtet man jedoch das Scheitern der Ehe des Patienten sowie die Tatsache, dass er sich noch heute der Tochter gegenüber als Versager fühlt,¹⁴¹³ lässt sich betonen, wie sehr die Herzneurose auch das familiäre Leben des Herrn D negativ beeinflusst hat.

Soziales Umfeld und Freizeitbereich des Patienten sind aber über den familiären Kontext hinaus, der letztlich auch zum sozialen Umfeld gehört und in den Freizeitbereich hineinspielt, stark beeinträchtigt.

Interessant erscheint die Äußerung, dass sich Herr D ähnlich einem Workaholic fast vor jedem Wochenende fürchtet, weil er in Ruhesituationen häufiger Anfälle herzneurotischer Art erlebt.¹⁴¹⁴ Dies führt dazu, dass sich auch sein soziales Umfeld über den Kreis der Familie hinaus qualitativ und quantitativ stark reduziert: „... vorher ich habe also vorher sehr viel Sport gemacht und ... war eigentlich immer agil und unterwegs gewesen und in dem Moment in dem das so massiv war war eine absolute Einschränkung da gewesen ja? also das - - es war im Prinzip schon eine Angst vor die Haustüre zu gehen - - - also das ich weiß nicht das kann sich vielleicht kein Mensch vorstellen dass jemand vorher mit seinen Kumpels unterwegs ist und im Urlaub von der Klippe herunterspringt und sich keine Gedanken darüber macht und dann auf einmal ins Schwimmbad geht und äh und nicht weiter als mit den Zehenspitzen ins Wasser kommt weil er Angst vor dem Wasser auf einmal hat ja? ... also es sind also extreme! Einschränkungen. ... also die Angst war auch im Haus da waren auch diese Angstattacken da, aber man hat sich in der Umgebung der in der Umgebung der Verwandten oder Bekannten einfach noch sicherer gefühlt das war - man hat gewusst es ist jemand da und der kann vielleicht einmal einen Arzt rufen

¹⁴¹⁰ Interview 4, S. 17

¹⁴¹¹ vgl. Interview 4, S. 17

¹⁴¹² vgl. Interview 4, S. 17

¹⁴¹³ vgl. Interview 4, S. 18

¹⁴¹⁴ vgl. Interview 4, S. 6

oder ... also und sobald man dann ganz! alleine auf sich gestellt war dass man vor die Türe gegangen ist und es war keiner mehr da oder sonst etwas war der Angstpegel ich beschreibe das so der Angstpegel kann bis zur Brust oder er kann bis zur Oberlippe gehen ... der war dann bis zur Oberlippe gestanden ja?"¹⁴¹⁵

Diese Angst führt im Leben des Patienten im Freizeitbereich dazu, dass er zum Zeitpunkt des Interviews seit zehn Jahren nicht mehr wie zuvor mit Freunden zusammen Wochenendunternehmungen genießen kann, was er selbst als große Einschränkung erlebt – er fühlt sich seinen eigenen Worten nach hier wie ein Dauerkranker, der in seiner Lebensführung immer eingeschränkt ist.¹⁴¹⁶

Dies führt in der Folge zu einer Reduktion der Freunde des Herrn D, weil sie ihn nicht verstehen können: „und äh dann gibt es halt von den Freundschaften welche die entfernen sich ein Stück von dir, die halten dich dann schon für den Verrückten oder so, und dann gibt es natürlich Freunde die die halten auch zu dir dir halten zu dir! du weißt die halten zu dir aber können es trotzdem nicht verstehen ... also äh – – also im Prinzip fühlst du dich schon sehr allein gelassen mit der Situation ..., du verlierst einen Teil von deinem Umfeld weil sie denken sie sind ... die halten dich auf Deutsch gesagt für bescheuert wenn man es so sagt ja?"¹⁴¹⁷

Und weil Herr D *durch seine Angst bedingt* im Freundeskreis eine eher unzuverlässige Persönlichkeit zu sein scheint, distanzieren sich auch viele privatfreundschaftliche Beziehungen von ihm: „... und dann ist ein Wochenende gut ein Wochenende nicht so gut, dann hat man Freunde man sagt äh man will etwas mit denen unternehmen dann ... ruft man die so ungefähr fünf Mal hintereinander kurz davor an und sagt `du mir geht es heute nicht so gut ich gehe wahrscheinlich nicht mit`, dann rufen meine Freunde dann nicht mehr an weil sie sagen `der sagt sowieso wieder ab´ ...“.¹⁴¹⁸

Einzig während des Klinikaufenthaltes über sechs Wochen erfährt Herr D eine Erweiterung seines sozialen Umfeldes, weil er hier Menschen kennen lernt, die ihn verstehen, da sie sein Schicksal teilen.¹⁴¹⁹

¹⁴¹⁵ Interview 4, S. 6

¹⁴¹⁶ vgl. Interview 4, S. 22

¹⁴¹⁷ Interview 4, S. 23 f

¹⁴¹⁸ Interview 4, S. 25

¹⁴¹⁹ vgl. Interview 4, S. 10

Vergangenheit und aktuelle Lebensführung stehen also im Schatten der Herzneurose.

Verhält es sich mit der Zukunftsplanung des Patienten ähnlich?

„also ich sehe das also was die Zukunft jetzt betrifft weiß ich jetzt nicht wie es ausgeht, ich hoffe dass ich die Kurve hier packe aber es ist auch irgendwie eine Notbremse vom Körper ...“.¹⁴²⁰

Herr D ist sich demnach des Ausgangs seiner Erkrankung beziehungsweise seiner Genesung ungewiss, aber er hat dennoch Pläne: „... mein Plan wenn ich das also im Prinzip gesundheitlich machen kann möchte ich schon gerne meinen Job ausüben möchte aber mehr Lebensqualität wieder haben, möchte also auch mit meiner Freundin mehr Lebensqualität erreichen ...“.¹⁴²¹

Ziel des Herrn D ist es insgesamt, weniger als fünfzehn Stunden am Tag zu arbeiten und eine glückliche Beziehung zu führen.¹⁴²²

Hierbei handelt es sich also um eine Zukunftsplanung, die von eher realistischen und erstrebenswerten Zielen getragen wird und aus dem langen Leidensweg des Patienten und dessen Wunsch resultiert, ein ‚normales‘ und beschwerdefreies Leben zu führen, das durch eine glückliche Beziehung mit einer ihn verstehenden Partnerin seine krankheitsbedingte Einsamkeit beendet. Im Zusammenhang mit der Planung einer ‚besseren‘ und der Hoffnung auf eine ‚bessere‘ Zukunft kann auch die Frage nach einem Krankheitsgewinn im Sinne eines positiven Begleiteffekts der Herzneurose beantwortet werden: „... wert durch die auf Deutsch gesagt wert durch diese Scheiße zu gehen ist es eigentlich gar nicht also zu sagen zu sagen das wäre jetzt wert gewesen die zehn Jahre das wäre also es ist zu hart gewesen die zehn Jahre und aber ich meine ein Teil der Erkrankung wäre es dann zumindest wert gewesen auf einen anderen ich würde sagen auf einen anderen Trip zu kommen um das Leben dadurch zu ändern ... aber wenn man es nicht schafft war es eben einfach nur eine beschissene Erkrankung sie sich ewig hinzieht ja? ... ich kann es ja einfach sagen selbst wenn das Leben umgestellt wird und du ein anderes Leben führst ist es ... ist der Kampf über diese zehn Jahre mit der Erkrankung einfach trotzdem nicht wert gewesen ... ist es einfach nicht wert gewesen, ist einfach zu hart.“¹⁴²³

¹⁴²⁰ Interview 4, S. 29

¹⁴²¹ Interview 4, S. 29

¹⁴²² vgl. Interview 4, S. 29 f

¹⁴²³ Interview 4, S. 30

Diese Sätze des Herrn D, die am Ende des Interviews von ihm geäußert werden, zeigen deutlich, dass er auch im Falle einer erfolgreichen Lebensumstellung der Erkrankung keinen Gewinn im Sinne eines Nutzens entnehmen konnte – er ist höchstens dazu gezwungen, wie er selbst sagt, die ‚Notbremse zu ziehen‘.

Die These ist somit belegt.

5.5 Interview 5 mit Frau E

Frau E ist 60 Jahre alt und hat vor dem Eintritt in den Ruhestand den Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten ausgeübt. Die Patientin ist in erster Ehe verheiratet und hat drei Kinder. Mit 29 Jahren leidet sie erstmals an sympathikovasalen Anfällen, die in ihrem Fall als paroxysmale Tachykardien bezeichnet werden und eine Dauer von etwa zehn Minuten aufweisen. In dieser Zeit erlebt sie diese Anfälle wegen ihrer relativ kurzen Dauer nicht als besonders störend, entsprechend gering ist anfänglich die Einschränkung in der Lebensqualität.

Allerdings nehmen sowohl die Häufigkeit als auch die Intensität dieser Anfälle im Laufe der Jahre zu, Frau E erlebt hier eine deutliche Belastung ihrer Lebensführung und entwickelt die für Herzneurotiker typische Angst vor Anfällen.

Erst der Medikationsbeginn mit Betarezeptorenblockern verschafft ihr neue Lebensfreude.

Die Patientin ist die Mutter eines Arbeitskollegen des Interviewers, in Absprache mit Prof. Csef erscheint es sinnvoll, sie im Rahmen dieses Forschungsvorhabens zu befragen, weil sie jahrelang an einer Herzangst gelitten hat.¹⁴²⁴

Die Kernaussage, die sich aus der Befragung mit Frau E ergibt, besteht darin, dass sie viele Jahre ihres Lebens der Herzangst ausgeliefert war. Dabei hat sie in sämtlichen Lebensbereichen, die im Leitfaden aufgeführt sind, negative Einflüsse erlebt und teilweise Vermeidungsverhaltensweisen entwickelt, ein Krankheitsgewinn im Sinne einer positiven Begleiterscheinung kann hier nicht belegt werden. Erst seit dem Einsatz eines Betarezeptorenblockers kann sie ihr Leben wieder besser genießen.

Bezüglich des Beginns und der Weiterentwicklung ihrer Herzangst führt Frau E aus, dass sie im Alter von 29 Jahren erstmalig einen sympathikovasalen Anfall im Sinne eines Herzasens erlebt, der jedoch nur mehrere Minuten andauert, zu Hause durchgemacht wird und endet, nachdem sich die Patientin hingelegt hat:¹⁴²⁵ „das waren eigentlich dann ja so mit neunundzwanzig ging das los, und selten eigentlich einmal so vielleicht drei viermal im Jahr dass das dann einfach kam und war auch nur ganz kurz und hat mich eigentlich auch gar nicht sehr belastet, ich war

¹⁴²⁴ weitere Angaben zur Person finden sich im Anhang

¹⁴²⁵ vgl. Interview 5, S. 2

dann einmal bei einem Arzt – – und wurde dann auch weiß ich jetzt nicht mehr so ganz genau so EKG oder so gemacht, also der konnte sich das nicht erklären ...".¹⁴²⁶ Schon hier zeigt sich also, dass die Patientin anfangs nicht besonders durch ihre Symptomatik belastet wird. Im Verlauf des Interviews erwähnt sie diesen Umstand noch einmal: „ja wie gesagt um noch einmal ganz kurz zu sagen das empfand ich die ersten Jahre nicht so weil es mich auch nicht so belastet hat ich fand es zwar nicht super: aber es war eben kurz und mir ging es danach ja auch gut!“¹⁴²⁷

Frau E macht darauf aufmerksam, dass sie bezüglich ihrer Symptomatik jedoch in keiner Weise aufgeklärt worden sei – Jahre später habe sie sich in diesem Zusammenhang darüber geärgert, dass es solch eine Erkrankung überhaupt gibt.¹⁴²⁸

Die in den ersten Jahren der Erkrankung durch diese recht unbelastete Frau E hatte für sich selbst das Bild eines Herzens gewählt, das herausspringe und nach dem Anfall wieder ‚hinein-hopse‘.¹⁴²⁹

Vor der Geburt ihrer Drillinge hatte sie Angst davor, dass genau dies im Krankenhaus passieren und ihr Herz wegen der Wehen aus dem Rhythmus springen könne.¹⁴³⁰

Frau E fühlt sich zum damaligen Zeitpunkt also ungenügend über ihre Herzsymptomatik aufgeklärt, obwohl sie damals bereits über zwei Jahre vier bis fünf Anfälle erlitten hatte.¹⁴³¹

Eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik stellt sich dann Ende dreißig ein, indem die Anfälle schlimmer und häufiger über mehrere Stunden auftreten, nachdem sie über acht oder neun Jahre gut mit ihrer Erkrankung zurechtkam.¹⁴³² „ja aber soweit wie gesagt diese Jahre die dann eigentlich ich meine ich fand es nicht lustig aber es war also nicht so dass mich das sehr belastet hat, aber es wurde dann sagen wir einmal so Ende dreißig war ich da da war ich so sage ich jetzt einmal so ungefähr sieben acht Jahre dann wurde es häufiger ... und länger und dann

¹⁴²⁶ Interview 5, S. 3

¹⁴²⁷ Interview 5, S. 13, vgl. Interview 5, S. 3

¹⁴²⁸ vgl. Interview 5, S. 3

¹⁴²⁹ vgl. Interview 5, S. 3

¹⁴³⁰ vgl. Interview 5, S. 3

¹⁴³¹ vgl. Interview 5, S. 4

¹⁴³² vgl. Interview 5, S. 4

empfindet man das natürlich viel schlimmer ... und dann kam ich also irgendwo nicht mehr auf die Reihe ...".¹⁴³³

Während die anfallsfreien Intervalle also anfänglich mehrere Monate umfassen, ändert sich dieser Umstand im gerade beschriebenen Zeitraum und Frau E erlebt teilweise täglich oder wöchentlich Herzsensationen, mit denen sie nicht mehr klarkommt.¹⁴³⁴ Die Auswirkungen dieser Verschlechterung auf die verschiedenen Lebensbereiche werden im Anschluss an diese Passage dargestellt.

Mit 39 Jahren macht Frau E schließlich eine Kur mit psychosomatischer Betreuung, in der Angstpatienten behandelt wurden.¹⁴³⁵ Zwar fühlt sich die Patientin hier nicht am rechten Ort untergebracht: „es ist alles ... so gewesen dass einem im Grunde genommen - - entweder war man beim verkehrten Arzt in der verkehrten Klinik ..., dann waren einmal so Gruppengespräche und da saß ich auch immer da herum und ich wusste auch nicht was ich da anfangen soll, da waren schon so Sachen wie da waren Fragen dabei die eine Frau traute sich nicht mehr Auto zu fahren die andere Patientin hatte dies, ja ich habe mich getraut mit dem Auto zu fahren ich bin auch mit dem Fahrstuhl gefahren und ich ... ich hatte eben eine andere Geschichte: ...".¹⁴³⁶ Ihr Aufenthalt in dieser Klinik erscheint dem Interviewer aber sinnvoll gewesen zu sein, weil Frau E beispielsweise jahrelang Probleme damit hatte, zum Friseur zu gehen, da sie dort einmal einen sympathikovasalen Anfall erlebt hatte und in der Folge Angst verspürte, dies könne sich wiederholen.¹⁴³⁷

Dennoch erlebt Frau E während der Rehabilitationsmaßnahme auch Erfolge: „ja aber es ist eben da auch so gewesen ich meine das hat mir schon gut getan so war es nicht also es war viel mit Wandern und Gymnastik und Entspannungsübungen ... und so Zeug also es war schon es waren auch ein paar Gespräche ... und ich habe da also eine äh das ist der Satz ist mir heute noch in Erinnerung und das ist eigentlich das: was ich davon behalten habe und das hat mir auch gut getan da hab- das war eine Ärztin oder eine Therapeutin ... die hat sich quasi mit mir einmal unterhalten und da habe ich einfach auch so alle möglichen Dinge erzählen sollen ... ich hätte alles erzählt ich wäre jedem auf den Schoß gehopst ... die hat zu mir damals gesagt `legen Sie

¹⁴³³ Interview 5, S. 6

¹⁴³⁴ vgl. Interview 5, S. 9, vgl. Interview 5, S. 13

¹⁴³⁵ vgl. Interview 5, S. 18 f

¹⁴³⁶ Interview 5, S. 19

¹⁴³⁷ vgl. Interview 5, S. 19

doch Ihre Schuldgefühle legen Sie doch endlich einmal Ihre Schuldgefühle ab'...".¹⁴³⁸ Diese Aussage bezieht sich auf das Bedürfnis der Frau E nach Harmonie um jeden Preis, welches sie nach Ansicht ihrer damaligen Therapeutin ablegen muss – auch wenn es dann nicht mehr so harmonisch im Leben der Patientin sein würde.¹⁴³⁹

Trotz der Einsicht von Frau E in die Richtigkeit dieses Ratschlags¹⁴⁴⁰ verschlechtert sich ihre Symptomatik und zwischen dem 40. und 47. Lebensjahr kommt es zur Wende in ihrem Leben:¹⁴⁴¹ Ein Notarzt, der Frau E während eines akuten Anfalles versorgt, stellt ihr die Frage, warum sie keine Betarezeptorenblocker nehme – sie solle diese Medikamentengruppe doch ausprobieren, weil ihr Leben so kein Leben sei:¹⁴⁴² „... ich habe wie der gesagt hat wenn ich das regelmäßig nehme dann bekomme ich das nicht mehr, ich habe gedacht Weihnachten und Ostern ist zugleich! ... das ist ja der Wahnsinn: ich war ja (Frau E ringt nach Luft) gibt es so etwas? ja warum hat man mir das nicht schon einmal und überhaupt; ... ja auf jeden Fall seit achtundachtzig da war ich dann siebenundvierzig nehme ich jetzt die Dinger also ähm das ist aber eine halbe Tablette also 160 Milligramm Sotalol oder wie das Zeug heißt ich habe ich am Anfang genommen ... und jetzt bin ich bei einer jungen Ärztin der ich noch einmal meine ganze Lebensgeschichte erzählen musste und wir machen das jetzt so wie ich nehme jetzt also seit ein paar Jahren nur eine halbe Tablette also achtzig das ist eigentlich die kleinste Dosis ... und komme ganz gut zurecht bis auf manchmal ein bisschen Stolpern oder so ...".¹⁴⁴³

Die Wende im Leben der Patientin besteht also darin, dass sie durch die Medikation mit einem Betarezeptorenblocker eine wesentlich verbesserte Lebensqualität hat.¹⁴⁴⁴

An dieser Stelle schließt die erste Passage dieser Interpretation also mit dem Wohlbefinden der Patientin zum Zeitpunkt des Interviews. Dieses Wohlbefinden ist jedoch nicht immer vorhanden gewesen, Frau E berichtet selbst, dass sie jahrelang sehr unter ihren Herzsensationen psychosomatischer Natur gelitten hat. Wie sich dieses Leiden in den verschiedenen Lebensbereichen geäußert und was die Herzneurose somit aus dem Leben der Patientin gemacht hat, werden die folgenden Abschnitte darstellen.

¹⁴³⁸ Interview 5, S. 20

¹⁴³⁹ vgl. Interview 5, S. 21

¹⁴⁴⁰ vgl. Interview 5, S. 20

¹⁴⁴¹ vgl. Interview 5, S. 23

¹⁴⁴² vgl. Interview 5, S. 24

¹⁴⁴³ Interview 5, S. 24 f

¹⁴⁴⁴ vgl. Interview 5, S. 26 f

Das alltägliche Leben der Patientin ist zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung mehr oder weniger stark von ihrer Herzsymptomatik beeinflusst. Frau E schildert zunächst, dass die sympathikovasalen Anfälle wie aus heiterem Himmel kämen, man wäre wie vom Blitz getroffen und falle in diesen Perioden völlig aus:¹⁴⁴⁵ „auch wenn man zu Hause kleine Kinder hat oder so man man liegt! ... also bei mir war es so ich musste mich hinlegen sonst war das so schlimm dass man wirklich gedacht hat `jetzt ist es aus!` ... es ist äh also von einer Sekunde auf die andere Sekunde war das einfach so wie wenn das jetzt so ein richtiger Aussetzer! ... und dann: galoppiert es los, aber dann so stark dass ich dann nur äh ja ich musste mich einfach hinlegen sonst äh war das also beim dann hatte man das Gefühl also das geht nicht mehr!“¹⁴⁴⁶

Dieses Ausfallen während der Anfälle beinhaltet bei Frau E auch, dass sie sich im Falle einer Herzsensation außerhalb der häuslichen Umgebung nach Hause begeben muss:¹⁴⁴⁷ „... das ist dann diese wahnsinnige Problematik wenn man jetzt woanders ist und äh ja man setzt sich dann irgendwo auf eine Bank früher und das war nach zehn Minuten vorbei ja? dann ist das ja ok ... aber wenn man woanders ist und das ist nach zwei Stunden noch nicht vorbei ... dann geht ja gar nichts mehr!“¹⁴⁴⁸

Für den Fall, dass die Symptomatik der Patientin auftritt, hat sie Medikamente dabei, die sie dann einnehmen muss – ihr Alltag wird quasi in der Zeit ihrer Erkrankung nur durch diese ‚Krücke‘ gestaltbar: „also ich habe auch immer ich weiß bloß nicht mehr die Tabletten ich habe auch immer Tabletten in der Handtasche gehabt für den Fall, ... da hatte ich immer so so da musste ich immer zwei Tabletten nehmen und wenn das nach zwei Stunden nicht geholfen hat dann musste ich gespritzt werden ...“.¹⁴⁴⁹ Der Alltag der Patientin war somit immer mit der eventuellen Notwendigkeit verbunden, Medikamente einnehmen – oder im schlimmsten Falle einen Arzt aufsuchen zu müssen. Diese Angewiesenheit auf Medikamente oder Ärzte versteht sich von selbst als massive Einschränkung im Vollzug des alltäglichen Lebens, zumal Frau E nach dem Spritzen eines Wirkstoffes immer über Stunden matt gewesen ist.¹⁴⁵⁰

¹⁴⁴⁵ vgl. Interview 5, S. 4 f

¹⁴⁴⁶ Interview 5, S. 5

¹⁴⁴⁷ vgl. Interview 5, S. 5

¹⁴⁴⁸ Interview 5, S. 6

¹⁴⁴⁹ Interview 5, S. 8

¹⁴⁵⁰ vgl. Interview 5, S. 9

Frau E empfindet ihre Herzsensationen im Alltag derartig belastend, dass sie die Meinung äußert, dass Patienten ihrer Art sogar eine Betreuung bräuchten:¹⁴⁵¹ „er braucht vom Hausarzt eine Betreuung und dann dort wenn man sich dort einmal ausheult der mit einem redet ... oder der zumindest einem das Gefühl vermittelt `ich bin für Sie da!' ... und nicht so am Wochenende einmal ja dann hört das und hört das nicht auf ...".¹⁴⁵²

Die Symptomatik der Frau E führt in der Phase ihrer Krankheit schließlich dazu, dass das Gefühl der Angst vor Anfällen zu ihrem Wegbegleiter wird.¹⁴⁵³

Diese Anfallsangst mündet bei Frau E letztlich in ein Verhalten der Vermeidung, das typisch für Herzanngstpatienten ist und den Grad der Behinderung und Einschränkung deutlich werden lässt, allerdings schafft es die Patientin im Laufe der Zeit, das Vermeidungsverhalten durch die auch unangenehme aber in ihrem Fall weniger einschränkende Angst zu ersetzen: „nur wie Sie sagen so bestimmte Sachen wo es mir beim Friseur passiert ist das hat Ihnen der *Herbert schon erzählt das war so schlimm das hat nicht mehr aufgehört, jetzt wollte ich den Arzt ja nicht zum Friseur bringen lassen! ... jetzt hat die mich mit dem Taxi damals nach Hause gefahren ... ich habe da gewisse Dinge habe ich natürlich dann daran gedacht ... ja? also diese Einschränkung ist dann da und mir war dann immer mulmig, aber ich habe auch mit diesem Friseur ich habe ganz langsam mit dem Friseur wieder angefangen weil ich mir gedacht habe ich kann mich ja nicht so davon beherrschen lassen ... dann hatte ich einmal eine Bekannte die dann erst einmal mir die Haare zu Hause geschnitten hat ja? (Frau E lacht) ... und und dann habe ich gesagt `das kann ja nicht sein!' und dann habe ich angefangen zum Friseur zu gehen `lasst mich bloß nicht warten!' ... und und und das habe ich also durchgezogen aber ich habe beim Friseur geschwitzt ja? ... aber ich habe mich dazu überwunden und das hat eigentlich wirklich dann Jahre gedauert und ich bin nie gerne gegangen aber ich habe gedacht `nein!' und wenn dann rufe ich eben ein Taxi und fahre ich nach Hause aber was ist denn wenn Sie die Lockenwickler drinhaben? ... wissen Sie das sind so Dinge äh die eben dann doch wie Sie sagen da war viel Gedanken dabei ... das ist mir aber auch nicht mehr beim Friseur passiert ... aber die Angst ist da, ...".¹⁴⁵⁴

¹⁴⁵¹ vgl. Interview 5, S. 10

¹⁴⁵² Interview 5, S. 10

¹⁴⁵³ vgl. Interview 5, S. 12 f

¹⁴⁵⁴ Interview 5, S. 14 f

Neben dieser Angst beeinflusst auch der ständige Gedanke an einen möglichen Anfall das alltägliche Leben der Patientin während ihrer Krankheitsjahre, indem sie schon im Vorfeld vieler Situationen daran denkt, den Arzt rufen zu müssen, wenn es zu einem Anfall kommen sollte.¹⁴⁵⁵

Daher ist Frau E zu dieser Zeit in der Fähigkeit eingeschränkt, das Leben richtig zu genießen: „... aber auch zum Beispiel jetzt so eine Geschichte wie der *Herbert seinen Abschlussball gemacht hat ... er hatte sich also einen wahnsinnig schönen Anzug und wie das war und für mich war das einfach auch schön und ich habe mir auch etwas gekauft und dann fiel mir ein da habe ich damals wirklich gebetet und ich habe gesagt `lieber Gott bloß morgen Abend nicht: übermorgen oder von mir aus drei Tage hintereinander oder egal was du mit mir machst bloß morgen nicht zum Abschlussball: ich will da unbedingt mit!' ... es ist eine große: Belastung eine große: Behinderung und man äh man kann viele Dinge gar nicht genießen ... weil äh wenn ich da jetzt daran denke da bin ich jetzt noch ganz aufgeregt! ... wenn man so daran denkt; und äh äh die Entspannung kommt dann eigentlich erst sagen wir einmal der Ball ging um sieben los und bis neun wenn es um neun passiert wäre wäre es nicht schlimm gewesen dann hätte ich ja die Polonäse und da hatten wir meine alten Eltern noch dabei und dann getanzt und na ja wenn ich etwas eher hätte nach Hause gehen müssen wäre es mir ja dann egal: gewesen ... verstehen Sie? ... und dann kommt erst die Entspannung aber die Angst vorher dass ... es jetzt passieren könnte und ich könnte nicht mit!“¹⁴⁵⁶

Viele alltägliche Situationen werden im Falle ängstlicher Gedanken oder faktischer Herzsen- sationen für Frau E während ihrer Erkrankung also zu ‚ungenießbaren‘ Momenten: „also das waren eben so gewisse Sachen die mir dann passiert sind mit dem Bus beim Friseur oder gut aber mir ist es auch in der Stadt spaziert (Versprecher) ich wollte Weihnachtseinkäufe machen und dann saß ich halt beim Kaufhof auf der Bank und habe gewartet das hat nicht aufgehört und da stehen davor Taxi dann bin ich halt nach Hause gefahren ...“.¹⁴⁵⁷

Zum Zeitpunkt des Interviews betont Frau E, dass sie niemals aufhören werde, ihre Beta- rezeptorenblocker zu nehmen, weil sie mit dieser ‚Krücke‘ den Weg eines mehr oder weniger beschwerdefreien Lebens gehen kann.¹⁴⁵⁸

¹⁴⁵⁵ vgl. Interview 5, S. 16

¹⁴⁵⁶ Interview 5, S. 16 f

¹⁴⁵⁷ Interview 5, S. 18

¹⁴⁵⁸ vgl. Interview 5, S. 28

Insgesamt gibt die Patientin an, immer versucht zu haben, sich bestmöglich mit ihrer Erkrankung zu arrangieren,¹⁴⁵⁹ „nur wenn dann wieder so ein Schlag kam der mich dann wieder umgeworfen hat dann war ich am Boden! ... ich würde einfach sagen ich ich ich musste mich einfach arrangieren! was hätte ich denn machen sollen?“¹⁴⁶⁰

Mit Frau liegt somit ein Fall vor, der deutlich zeigt, wie sehr eine Herzangst das alltägliche Leben eines Menschen negativ beeinflussen kann – der Fall zeigt aber auch, dass es der Patientin möglich war, sich mit ihrer Herzangst zu arrangieren und sie – wenn auch mittels Medikamenten – in ihr Leben zu integrieren.

Auch der berufliche Bereich als Unterkategorie des alltäglichen Lebens wird bei Frau E während ihrer Krankheit störend beeinflusst – wenn auch im Vergleich zu anderen Patienten in geringerem Maße: So berichtet die Patientin beispielsweise, dass sie während ihrer Tätigkeit bei einer Krankenversicherung auch sympathikovasale Anfälle erlebt habe, die länger als eine Stunde gedauert und dazu geführt hätten, dass sie ihre Arbeit nicht mehr erledigen konnte: „und da ist es mir dann auch so gegangen dass da kann ich mich noch erinnern dass das dann kam und hörte nach einer Stunde nicht mehr auf und ich konnte nichts mehr machen!“¹⁴⁶¹ In diesem Zusammenhang beschreibt Frau E eine Dauerspannung, unter der sie hier gestanden und die sie als schlimme Einschränkung empfunden habe:¹⁴⁶² „... wenn dir das einmal passiert puh dann sitzt du da und dann schaffst du das nicht und dann versuchst du hast dich das auch nicht getraut zu jemandem zu sagen `das habe ich` das kann ja öfter passieren, dann sagen die `na ja da draußen stehen noch zehn wenn die jetzt öfter ausfällt` das ist alles nicht so einfach: ... da da kannst du einfach nicht mehr da da kannst du auch nicht reden und das Telefon das wird davon noch schlimmer!“¹⁴⁶³

Zu den einschränkenden Symptomen am Arbeitsplatz – Frau E nennt den Umstand, während eines Anfalles nicht mehr telefonieren zu können – gesellt sich bei ihr also auch noch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes im Falle häufiger Anfälle. Aber gerade dieser Druck, den die Patientin hier verspürt, wirkt sich nicht positiv auf ihren Zustand aus: „und dann äh war ich dann froh dann habe ich halt nicht viel wenn es keiner so gemerkt hat aber es ist ist dann so

¹⁴⁵⁹ vgl. Interview 5, S. 28

¹⁴⁶⁰ Interview 5, S. 29

¹⁴⁶¹ Interview 5, S. 7

¹⁴⁶² vgl. Interview 5, S. 22

¹⁴⁶³ Interview 5, S. 22

eine Sache, wo man bekommt Angst: und das hat sich dann zugespitzt wieder ... weil also du verlierst einfach dann deinen Arbeitsplatz wenn du da mit solchen Sachen belastet bist ...".¹⁴⁶⁴

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle also, dass Frau E mit einer Anfallsangst ihre Arbeit verrichtet hat, dass sie aber trotz gelegentlicher Anfälle den Verlust ihres Arbeitsplatzes verhindern kann – sie selbst führt dies ihrer Vermutung nach auf ihr Pflichtbewusstsein zurück, das ihr nicht gestattet hat, ihren Beruf aufzugeben.¹⁴⁶⁵

Innerhalb ihrer Ehe und der Familie machen sich die Herzsensationen der Frau E ebenfalls bemerkbar, schon nach den ersten Interviewminuten erwähnt die Patientin die Ausfälle, die ihren Anfällen inhärent sind und betont, dass man einfach liegen müsse – und dies sei problematisch, wenn man kleine Kinder zu Hause habe.¹⁴⁶⁶ Trotz der Tatsache, dass Frau E faktische Ausfälle im Alltag erlebt, versteht ihr Ehemann sie nicht,¹⁴⁶⁷ auch ihre Familie kann mit ihrem Krankheitsbild nichts anfangen, diese würde ihr hingegen noch Schuldgefühle einimpfen, weswegen sie dem familiären Umfeld von ihrem Leiden schlicht nichts mehr erzählt.¹⁴⁶⁸ Speziell auf ihren Ehemann bezogen gibt Frau E an, dass er zu ihrer Erkrankung nichts gesagt habe, wobei sie vermutet, dass er auch keine Informationen über den Zustand seiner Ehefrau haben wolle.¹⁴⁶⁹ Die Patientin nimmt ihn in Schutz und räumt die Möglichkeit ein, dass ihr Ehemann ihre Erkrankung vielleicht nicht verstanden habe,¹⁴⁷⁰ aus Gesprächen des Interviewers mit dem Sohn der Patientin wurde aber deutlich, dass die Ehe der Frau E noch nie glücklich gewesen und Kommunikation mit dem Ehemann generell nur schwierig möglich sei. Unter diesem Vorzeichen ließe sich sagen, dass sich die Herzangst der Patientin nicht auf die Ehe ausgewirkt hat, weil diese ohnehin nicht von Zuneigung getragen ist – das würde auch erklären, warum die Patientin kaum Details ihres Ehelebens erwähnt.

Erweitert man die Untersuchung auf das gesamte soziale Umfeld und die Freizeit der Frau E, kommt zum Vorschein, dass die Herzsensationen einschränkend gewirkt haben, weil Frau E beispielsweise angeraten wird, längere Wanderungen im Gebirge zu vermeiden, weil sie dort im

¹⁴⁶⁴ Interview 5, S. 22 f

¹⁴⁶⁵ vgl. Interview 5, S. 23

¹⁴⁶⁶ vgl. Interview 5, S. 5

¹⁴⁶⁷ vgl. Interview 5, S. 13

¹⁴⁶⁸ vgl. Interview 5, S. 29

¹⁴⁶⁹ vgl. Interview 5, S. 32 f

¹⁴⁷⁰ vgl. Interview 5, S. 32

Falle eines Anfalls über Stunden nicht zu erreichen wäre.¹⁴⁷¹ „und wenn man jetzt solche Gebirgswanderungen macht bei denen man fröhs startet und abends wiederkommt und es passiert einem so etwas wo man es dann nicht mehr wegbekommt und man kann ja auch nicht mehr laufen!“¹⁴⁷² Weil also das Freizeitverhalten geändert wird, schränkt sich automatisch auch das soziale Umfeld der Patientin ein, da sie bestimmte Unternehmungen einfach nicht mehr macht – so erzählt sie von einem Anfall während eines Urlaubes mit dem Bus, bei dem fünfzig weitere Urlauber festgesessen hätten, weil die von einem Anfall Geplagte nicht mehr mit dem Bus weiterfahren konnte – daher habe sie in der Folge derartige Reisen gemieden:¹⁴⁷³ „das kann mir wieder passieren und die Leute sind dann ja so unmöglich! ... ja? die sagen `jetzt fährt die wieder mit, wegen der können wir die ganzen Dinge nicht machen!` ... und und dass ich das also für mich fand ich dann das habe ich dann nicht mehr gemacht, ich wäre gerne da noch einmal mitgefahren und da, dann habe ich gesagt das äh da denke ich dann dran! es könnte wieder sein! ... ich gehe den Leuten damit auf die Nerven und die gehen mir auf die Nerven weil ich dann absolute Ruhe brauche! ... dass sich das wieder beruhigt und da habe ich mir gedacht das tue ich mir nicht mehr an, das bringt mir nichts! ... auch wenn es nicht wie wir vorhin schon sagten äh eigentlich nicht durch diese Einbildung kam, aber man kann es ja nicht wissen ... und dann hat man also ein ungutes Gefühl und mir bringt diese Fahrt von drei Tagen nichts!“¹⁴⁷⁴

Um ihre eigenen Nerven und die anderer Menschen zu schonen, zieht sich Frau E also zum damaligen Zeitpunkt aus bestimmten Bereichen des sozialen Lebens zurück und denkt sogar, es gäbe kaum jemanden, der unter einem ähnlichen Störungsbild leide.¹⁴⁷⁵ Gerade wegen dem von Frau E so empfundenen Unverständnis anderer Menschen bezüglich ihrer Erkrankung zieht sie sich nicht nur aus bestimmten Bereichen des sozialen Umfeldes zurück, sie würde anderen Menschen ein Verständnis ihrer Situation sogar auf besondere Weise erfahren lassen wollen: „aber ich habe vielen Menschen gewünscht dass sie das einmal ein Jahr haben ... und das Gefühl haben (Frau E wird laut) das äh hört nicht mehr auf: ... das soll wieder aufhören: die denen soll es gut gehen verstehen Sie? ... nur ... das das jetzt einmal losgeht alle zwei Monate oder was weiß ich ein ganzes Jahr ... und die haben die Gewissheit `ja das geht jetzt bis an mein Lebensende, das hört nicht mehr auf.` ... das soll aber wieder aufhören: nur dass die einmal das Gefühl haben wie es einem eigentlich dann geht ... und das ganze Unverständnis was die Leute dann

¹⁴⁷¹ vgl. Interview 5, S. 10

¹⁴⁷² Interview 5, S. 10

¹⁴⁷³ vgl. Interview 5, S. 11

¹⁴⁷⁴ Interview 5, S. 12

¹⁴⁷⁵ vgl. Interview 5, S. 13

daherquatschen `wenn du schon daran denkst!´“¹⁴⁷⁶ Aus dieser Äußerung lässt sich nach Ansicht des Interpreten herauslesen, wie sehr Frau E unter ihrer Herzneurose zu leiden hatte, denn eine gewisse Verbitterung ist unweigerlich in dieser Aussage enthalten. Auch an anderer Stelle fragt Frau E, warum gerade sie diese Erkrankung habe,¹⁴⁷⁷ selbst Freundinnen würden sie nicht verstehen weshalb sie auch mit ihnen nicht mehr über dieses Thema spricht:¹⁴⁷⁸ „die verstehen es nicht: das habe ich dann auch wieder verstanden, und wenn einer bloß dumme Bemerkungen macht dann hat mich das nur aufgeregt und ich habe dann versucht Sachen die mich aufregen ... zu vermeiden (Frau E lacht) ..., ich denke ich war also irgendwie schon von Gott und der Welt verlassen mit mir allein mit meinen Kindern mit meiner Familie und ich musste da einfach das Beste daraus machen und durch! ... ich hatte gar keine andere Wahl und das war vielleicht auch ein Fehler dass man andere Leute damit nicht: doch mehr äh hätte belasten müssen weil die immer gedacht haben ja ich bin ich habe ja alle möglichen Sachen gemacht es hat ja keiner gewusst!“¹⁴⁷⁹

Und schließlich schildert Frau E die Umstände so, als würde die Herzneurose dazu geführt haben, dass ihr Umfeld sie auf diese Erkrankung noch heute reduzieren würde: „... oder diese fürchterliche Busreise, wissen Sie dass nach zwanzig: Jahren: läuft mir irgendeiner über den Weg und sagt `ach Sie sind doch die Frau *Schmitt Sie hatten es doch so mit dem Herz! gell jetzt ist wieder alles in Ordnung Sie sehen ja gut aus! na das war ja damals schlimm.´ da denke ich mir immer `du blöde Kuh kannst du nicht den Mund halten?´ ... hoffentlich geht es nicht gleich wieder los! verstehen Sie das? ... die Leute sind dumm! die sind blöd! ... die haben keine Lust darüber zu reden, machen eine dumme Bemerkung weil es jetzt gerade recht lustig ist, also folglich `was machen Sie jetzt da?´ nichts sagst du dann mehr ja? ... oder der die waren auch beim Bus dabei, das sind eigentlich ganz nette Leute und gelegentlich sind wir denen einmal begegnet oder wir haben man hat sich mal im Biergarten getroffen, jedes Mal wenn ich gekommen bin hat das blöde Mannsbild ich mag ihn eigentlich ganz gern immer gesagt `na was macht denn das Herzchen?´ dann habe ich einmal gesagt `es schlägt noch!´ ... das ist doch furchtbar: ... die haben das einer oder zwei einmal mitbekommen und wissen aber weil man darüber geredet dass das eine Geschichte ist die man halt hat! ... und ich vergl- ich habe das damals auch ich habe mich dann schon einmal mit jemandem unterhalten und habe das damals gesagt zum Beispiel ich vers- sagen wir einmal zum Beispiel das sind Anfallskrankheiten ... so

¹⁴⁷⁶ Interview 5, S. 14

¹⁴⁷⁷ vgl. Interview 3, S. 13

¹⁴⁷⁸ vgl. Interview 5, S. 29

¹⁴⁷⁹ Interview 5, S. 29 f

nenne ich das, das ist ja eine Anfallskrankheit! die einfach kommt! oder ja Anfälle sagen wir einmal, ... das kann man vielleicht vergleichen wenn einer putzmunter klettert macht und hat Asthma und bekommt einen Asthmaanfall ... damit muss doch der leben: na glauben Sie ich würde da hingehen jedes Mal wenn ich den treffe und sage `na was macht denn dein Asthma?' ... und ich habe das auch gelassen darüber zu reden weil das ist doch ein Quatsch ... oder wenn einer Epileptiker ist der bekommt es heute gibt es doch tolle Medikamente aber der gute Mensch macht auch alle möglichen Sachen, und es kann ihm auch passieren und das sind ja auch so Sachen die kommen ohne Vorahnung ... jetzt wenn ich da in irgendeinem Umfeld im Bekanntenkreis jemanden habe dann sage ich doch nicht `ja hast du schon wieder mal einen Anfall gehabt? was macht denn deine epileptischen Anfälle' oder so."¹⁴⁸⁰

Einerseits fühlt sich Frau E von ihrem Umfeld somit auf ihre Herzneurose reduziert und möchte mit niemandem mehr darüber sprechen, weil sie sich nicht richtig verstanden fühlt, andererseits jedoch sagt sie selbst, dass man andere Menschen eher hätte ‚belasten‘ sollen, um sich nicht völlig ins Abseits zu stellen (s.o.).

Die aktuelle Lebensführung ist durch den Versuch geprägt, sich bestmöglich mit der Erkrankung zu arrangieren,¹⁴⁸¹ wobei Frau E am Ende des Interviews noch einmal deutlich darauf hinweist, das es in ihrem Leben wegen der Herzanngst deutliche Tiefpunkte gegeben habe.¹⁴⁸²

Ausgehend von diesem Versuch des Arrangierens mit der Erkrankung wünscht sich Frau E für die Zukunft, bis ins hohe Alter geistig und körperlich fit zu bleiben, um das tun zu können, was sie gerne tun möchte.¹⁴⁸³ Sie räumt aber ein: „aber wissen Sie wenn ich dann ein paar Jahre weniger habe – – es kommt nicht auf die Jahre: an – – sondern auf die Qualität der Jahre!“¹⁴⁸⁴

An dieser Stelle wird deutlich, dass Frau E an positiver Einstellung hinzugewonnen hat, denn zum Zeitpunkt ihrer Akuterkrankung war ihre Zukunftsplanung von Angst geprägt, wie ihr Leben mit diesen Anfällen weitergehen sollte, zeitweise hing Frau E wegen ihrer Herzneurose nicht

¹⁴⁸⁰ Interview 5, S. 30 f

¹⁴⁸¹ vgl. Interview 5, S. 28

¹⁴⁸² vgl. Interview 5, S. 35

¹⁴⁸³ vgl. Interview 5, S. 27, Interview 5, S. 33 f

¹⁴⁸⁴ Interview 5, S. 27

mehr am Leben;¹⁴⁸⁵ hier zeigt sich also eine positive Entwicklung, die sie auf ihre Medikation zurückführt.¹⁴⁸⁶

Schließlich bleibt zu erwähnen, dass Frau E keinen Krankheitsgewinn im Sinne eines Nutzens ihrer Herzangst verbuchen kann.¹⁴⁸⁷

Die These ist somit belegt.

¹⁴⁸⁵ vgl. Interview 5, S. 35

¹⁴⁸⁶ vgl. Interview 5, S. 34

¹⁴⁸⁷ vgl. Interview 5, S. 34

5.6 Interview 6 mit Frau F

Frau F ist vierzig Jahre alt und litt seit ihrer Scheidung im Jahre 1992 lange Zeit an Tachykardien und Todesangst. Die Patientin, die Sachbearbeiterin in einem Architekturbüro ist, beschreibt sich vor Beginn des Interviews als symptomfrei – tatsächlich aber deckt die Befragung, die sich teilweise als Gespräch zwischen Interviewer und Patientin gestaltet, zahlreiche Ängste in verschiedenen Lebensbereichen auf, die Frau F bislang nicht bewusst waren, die aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges mit den früheren Herzsensationen, vor diesen hatte Frau F keine Ängste, aber auf diese zurückzuführen sein könnten – Frau F erlebt ihre agora- und klaustrophobischen Ängste nämlich erst seit den Tachykardien und Todesängsten, die nach ihrer Scheidung erstmals aufgetreten sind.

Die Patientin ist mit dem Interviewer befreundet und hat sich freundlicherweise zu einer Befragung bereit erklärt.

Die Patientin leidet an einer Herzneurose, die allerdings aus ihrer ‚ursprünglichen Form‘ im Sinne von Herzsensationen und Todesangst in agora- und klaustrophobische Ängste umgeschlagen ist. Dennoch erscheint Frau F für die vorliegende Untersuchung geeignet, weil sie einige für Herzneurotiker typische Verhaltensweisen zeigt und in ihrer Lebensführung eingeschränkt ist.¹⁴⁸⁸

Die Qualität des Interviews mit Frau F besteht nach Auffassung des Interpreten darin, dass die Patientin im Laufe der Befragung Sachverhalte bemerkt, die ihr bis dahin unbewusst waren. Der Interviewinhalt besteht im Kern in der Aussage, dass Frau F trotz einer recht guten Lebensqualität die für Herzneurotiker typischen Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen des Alltags empfindet. Die Patientin scheint ihre Ängste nicht überzubewerten, empfindet sie aber dennoch als einschränkend.

Zu Beginn und Weiterentwicklung der Herzneurose sagt Frau F, dass die Beschwerden mit der Scheidung von ihrem Ehemann im Jahre 1992 angefangen hätten:¹⁴⁸⁹ „... also angefangen hat das bei mir damals als äh als ich mich von meinem Mann getrennt habe, ich bin allein erziehend mit drei Kindern und ich habe das irgendwie gemerkt das war kurz nachdem er weg war dass ich nicht jeden Abend aber ... meistens abends wenn die Kinder endlich im Bett waren und ich ein-

¹⁴⁸⁸ weitere Angaben zur Anamnese lassen ich im Anhang nachlesen

¹⁴⁸⁹ vgl. Interview 6, S. 2

mal Zeit und Ruhe hatte mich hinzusetzen und auszuruhen dass ich dann einfach gemerkt habe ich bekomme dieses Herzrasen diese diese Panik ist dann irgendwie in mir aufgestiegen weil ich immer dachte 'was passiert jetzt wenn ich nachts im Bett liege und ich sterbe einfach und meine Kinder sind dann allein?', ... ja ich glaube das war einfach diese Angst weil alles von mir abhing die Kinder und ich musste sie auch alleine versorgen ich habe auch keinen Unterhalt bekommen bekomme ich heute auch noch nicht und es ist halt einfach äh es war eine große Belastung; und ähm - - - wenn ich das hatte ich habe mir dann ich bin meistens ins Bett gegangen und habe dann irgendwie gemerkt sobald ich ruhig war nach fünf bis zehn Minuten so kurz vor dem Einschlafen ging das plötzlich los ... und ich bin dann in Panik! immer durch die Wohnung gelaufen und habe überlegt wen kann ich jetzt mitten in der Nacht anrufen um Hilfe zu holen, habe dann zum Teil auch schon diese ... Notrufnummer angerufen einfach um mit jemandem zu reden und habe mich aber dann während dem Gespräch eigentlich immer wieder beruhigt ...".¹⁴⁹⁰ Frau F scheint also zu Beginn ihrer Angststörung das Alleinsein in Verbindung mit den Belastungen der Kindererziehung und der alleinigen Verantwortung für diese schlecht zu ertragen. Wichtig erscheint somit, den Beginn der Symptomatik mit der Scheidung in Verbindung zu bringen.

Im weiteren Verlauf wählt die Patientin die Nummer des Notarztes insgesamt zwei- bis dreimal, jedoch immer ohne dessen Hilfe im Sinne eines Einsatzes tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Auch die Hausärztin wird damals von Frau F im Rahmen einer Panikattacke angerufen, am nächsten Tag in der Sprechstunde verschreibt diese dann ein Valiumpräparat.¹⁴⁹¹

Von Anfang an erlebt die Patientin ihre Anfälle stets in den Abendstunden in jenen Momenten, in denen sie die Last des Tages hinter sich lässt und das Nachdenken beginnen kann, wobei sie bereits hier phobophobisches Verhalten zeigt:¹⁴⁹² „... und ich habe dann auch irgendwann schon abends wieder daran gedacht 'das kommt jetzt wieder!' und so war es dann meistens auch.“¹⁴⁹³

Der Umgang der Patientin mit dieser Angst – insbesondere dann, wenn diese in den Momenten beginnt, in denen Frau F ins Bett gehen will – gestaltet sich in dieser Zeit derart, dass sie das Licht nicht ausmacht, um dann eventuell Angst und Panik nicht erleben zu müssen,¹⁴⁹⁴ „... ich

¹⁴⁹⁰ Interview 6, S. 2

¹⁴⁹¹ vgl. Interview 6, S. 3

¹⁴⁹² vgl. Interview 6, S. 3

¹⁴⁹³ Interview 6, S. 3

¹⁴⁹⁴ vgl. Interview 6, S. 3

habe einfach das Licht angelassen und habe es dann Stunden später ausgemacht wenn ich dann schon so mehr oder weniger geschlafen habe."¹⁴⁹⁵

Auch Frau F durchläuft im weiteren Verlauf mehrere fachärztliche Untersuchungen, um bestimmte Verdachtsdiagnosen ausschließen zu können, wobei sie hierbei das Gefühl hat, nicht ernst genommen zu werden: „ich war einfach beim Arzt und die haben mich auf meine Schilddrüse wurde untersucht, EKG wurde gemacht, die üblichen Dinge halt ... aber herausgekommen ist dabei nie etwas! ... organisch alles in Ordnung! ... und ich habe auch wirklich ... immer das Gefühl gehabt dass ich nicht ernst genommen werde beim Arzt! ... habe ich wirklich gedacht ich war da einfach gesessen sie hat mir dann mehr oder weniger schon immer das gleiche Medikament aufgeschrieben und das war es eigentlich ansonsten habe ich nicht das Gefühl gehabt; oder dass sie mich einmal überwiesen hätte außer jetzt ... zu dem Radiologen da wegen der Schilddrüse, ... also ich bin mir da schon ein bisschen verlassen vorgekommen muss ich ganz ehrlich sagen von meiner Hausärztin!"¹⁴⁹⁶ Allerdings scheint diese Ärztin *generell* kein inniges Verhältnis zu ihren Patienten zu pflegen, weil sie nach zwölf Jahren die Namen der Kinder der Patientin immer noch nicht kennt.¹⁴⁹⁷

Zum weiteren Verlauf der Erkrankung macht Frau F die Angabe, vor einigen Jahren eine Klaustrophobie bemerkt zu haben: „..., ich habe ... irgendwann einmal vor ein paar Jahren festgestellt dass ich Platzangst habe also das kam dann irgendwie dazu ich weiß nicht ob das damit zusammenhängt in einer Weise! ... weil das habe ich von früher nie: gekannt: das war jetzt vor ungefähr vier fünf Jahren dass ich das gemerkt habe!"¹⁴⁹⁸

Wie sich der Verlauf der Erkrankung der Frau F in den einzelnen Lebensbereichen über die Jahre hinweg gestaltet, wird in den folgenden Abschnitten genauer erläutert. Interessant erscheint unter allgemeinerer Perspektive jedoch noch, dass die Patientin Einsicht in die psychische Verursachung ihrer Beschwerden hat: „... aber wie gesagt jeder Arzt sagt mir ich bin kerngesund und dann gehe ich davon aus dass das auch so ist, und das ist dann auch eine Beruhigung für mich gewesen als der mir das gesagt hat ja? als mir wirklich dann nicht der Hausarzt nur gesagt hat eigentlich habe ich kein Problem sondern auch der Kardiologe dann noch gesagt hat `also wirklich organisch ist da nichts!` und das war dann für mich die Beruhigung und ich habe dann

¹⁴⁹⁵ Interview 6, S. 3 f

¹⁴⁹⁶ Interview 6, S. 4 f

¹⁴⁹⁷ vgl. Interview 6, S. 5

¹⁴⁹⁸ Interview 6, S. 7

wirklich eine Weile wenn ich diese Anfälle wieder hatte habe ich mir dann gesagt `es ist nur psychisch, bleib ruhig!´¹⁴⁹⁹

Diese Einsicht scheint auch dazu geführt zu haben, dass sich die Patientin wieder zutraut, aktiv Sport zu betreiben: „ich mache jetzt wieder Sport: ganz aktiv! ... also ich bin da jetzt wieder voll dabei! ..., ich mache jetzt auch Spinning seit zwei Jahren ... und da hatte ich am Anfang auch immer richtig Angst wenn ich gesehen habe mein Puls geht jetzt auf die neunzig Prozent du hast da eine Liste damit du weißt für welches Alter wie weit du hochgehen kannst, da hatte ich auch immer Angst und die anderen Leute haben mich dann schon immer ausgelacht weil ich immer gesagt habe `nein so hoch will ich nicht so hoch gehe ich nicht ich fahre halt langsamer!´ aber mittlerweile mache ich das auch also ich komme damit auch gut zurecht jetzt aber da hatte ich am Anfang auch Angst ja!“¹⁵⁰⁰

Insgesamt vertritt Frau F die Ansicht, dass die Symptomatik mit abnehmender Verantwortung für die Kinder besser werde: „ich habe jetzt auch diese diese Attacken schon lange nicht mehr gehabt also – – ich könnte jetzt gar nicht sagen wann es das letzte Mal war – – weil ich halt jetzt einfach ... ja anders lebe! ... damals war einfach diese ganze Verantwortung im Mittelpunkt und jetzt verteilt sich das so langsam, die Kinder werden älter und die sind selbstständiger und ich bin nicht mehr hundertprozentig für alles verantwortlich, ... und ich glaube dass das wirklich ... damit zu tun hat einfach diese Entlastung jetzt auch!“¹⁵⁰¹

Andererseits sagt Frau F ganz klar, dass ihre Lebensführung durch ihre zahlreichen Ängste noch immer eingeschränkt beziehungsweise behindert werde.¹⁵⁰²

Wie diese Behinderung im Alltag als übergeordneter Kategorie aussieht, ist Thema des folgenden Abschnitts.

In der Zeit direkt nach der Scheidung scheint Frau E tagsüber keinerlei Probleme zu haben: „am nächsten Morgen wenn ich diese Anfälle hatte war eigentlich alles wieder in Ordnung, ich bin dann früh zur Arbeit habe meine Kinder in den Kindergarten gebracht und war den ganzen Tag

¹⁴⁹⁹ Interview 6, S. 13

¹⁵⁰⁰ Interview 6, S. 14

¹⁵⁰¹ Interview 6, S. 18

¹⁵⁰² vgl. Interview 6, S. 19

so abgelenkt und so beschäftigt dass ich eigentlich daran gar nicht mehr gedacht habe ...".¹⁵⁰³
Der Alltag ist demnach in dieser Zeit im beruflichen Kontext¹⁵⁰⁴ nicht von der Angststörung der Frau F betroffen.¹⁵⁰⁵

Im privaten Bereich – insbesondere an den Abenden – benötigt die Patientin zur damaligen Zeit aber gelegentlich beruhigende Worte durch andere Menschen oder das Wissen um Medikamente im Haus als ‚Krücke im Leben‘, die ihr eine bestimmte Sicherheit vermittelt: „und ... ja wir haben dann einfach geredet und dann habe ich mich in dem Moment wieder beruhigt bin selbst wieder heruntergekommen; und das war auch so wenn ich jetzt wusste ich habe Tabletten im Haus dann habe ich mich auch sicher gefühlt, wenn ich jetzt wüsste ich habe nichts hier, dann hatte ich auch schon oft bevor ich ins Bett bin bin ich durch die Wohnung gelaufen habe gesucht und gesucht und wusste ich habe nichts mehr da wenn jetzt etwas kommt was mache ich dann? ... das war auch noch ein Faktor wo ich immer gesagt habe ich muss schauen dass ich nur zur Sicherheit: etwas in der Tasche habe oder egal ich hätte da auch dieses Diazepan (Versprecher) wieder genommen was ich ja dann zwischendurch dann weggelassen habe aber im Notfall hätte ich das genommen ja?“¹⁵⁰⁶

Der Alltag von Frau F ist *zum Zeitpunkt des Interviews* auch durch klaustrophobische Ängste bestimmt, die sich insbesondere im Freizeitbereich bemerkbar machen. Insgesamt gilt hier, dass die Patientin Menschenansammlungen bereits im Vorfeld meidet.¹⁵⁰⁷ Seit einem Diskothekenbesuch, der in den Auswirkungen auf die Freizeit der Frau F dargestellt wird, leidet die Patientin nämlich an dieser Phobie: „und seit diesem einen Erlebnis merke ich das immer wieder dass ich das habe – – oder jetzt auch beim Aufzugfahren – – wenn ich sehe ein Aufzug ist voll gehe ich da raus: da habe ich früher nie Probleme mit gehabt! ... ich weiß nur dass ich einfach Panik: habe, also das merke ich auch jetzt noch wenn ich in einer solchen Menge bin! ... hat mir nie: nie: etwas ausgemacht! das ist selbst wenn ich jetzt im Flugzeug sitze dann ... habe ich irgendwie ... ja weiß nicht ob es Platzangst ist aber ich mache mir da auch so Gedanken da habe ich früher nie: darüber nachgedacht, da hatte ich da meinen Platz und bin dagesessen und jetzt

¹⁵⁰³ Interview 6, S. 3

¹⁵⁰⁴ nähere Angaben hierzu finden sich im entsprechenden Abschnitt

¹⁵⁰⁵ vgl. Interview 6, S. 4

¹⁵⁰⁶ Interview 6, S. 6

¹⁵⁰⁷ vgl. Interview 6, S. 7

denke ich mir so (Frau E wird hektisch) oder im Bus: wenn wir Ausflüge machen mit dem Betrieb ich sitze dann immer an der am äußeren Platz dass ich rauskomm: ...".¹⁵⁰⁸

Diese klaustrophobischen Ängste, die Frau F in ihrem Ausmaß erst im Gespräch mit dem Interviewer ins Bewusstsein gelangen,¹⁵⁰⁹ zeigen sich in weiteren alltäglichen Situationen: „also U-Bahn würde ich jetzt nicht mehr fahren! das hat mir früher wenn ich da jetzt in London irgendwie war oder in München hat mir das auch nichts gemacht aber so etwas würde ich sagen – – da hätte ich jetzt auch Angst einfach weil es runtergeht weil man dieses Engegefühl dann wieder bekommt!“¹⁵¹⁰

Neben Untergrundbahnen werden auch Busse gemieden: „ich würde jetzt auch nicht mehr mit dem öffentlichen Bus fahren so wie ich früher ... ich bin früher so zur Arbeit gefahren oder zur Schule gefahren und ich weiß noch da bist du oft hineingeschoben: worden und hinter dir ging die Türe zu und du hast dich so angelehnt weil sonst – – äh du konntest gar nicht selbstständig stehen weil es so voll war ... das würde ich jetzt nie: machen ich hätte wahrscheinlich jetzt ein Problem wenn ich jetzt in einer Stadt wohnen würde, jetzt fahre ich halt mit dem Auto zur Arbeit ja? ... auf dem Land geht das aber wenn du in der Stadt wärst also ich wüsste jetzt nicht wie ich das machen sollte ja? würde wahrscheinlich auch mit dem Auto fahren ja!“¹⁵¹¹ Die Alternative zum PKW wäre höchstens das Erreichen des Ziels zu Fuß.¹⁵¹² Auch diese Angst gab es im Leben der Frau F vor der Scheidung nicht: „früher: wir waren im Auto auf den total überfüllten Autos waren wir gesessen du weißt schon mit fünf sechs Leuten haben die Türe geschlossen und waren so dagesessen, würde ich nie: mehr: machen! da wenn ich d- der Gedanke allein macht mich schon fertig oder wenn ich so etwas im Fernsehen sehe so Thomas Gottschalk so Wetten Dass? oder so etwas wenn die sich alle in ein Auto quetschen oder in eine Telefonzelle war das einmal ...“¹⁵¹³

Dennoch schafft es Frau F, sich nicht völlig von ihrer Platzangst einnehmen zu lassen – sie will auch weiterhin nicht auf das Fliegen verzichten, das würde ihr zu weit gehen:¹⁵¹⁴ „und da überwinde ich mich dann! ... das geht dann schon ... so extrem ist es nicht!“¹⁵¹⁵

¹⁵⁰⁸ Interview 6, S. 8

¹⁵⁰⁹ vgl. Interview 6, S. 8

¹⁵¹⁰ Interview 6, S. 10

¹⁵¹¹ Interview 6, S. 20

¹⁵¹² vgl. Interview 6, S. 20

¹⁵¹³ Interview 6, S. 20

¹⁵¹⁴ vgl. Interview 6, S. 10

¹⁵¹⁵ Interview 6, S. 11

Trotz des Muts ist die Angst im Alltag der Frau F permanent präsent, sie erwähnt zum Beispiel, dass sie noch immer pflanzliche Beruhigungsmittel bei sich trage,¹⁵¹⁶ im weiteren Gespräch stellt die Patientin sogar die Frage, ob eine kardiale Angststörung tatsächlich zu einem Herzinfarkt führen könne – wenn dies so wäre, läge Frau F am Abend des Interviews ihrer Befürchtung nach wieder mit Panik im Bett.¹⁵¹⁷

Bewertet man die Gesamtsituation, gelangt man zu der Einsicht, dass der Alltag der Frau F im Schatten ihrer Herzangst zu stehen scheint – die Patientin sagt, dass ihre Angst im Großen und Ganzen die alltägliche Lebensführung behindert habe und dies noch immer tut, dass ihr dieser Umstand vor dem Gespräch jedoch nicht derartig bewusst gewesen sei:¹⁵¹⁸ „du hast es im Hinterkopf! ... das ist wirklich immer da der Gedanke ...“.¹⁵¹⁹

Und obwohl die Patientin selbst sagt, dass sie nie gedacht hätte, in ihrer Lebensführung eingeschränkt zu sein,¹⁵²⁰ schildert sie anhand eines für einen nicht herzneurotischen Patienten banalen alltäglichen Vorganges, *wie sehr* sie im Lebensvollzug behindert war. Und so unwichtig dieses Beispiel objektiv gesehen sein mag, so bedeutungsvoll erscheint es im Zusammenhang mit der ursprünglichen Aussage der Patientin, sie sei nicht eingeschränkt gewesen: „also ich habe jahrelang nur koffeinfreien Kaffee getrunken ... und jetzt seit einem Jahr trinke ich jetzt wieder Espresso Cappuccino das habe ich mir jahrelang verkniffen obwohl ich das so gerne mag ja? ... wenn wir am Nachmittag zum Kaffeetrinken eingeladen waren ich habe mir dann wirklich einen Tee gekocht oder habe mir ein Wasser eingeschenkt weil ich Angst davor hatte dass nachts wieder etwas kommt! ... ich habe mir das verkniffen! ... das ist eine Einschränkung!“¹⁵²¹

Das Berufsleben der Frau F hingegen scheint weniger durch das Diktat der Herzneurose bestimmt zu sein, zu Beginn des Interviews räumt die Patientin ein, dass sie lediglich an den Tagen nach den abendlichen Anfällen müde gewesen sei, weil ihr einige Stunden Schlaf gefehlt hätten.¹⁵²²

Ansonsten schreibt Frau F diesen geringen Einfluss ihrem Verantwortungsgefühl zu: „das wäre gar nicht gegangen ich habe halt immer gedacht ... ich kann mir da gar nicht erlauben oder gar

¹⁵¹⁶ vgl. Interview 6, S. 13

¹⁵¹⁷ vgl. Interview 6, S. 14

¹⁵¹⁸ vgl. Interview 6, S. 19

¹⁵¹⁹ Interview 6, S. 21

¹⁵²⁰ vgl. Interview 6, S. 21

¹⁵²¹ Interview 6, S. 23 f

¹⁵²² vgl. Interview 6, S. 4

nicht leisten da irgendwie Rücksicht zu nehmen oder dass ich mich da krankschreiben lassen würde also das wie gesagt war nie der Fall. ... das war eigentlich auch gut ja! dass ich die Ablenkung hatte oder auch die Verantwortung dann immer konnte ich mich gar nicht so gehen lassen dass ich jetzt gesagt habe ... ich hänge da jetzt durch oder ich beschäftige mich auch tagsüber viel damit ...".¹⁵²³

Allerdings gibt Frau F auch zu, am Arbeitsplatz mit der ‚Krücke Medikament‘ gearbeitet zu haben: „ich habe Tabletten in meiner Schublade: ... also die habe ich seit meinem ersten Arbeitstag glaube ich da habe ich die Medikamente sofort mitgenommen und da ist immer etwas also wenn einmal etwas wäre ist etwas da; ... ich habe eine Weile das fällt mir jetzt auch gerade ein habe ich mir Johanniskraut mitgenommen weil ich dachte zur Beruhigung ... weil ich hatte schon so Stresssituationen bei der Arbeit – – – ich weiß jetzt nicht ob es in Bezug ... darauf ist aber ich habe mir dann wirklich gedacht damit ich diese nervöse Phase oder diese Panik nicht bekomme ich habe habe mir dieses Johanniskraut gekauft ich meine es hat nie etwas geholfen es nicht nie etwas bewirkt ja? ... aber ich dachte `och das ist besser als gar nichts, nehme ich es einfach einmal.“¹⁵²⁴

Bezüglich Partnerschaft und Familie sehen die Auswirkungen der Ängste von Frau F allerdings anders aus.

Während die Patientin in ihrer Ehe keinerlei Symptome verspürte und sie seit ihrer Ehe bis zum Zeitpunkt des Interviews in keiner Partnerschaft lebt, in der sich die Herzingst auswirken könnte,¹⁵²⁵ ist das familiäre Leben in speziellen Bereichen negativ von den Ängsten der Frau F beeinflusst. Eine sehr grundsätzliche Sorge besteht zum Zeitpunkt der ‚akuten Herzingst‘ beispielsweise in der Frage, was im Falle eines Herztodes mit den Kindern passieren würde: „aber ich habe mir damals wirklich immer Gedanken gemacht was ist jetzt wenn ich sterbe wenn ich nachts dann in meinem Bett liege und einfach sterbe und dann meine Kinder? vor allem die waren noch klein ich habe mir überlegt `Mensch die können nicht einmal telefonieren wenn was ist!‘ da macht man sich wirklich so banale Gedanken dann auch ja? ... was ist jetzt wenn die

¹⁵²³ Interview 6, S. 4

¹⁵²⁴ Interview 6, S. 12

¹⁵²⁵ vgl. Interview 6, S. 18

früh aufwachen und ich liege tot im Bett, an wen sollen die sich wenden? ... die rennen auf die Straße oder einfach solche Sachen dann auch und wer kümmert sich dann um sie?"¹⁵²⁶

Allerdings schafft es Frau F, diese Ängste nicht an die Kinder weiterzugeben:¹⁵²⁷ „da wollte ich ihnen keine Angst machen! ... weil du das hätte sie auch belastet das wäre nichts gewesen!“¹⁵²⁸

Im Rahmen der klaustrophobischen Ängste der Patientin jedoch kommt es in der Vergangenheit zu der Situation, dass die Kinder der Frau F ein Konzert besuchen möchten, bei dem sie so nahe wie möglich bei der Bühne stehen wollen – Frau F aber verbietet dies wegen ihrer Angst vor Menschenmassen – die Kinder sind hierüber wenig erfreut:¹⁵²⁹ „ich habe halt einfach gesagt das ist gefährlich, was da alles passieren kann! ... ich habe jetzt nicht gesagt dass ich da jetzt Platzangst habe ich habe nur gesagt ja Mensch die drücken dich dahin du fällst in Ohnmacht und liegst dann am Boden und alle laufen auf dir herum also ich habe einfach versucht das einfach so ... vernunftmäßig zu erklären ich habe jetzt nicht gesagt dass ich Platzangst habe weil ich möchte ihnen damit ja auch keine Angst einreden, ich möchte ja nicht dass die die gleiche Angst bekommen wie ich!“¹⁵³⁰

In diesem Zusammenhang – der Diskussion um das Erlernen von Ängsten – spricht Frau F einen Umstand an, der sich nicht auf ihre Person sondern auf die ihres Vaters bezieht, der selbst vor Jahren einen Herzinfarkt erlitten hatte: „... weil der auch mit seinem Herzen der ist immer sehr beschäftigt der hat auch schon einen Herzinfarkt vor Jahren und der redet auch viel darüber also das würde ich jetzt nicht machen aber der erzählt jedem sein Problem und der läuft immer so herum (Frau F hält sich beide Hände ans Herz)! ... ja ja, ganz leidend und und – – da muss ich sagen da merke ich dann oft dass jetzt mein Sohn der *Nico der große Sohn zu mir herkommt und sagt `oh Mama mein Herz sticht schon die ganze Zeit ich glaube wir müssen mal zum Arzt!‘“¹⁵³¹ Dieses Phänomen ist für Frau F ein Grund dafür, ihre Herzangst von den Kindern fern zu halten:¹⁵³² „deshalb behalte ich solche Sachen lieber für mich als dass ich da jedem mein

¹⁵²⁶ Interview 6, S. 15

¹⁵²⁷ vgl. Interview 6, S. 15

¹⁵²⁸ Interview 6, S. 16

¹⁵²⁹ vgl. Interview 6, S. 9 f, S. 16

¹⁵³⁰ Interview 6, S. 16

¹⁵³¹ Interview 6, S. 16

¹⁵³² vgl. Interview 6, S. 17

Problemchen da erzähle weil das nervt irgendwann auch wenn da jemand immer nur von seinen Problemchen oder seinen Krankheiten erzählt also das möchte ich nicht!"¹⁵³³

Dennoch wissen die Kinder von Frau F um deren Problem: „..., sie wissen glaube ich dass ich das Problem habe – – doch ich gehe davon aus dass sie das wissen wir haben da schon lange nicht mehr darüber gesprochen aber das war nie ein Thema, die haben schon mitbekommen doch weil ich halt damals auch ziemlich viel beim Arzt war oder mit dem EKG ich hatte ja auch schon über Nacht ein EKG und das haben sie schon mitbekommen ... aber ich habe das nie zum großen Thema eben gemacht ja? ... dass sie das so in allen Einzelheiten wissen ...".¹⁵³⁴

Obwohl Frau F also versucht, ihre Herzangst von den Kindern fern zu halten, ist dies nicht immer möglich – in den Situationen, in denen Frau F selbst an ihre Grenzen stößt (wie bei dem Besuch des Konzerts) – wirken sich diese automatisch auch auf die Kinder aus. Trotzdem entsteht insgesamt der Eindruck, dass das familiäre Zusammenleben recht gut organisiert ist und nicht in größerem Umfang einer negativen Beeinflussung durch die Herzangst der Patientin ausgesetzt ist.

Im Bereich des sozialen Umfeldes und der Freizeit sind Auswirkungen der Erkrankung nachweisbar – aber auch hier halten sie sich im Rahmen. Frau F berichtet beispielsweise über eine gute Freundin, die sie im Falle einer Angstatacke jederzeit anrufen kann:¹⁵³⁵ „ich habe sie auch nachts einmal angerufen und die kam dann wirklich fünf Minuten später bei mir vorbei ist dann eine Stunde geblieben und hat mit mir geredet und dann ging es mir auch wieder gut, und allein zu wissen das ist jemand an den ich mich wenden kann, ... das hat mir damals auch sehr geholfen dass man dann nicht ganz allein und verlassen da ist sondern dass einfach jemand da ist und wenn er nur zuhört oder selbst wenn der nur am Telefon ist weil man dann das Gefühl hat `wenn ich jetzt umkippe kümmert sich jemand darum!' ... es kommt jemand oder es ruft jemand den Arzt oder so ... das ist auch eine große Hilfe damals gewesen, ist jetzt auch noch so: ich glaube ich wenn das jetzt hätte ich könnte dort noch immer anrufen!"¹⁵³⁶

Bezieht man die Sicherheit im subjektiven Empfinden der Frau F bezüglich der Tabletten in ihrem Büro in die Überlegungen mit ein, fällt auf, dass das Wissen um potentielle Hilfe – durch

¹⁵³³ Interview 6, S. 17

¹⁵³⁴ Interview 6, S. 17 f

¹⁵³⁵ vgl. Interview 6, S. 5

¹⁵³⁶ Interview 6, S. 5

Medikamente oder zwischenmenschliche Kommunikation – ein wesentliches Bedürfnis der Patientin zu sein scheint.

Dennoch ist aber nicht das gesamte Umfeld der Frau F auf intensivere Weise in deren Problematik involviert: „..., das war also hauptsächlich eine Freundin die das mitbekommen hat ich meine ich habe es den anderen Freunden erzählt ich habe kein Geheimnis daraus gemacht aus der ganzen Sache! ... also ich ... meine Freunde die waren da schon die haben sich da schon dafür interessiert oder einmal nachgefragt 'na wie geht es dir denn?' oder ... ja aber das war jetzt nicht irgendwie ein abendfüllendes Thema dass man gesagt hat man wälzt da etwas stundenlang darüber, ... die wussten das und die haben das akzeptiert und da war es mir nie unangenehm darüber zu reden, es war mir jetzt nie peinlich.“¹⁵³⁷

Auf einschränkende Weise macht sich die klaustrophobische Komponente der Herzangst bei Frau F im Freizeitbereich bemerkbar – und hiervon ist auch der Freundeskreis betroffen: „... da war ich vor ein paar Jahren abends im Airport in Würzburg und wir standen da in einer Menschenmenge und irgendwann mir ging es eigentlich gut irgendwann habe ich nur gemerkt es ist alles dicht um mich herum, ich könnte jetzt theoretisch wenn irgendetwas wäre nicht mehr zum Ausgang kommen, ... und da habe ich dann auch Panik bekommen also da habe ich dann gedacht ich bekomme keine Luft mehr und ich zerplatze jeden Moment und habe dann wirklich panisch versucht da herauszukommen, habe mich da wirklich so durch die Menge gedrängt, ...“.¹⁵³⁸

Ein alltäglicher Diskothekenbesuch war demnach in dieser Situation für Frau F unmöglich.

Eine ähnliche Situation erlebt die Patientin im Rahmen eines Konzertbesuchs: „also ich war das war jetzt so der letzte das letzte Mal das mir so einfällt da waren wir letztes Jahr einmal auf einem Konzert in Aschaffenburg auch ich mit meinen Freunden so sechs oder so acht waren wir glaube ich, ... und die gehen alle da rein: in diese Halle und ich laufe noch so ein kleines Stück laufe ich noch mit und sehe auf einmal so ... hinter mir ist alles dicht, ich schaue auch immer wo die Ausgänge sind wenn ich irgendein Gebäude betrete, ... und ich habe dann wirklich gesagt 'geht ihr weiter ich komme dann irgendwann später!' und ich war das war im April glaube ich es war ziemlich kühl noch ich war dann wirklich den ganzen Abend also zum Großteil am Eingang gestanden während meine Freunde drinnen waren und getanzt haben und ihren

¹⁵³⁷ Interview 6, S. 6 f

¹⁵³⁸ Interview 6, S. 8

Spaß hatten und ich bin dann erst vor an den Tisch als es sich so langsam geleert hatte! im Nachhinein habe ich mir gedacht `mein Gott bin ich blöd:´ die hatten einen tollen Abend und ich habe gefroren die meiste Zeit aber ich konnte mich da nicht durchringen dazu.“¹⁵³⁹ Die Freunde von Frau F haben vergeblich versucht, sie zur Teilnahme am genannten Konzert zu überreden und können in dieser Situation nicht nachvollziehen, warum sich Frau F derartig verhält.¹⁵⁴⁰ Andererseits berichtet die Patientin nicht, dass sich Menschen aufgrund ihrer ‚Eigenheiten‘ von ihr abwenden.

Ein weiteres Ereignis vollzieht sich während eines Ausfluges, den Frau F im Rahmen einer Erstkommunion unternimmt: „... und da war der Bus war das sehr: voll und ich kam da irgendwie als letzter Passagier rein und musste dann irgendeinen Platz nehmen, hatte dann nur gemerkt der Bus ist überfüllt der war überbesetzt da waren zu viele Kinder dabei, ... und ich habe mir da wirklich kurzfristig überlegt `ich gehe da raus, ich bleibe zu Hause!´ aber das konnte ich natürlich den Kindern nicht antun und ich habe mich dann auf einen Platz gesetzt habe dann einfach geatmet und mich selbst beruhigt und dann ging das auch dann war das kein Problem, und dann waren wir bei auf dem Ausflug ... an einem Salzbergwerk wo man wirklich so in die Tiefe fahren muss, das war bei Weißenburg, ... und auf jeden Fall ich habe mir das wirklich den ganzen Tag überlegt und ich bin dann nicht: hinein weil ich mir ich wusste genau ich bekomme Panik! ... und ich meine das da waren auch einige Leute da die haben dann die haben das dann so als lächerlich abgetan so `ach komm du wirst doch da keine Angst haben da hineinzugehen!´ und ich habe mich da aber wirklich nicht beeindrucken lassen also da bin ich nicht so da stehe ich dann dazu dass ich da Angst habe und es ist mir dann auch gleich was andere Leute da denken also da mache ich mir jetzt keinen Kopf!“¹⁵⁴¹

Ein vergleichbarer Ausflug zu einer Tropfsteinhöhle wird von Frau F ähnlich beschrieben und sie kommt selbst zu der Einsicht, dass die Angst ihr Leben einschränkt.¹⁵⁴²

Der Freizeitbereich ist zur Zeit der ‚akuten anfänglich herzentrierten Angst‘ in einer weiteren Hinsicht beeinflusst, denn Frau F nennt Herzsensationen, die sie bei sportlicher Betätigung im Fitnesscenter erlebt – hier steht die Angst im Vordergrund, tatsächlich am Herztod zu sterben,

¹⁵³⁹ Interview 6, S. 11

¹⁵⁴⁰ vgl. Interview 6, S. 11

¹⁵⁴¹ Interview 6, S. 9

¹⁵⁴² vgl. Interview 6, S. 9

was in der Folge im damaligen Kontext zu einer Angst vor sportlicher Aktivität insgesamt führt.¹⁵⁴³

Bereits bei der Verlaufsbeschreibung der Erkrankung wurde darauf verwiesen, dass Frau F als weitere Sportart Spinning betreibt – auch hier nennt sie die anfängliche Angst, ihr Herz zu überanstrengen und verdeutlicht die Reaktion des Umfeldes, das diesen Angstgefühlen mit Unverständnis begegnet,¹⁵⁴⁴ ja Frau F teilweise sogar auslacht.¹⁵⁴⁵

Trotz ihrer noch immer vorhandenen Phobien gestaltet die Patientin ihre Freizeit mittlerweile wieder aktiver, was zu einer Besserung ihres Allgemeinbefindens geführt hat.¹⁵⁴⁶

Insgesamt jedoch geht die negative Auswirkung der Erkrankung auf den Freizeitbereich und die damit verbundene Reaktion des sozialen Umfeldes der Frau F deutlich aus ihren Beschreibungen hervor. Die aktuelle Lebensführung bewegt sich demnach im Spannungsfeld zwischen Phobie einerseits und der neuerlich vermehrten Partizipation am gesellschaftlichen Leben andererseits.

Betrachtet man die Zukunftsplanung der Patientin, fällt ihre Aussage auf, dass sie zur Zeit des Erkrankungsbeginns keine langfristige Zukunftsplanung betrieben hat – Frau F lebt hier noch von Tag zu Tag:¹⁵⁴⁷ „... und ich habe da wirklich nur von Tag zu Tag gelebt also ich habe mir da so langfristige Pläne gar nicht gemacht – das sieht jetzt vielleicht wieder anders aus aber damals nein. ... ich habe mir damals wirklich immer Gedanken gemacht was ist jetzt wenn ich sterbe wenn ich nachts dann in meinem Bett liege und einfach sterbe und dann meine Kinder? vor allem die waren noch klein ich habe mir überlegt 'Mensch die können nicht einmal telefonieren wenn was ist!'“¹⁵⁴⁸

Deutlich tritt auch hier wieder, zumindest in der ersten Zeit nach der Scheidung vom Ehemann, die Angst vor dem eigenen Tod als die Zukunftsplanung beherrschende Variable auf, die sie nur von Tag zu Tag existieren und ‚planen‘ lässt – Frau F räumt aber gleichzeitig ein, dass es sich hiermit jetzt vielleicht wieder anders verhalte, allerdings lassen sich keine Belege für diesen Einstellungswandel – jedoch auch keine gegen ihn – finden.

¹⁵⁴³ vgl. Interview 6, S. 12 f

¹⁵⁴⁴ vgl. Interview 6, S. 14

¹⁵⁴⁵ vgl. Interview 6, S. 24

¹⁵⁴⁶ vgl. Interview 6, S. 18

¹⁵⁴⁷ vgl. Interview S. 15

¹⁵⁴⁸ Interview 6, S. 15

Auf die Frage, ob Frau F ihrer Erkrankung einen Gewinn im Sinne eines Nutzens oder einer positiven Begleiterscheinung entnehmen könne, antwortet sie lediglich, dass sie eventuell bewusster lebe – ansonsten könne sie nur eine krankheitsbedingte Einschränkung konstatieren.

Die These ist somit belegt.

5.7 Interview 7 mit Frau G

Frau G leidet seit vielen Jahren an einer organischen Herzerkrankung, aus dieser entstand ein Herzangst-Syndrom, das die Patientin selbst aber nicht richtig als Panikstörung mit agora- und klaustrophobischen Tendenzen annehmen kann, sie weiß nicht genau, inwiefern diese Symptomatik eine Begleiterscheinung des Organschadens oder eher psychischer Natur ist.

Frau G ist 64 Jahre alt, befindet sich am Übergang zum „Ruhestand“ (die Patientin ist zwar Hausfrau, hat aber im landwirtschaftlichen Betrieb, der nun aufgegeben wird, mitgearbeitet) und lebt mit ihrem ebenfalls erkrankten Mann zusammen.

Der Kontakt mit der Patientin wurde über Diplom-Psychologe Niklas Bornhauser hergestellt.

Frau G leidet an einer Herzneurose; für ein Interview im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist sie daher geeignet.¹⁵⁴⁹

Im Gespräch mit Frau G hat sich eine Kernthematik manifestiert, die im gesamten Interview zum Tragen kommt – die Patientin ist in sämtlichen im Leitfaden aufgeführten Bereichen stark durch ihre Herzneurose, die nicht immer eindeutig von ihrer organischen Herzerkrankung zu trennen ist, beeinträchtigt und weist einen enormen Leidensdruck auf, der durch ein depressives Erscheinungsbild vermutlich verstärkt wird. Die Behinderung in der Lebensführung scheint so stark zu sein, dass Frau G bei der Frage nach einem eventuellen Gewinn aus ihrer Erkrankung im Sinne einer positiven Begleiterscheinung tatsächlich eine Verbesserung in der Lebensqualität benennt, die aber den Aussagen zur Zukunftsplanung widersprechen, unter Berücksichtigung des Gesamteindrucks der Situation von Frau G kann daher davon ausgegangen werden, dass sie hier daher zu ihrer Aussage kommt, um ihre massive Einschränkung in der Lebensführung verkraften zu können.

Die benannten Eindrücke sollen nun mit Beispielen belegt werden.

Bezüglich des Beginns und der Weiterentwicklung ihrer Erkrankung äußert sich Frau G zu Beginn des Interviews in der Art, dass es ihr Schwierigkeiten bereite, diesen genau zu da-

¹⁵⁴⁹ weitere Angaben zur Person befinden sich im Anhang

tieren.¹⁵⁵⁰ Bevor ihre weiteren Aussagen hierzu dargestellt werden, ist es ratsam, einen Sprung zum Ende des Gesprächs zu unternehmen, weil die Patientin hier selbst die Vermutung beschreibt, dass ihre Ängste schon recht früh im Leben angefangen hätten: „also vor dieser Angstkrankheit hatte ich ja wenn ich aber mein Leben so im Nachhinein so durchlaufen lasse habe ich eigentlich schon immer: Probleme dieser Art – – ich kann Ihnen da vielleicht noch kurz etwas sagen ... äh – – ich kann mich nie vorne hinstellen wenn etwas ist ich stelle mich immer hinten hin, und ich habe als Kind wegen meinen Haaren so sehr gelitten da äh weil ich hatte so rote Haare als Kind ... und da bin ich gehänselt worden und das hat mir meine Kindheit und meine Jugend sehr: eingeschränkt! ... Jugend hauptsächlich als Kind steckt man das eher weg, und ich hatte ja auch Freunde und eigentlich die eigentlich immer mich so akzeptiert haben wie ich war aber trotzdem: ich habe ob irgendwie etwas – – ob das damit zusammenhängt kann ich weiß es nicht! ... oder meine äh ich hatte vor wenn ich dreißig war das ist jetzt schon über dreißig Jahre her da hatte ich schon einmal eine Phase in der mit Depressionen wo ich auch in Behandlung war aber ich kann nicht mehr sagen wie lange das gedauert hat ein paar Jahre werden es auch gewesen sein!“¹⁵⁵¹

Die Patientin gibt also an, schon früher an Depressionen gelitten zu haben und man könnte den tatsächlichen Krankheitsbeginn der *psychischen Komponente* ihrer Herzsensationen somit in diese, Jahrzehnte zurückliegende Zeit, datieren.

Richtet man die Aufmerksamkeit aber wieder auf den Beginn des Interviews, beschreibt Frau G, dass der Beginn ihrer Erkrankung – und hier scheint aufgrund der somatischen Diagnose die *körperliche Komponente* für Frau G im Vordergrund zu stehen – ungefähr acht Jahre in der Vergangenheit liege: „festgestellt ist das ungefähr – – vor acht Jahren ist das festgestellt worden ... und vor fünf Jahren hatte ich dann einen – – also dass ich eine ich hatte hatte immer so Herzstolpern f-, ich hatte immer so Herzstolpern und Herzrasen und und bin dann daraufhin zu meinem Hausarzt – – und habe gesagt ich möchte einmal zu einem Kardiologen – – und äh wegen meinem Herz weil das plötzlich immer das Rasen beginnt und kein Grund eigentlich da und so ... und dann hat er mich zum K- bin ich zum Kardiologen der hatte dann eine Ultraschall gemacht dann hat er eine Herzklappenverengung ... er hat das anders genannt ... eine Herzklappenver- festgestellt und diese Herzrhythmusstörungen ... und dann dadurch hat er gesagt – – und dann bin ich dann habe ich ein Medikament bekommen – – und das hat dann ein paar

¹⁵⁵⁰ vgl. Interview 7, S. 2

¹⁵⁵¹ Interview 7, S. 22

Jahre gut getan und dann bin ich – – psychisch und körperlich in in Stress hineingeraten ... wir hatten dann unser Haus umgebaut, der Sohn vielmehr hat das geplant und ich war einfach – – dann da betätigt oder habe halt da ... mich fest eingesetzt und nach ein paar Wochen war ich aber – – ich hatte aber vorher schon ein Jahr in dem es mir gar nicht gut ging, ob das jetzt vom Herz war oder psychisch, das Haus war leer und – – ich glaube es war dann mehr eine psychische Schwäche und das Herz halt auch dazu – – und dann bin ich – – irgendwann so vor fünf Jahren war das zusammengebrochen ... also bin bewusstlos geworden und bin dann in *Bad Mergentheim war das da habe ich da hatte ich meine Schwester besucht bin ich dann ins Krankenhaus eingeliefert worden – – und – – habe da meinen Herzpass gezeigt und dann haben die – – halt ... daraufhin weitere Untersuchungen gemacht – – die haben mich dann erst einmal drei Wochen in deren Ding also in dem Krankenhaus war ich dann drei Wochen gelegen, die haben da Herzecho gemacht und und halt was man – – und Langzeit-EKG und – – dann haben sie mich auf nach *Bad Staffelstein geschickt – – und die haben dann einen Herzkatheter – – geschoben und haben dann – – – also das ... dass die Herzklappe halt diese Verengung hat und – – – aber so `es ist noch nicht reif zum Operieren` haben sie so haben sie sich ausgedrückt (Versprecher) ... und jetzt b- haben sie mich dann nach Hause geschickt von *Bad Mergentheim – – dann war ich vier Wochen zu Hause – – die Herzrhythmusstörungen sind immer wieder gekommen und auch diese diese Schwäche war ich ich war zu schwach irgendeinen Tag so durchzustehen das war für mich eine Qual!"¹⁵⁵²

Frau G erzählt also ausführlich über die Entwicklung ihrer Erkrankung und berichtet über einen weiteren Zusammenbruch im häuslichen Umfeld, der zur erneuten Einlieferung in ein Krankenhaus führt.¹⁵⁵³ Die für Herzneurotiker typische Untersuchungsserie findet auch bei Frau G statt: „...“, und da war dieser Professor ... und der hat mich dann ... haben die all- sämtliche Untersuchungen noch einmal gemacht – – – das Herzecho das ... die haben mir dann auch gleich Markumar gegeben und mich zum Neurologen geschickt ... und der hat mir dann eine weil ich Depressionen auch hatte ... der hat mich dann zum – – – der hat mir dann auch so ein Medikament gegeben aber ich – – – ich habe ... zum Schluss erst haben sie gesagt ich werde operiert und zum Schluss hat ... er sich dann also haben sie mir ein paar Medikamente mehr gegeben hatte ich haben sie mir dann Herzmedikamente verschrieben und das Markumar ...

¹⁵⁵² Interview 7, S. 2 f

¹⁵⁵³ vgl. Interview 7, S. 3

nach vier oder fünf Wochen haben sie mich dann wieder entlassen und jetzt – – soll ich also mit der mit diesen Medikamenten soll einfach langsam machen haben sie zu mir gesagt!"¹⁵⁵⁴

Zum weiteren Verlauf der Erkrankung nennt Frau G dann die Ausübung von Entspannungsübungen, die auf die psychische Mitverursachung der Ängste hinweisen und als Copingverfahren im Sinne eigentherapeutischer Bemühungen ihrer Beschwerden verstanden werden können: „und da habe ich einmal ... vor vier Jahren eine Entspannungsübung mitgemacht so bei ich war vor dem Herrn Bornhausen (Versprecher) schon einmal bei einem Psychologen und der hat der hat mir dann einmal ein paar Atem- ein paar Stunden so Entspannungsübungen ... gelernt also er selbst nicht er hat da jemanden gehabt ... und da habe ich dann das Atmen ein bisschen gelernt wie in so einer Situation dann ich jetzt auf die Atmung gleich achten soll ... tief durchschnaufen und wenn ich jetzt in so eine Situation komme denke ich sofort an (Frau G schnauft tief) mache ich sofort (Frau G atmet tief aus) ... bleibe ich stehen und mache ein paar so richtige Atemzüge oder mal eine feste Faust ...".¹⁵⁵⁵

Die genannten *allgemeinen Aussagen zu Beginn und Verlauf* der Erkrankung von Frau G werden im weiteren Verlauf der Interpretation in den anderen Kategorien des Leitfadens detaillierter dargestellt, eine genauere Analyse des Krankheitsverlaufs im Sinne der Auswirkungen auf das Leben der Patientin soll an dieser Stelle im Bereich des alltäglichen Lebens erfolgen:

Auf die Fragen, wie sich die Ängste der Frau G auf ihren Alltag auswirken und ob sie einschränkend wirken, antwortet diese, dass sie zumindest die ersten beiden Jahre der Erkrankung sehr schlapp und dass die Krankheit insofern sehr einschränkend gewesen sei:¹⁵⁵⁶ „ich habe ... lange gebraucht bis ich Fuß gefasst habe bis ich dann einigermaßen mich wieder – – alleine aus dem Haus getraut habe ... oder überhaupt getraut habe ... weil die irgendwie – – wenn das Herz das Rasen angefangen hat dann war immer die Angst gleich da `hoffentlich falle ich jetzt wieder nicht um!“¹⁵⁵⁷

Der Alltag der Frau G scheint insgesamt durch agoraphobische Ängste, die vordergründig auf die Kardialsymptomatik bezogen sind, bestimmt zu sein:¹⁵⁵⁸ „... und jetzt bekomme ich Herzstolpern

¹⁵⁵⁴ Interview 7, S. 4

¹⁵⁵⁵ Interview 7, S. 8

¹⁵⁵⁶ vgl. Interview 7, S. 4

¹⁵⁵⁷ Interview 7, S. 5

¹⁵⁵⁸ vgl. Interview 7, S. 6

oder Herzrasen ... bekomme ich auch ganz ... unverhofft, ich sitze jetzt noch ruhig da und ganz plötzlich fängt es an, wenn ich das dem Herzarzt sage dann sagt der 'das ist ganz normal bei ... Ihrer Krankheit.' ... im Unterbewusstsein: hat mir einmal jemand gesagt: weil ich kann ja das nicht steuern, ich gehe von zu Hause weg habe das nicht: bin irgendwo bekomme plötzlich Herztolpern oder Herzrasen – – könnte aber jetzt im Moment gar keinen Grund sagen ... warum – – und dann die Angst 'hoffentlich falle ich jetzt nicht um!' ... das schränkt mich ganz viel ein! ... und das macht mir auch Angst – – wenn ich jetzt ... etwas wenn ich jetzt nur in den Edeka-Laden gehe dann ist die Angst nicht so groß aber wenn ich jetzt weiter wegginge dann schränkt überlege ich mir das schon, das – – am Anfang war das so dass ich fast nicht aus dem Haus herausgegangen bin ...".¹⁵⁵⁹ Schon der Gang in den Supermarkt ist für Frau G also eine Herausforderung, weil sie Angst davor hat, Herzsensationen zu erleben oder sogar das Bewusstsein zu verlieren. Dramatisch an der Situation von Frau G – im Gegensatz zu der des organisch gesunden Herzneurotikers, der das Bewusstsein *nicht* verliert sondern dies nur befürchtet, – ist die Tatsache, dass der Fall des Bewusstseinsverlusts tatsächlich schon eingetreten ist, die Angst davor ist also nachvollziehbar.

Aber nicht nur der Gang in den Supermarkt wird von der Patientin als bedrohlich und angstbesetzt erlebt, auch weitere alltägliche Situationen lösen Ängste bei Frau G aus: „oder wenn jetzt eine Beerdigung ist – – und da sind also wir haben eine kleine Kirche – – und ich weiß jetzt schon vorher da ist die ganze Kirche so voll: – – und dann bleibe ich lieber weg weil ich ja weil weil weil ich dann diese Herzrhythmusstörungen sind dann so schlimm dass ich dann dass dann die Angst kommt 'jetzt hältst du nicht durch!'“¹⁵⁶⁰

Frau G muss aktiv an sich arbeiten und Anstrengungen unternehmen, um derartige Situationen meistern zu können – *wenn* sie sich ihnen überhaupt aussetzt: „mache ich oft: in der Kirche: ... bin ich verkrampft auf einmal dreht sich alles, dann mache ich meine Faust und schnaufe, manchmal rennt das Herz dann noch ein bisschen weiter aber auf einmal klingt es wieder ab!“¹⁵⁶¹

¹⁵⁵⁹ Interview 7, S. 6 f

¹⁵⁶⁰ Interview 7, S. 7

¹⁵⁶¹ Interview 7, S. 8

Diesen Alltag mit ihrer Krankheit beschreibt die Patientin als eingeschränkt – sie müsse aber eben mit dieser Einschränkung leben.¹⁵⁶²

Eine weitere agoraphobische Tendenz mit kardialer Angst ist die Tendenz der Frau G, größere Plätze nur unter Anstrengung überqueren zu können: „oder wenn ich jetzt über einen freien Raum will freien Platz dann gehe ich nicht – – äh mittendurch dann gehe ich außen herum weil ich immer das Gefühl habe wenn ich jetzt mittendurch gehe dann schwanke ich dann werde ich so taumelig und bekomme solches Herzrasen: ... solange ich über den Platz laufe denke ich nur an meine Atmung! ... muss mich dann sofort: konzentrieren `jetzt musst du fest durch-atmen!`“¹⁵⁶³

Klaustrophobisch hingegen ist die Angst von Frau G, Zimmer mit einer Dachschräge zu betreten oder gar darin zu schlafen – die Patientin atme bereits beim Betreten dieser Räume falsch und bekomme keine Luft mehr.¹⁵⁶⁴

Bestimmte alltägliche Situationen werden demnach von der Patientin gemieden, die Herzangst schneidet also massiv in die freie Bewegungsfähigkeit der Frau G ein!

Neben diesem Vermeidungsverhalten zeigt Frau G aber auch phobophobische Tendenzen – vor einer Reise, die sie von der Familie geschenkt bekommt, lebt sie vier Wochen lang mit Angst vor dieser Unternehmung – schließlich sagt sie die Reise wegen einer Muskelzerrung ab.¹⁵⁶⁵ Die Tatsache, dass eine Patientin mehrere Wochen vor einer Inlandsreise¹⁵⁶⁶ Angst vor dieser hat und sämtliche Gedanken darum kreisen, wie sie diese Unternehmung meistern kann, zeigt deutlich, wie einschränkend die Herzangst der Patientin ist!

Weitere alltägliche Handlungen der Patientin sind nur unter erschwerten Bedingungen für diese umsetzbar, wobei hier nach Auffassung des Interpreten nicht eindeutig gesagt werden kann, wann genau die Behinderung auf die somatische und wann auf die psychische Komponente der Herzerkrankung zurückzuführen ist – eine bestimmte Antriebsschwäche ist bei endogenen depres-

¹⁵⁶² vgl. Interview 7, S. 9

¹⁵⁶³ Interview 7, S. 10

¹⁵⁶⁴ vgl. Interview 7, S. 10

¹⁵⁶⁵ vgl. Interview 7, S. 12

¹⁵⁶⁶ im Bereich der Auswirkungen auf die Freizeit wird diese Reise noch thematisiert

siven Patienten¹⁵⁶⁷ jedenfalls Teil des Krankheitsbildes: „und wenn ich manchmal eingeladen werde oder ... manchmal hat man das Gefühl wie jetzt in dieser Woche waren wir im Altenheim haben eine Tante besucht und will ich aber schon wochenlang machen und immer – – – war ich habe ich nicht die Kraft bekommen dass ich gesagt habe `jetzt machen wir es!' ... einmal war ich müde und einmal war es mir nicht gut und dann ja dann hast du wirklich keine Zeit gehabt – – – und mehrere Termine an einem Tag: wenn ich weiß genau wenn ich in ein Altenheim gehe dann ist der Tag schon gelaufen oder wenn ich jetzt zum Einkaufen gehe mache ich halt früh meine Arbeit dann gehe ich einkaufen und dann ist der Tag vorbei ... weil ich es nicht mehr schaffe! ... und so war das dann jetzt war ich am Freitag waren wir dann in dem Altenheim ja und dann bin ich – – – aber so geschafft dass ich dann nichts mehr: schaffe! ... ich wollte aber eigentlich eine andere Sache damit sagen, wochenlang ist das vorher schon geplant gewesen und bis das dann endlich einmal klappt ...“.¹⁵⁶⁸

Frau G kann sich also nur schlecht mehrere Dinge für einen Tag vornehmen: „ja: und ... wenn ich jetzt eben bei Geburtstag eingeladen bin sagen wir einmal es fängt am Nachmittag an oder am Abend – – – dann kann ich vorher nicht sagen ich mache jetzt schnell noch mein Essen oder ich putze noch schnell etwas sondern da konzentriere ich mich das habe ich ja auch da gelernt bei diesen Entspannungstechniken dass ich mich vorher nicht so irgendetwas noch groß Einkauf noch mache wo ich sowieso schon ... der mir sowieso schon zu viel ist sondern einfach eine leichte Arbeit und und dann einmal da habe ich noch eine Kasette bevor ich gehe diese Kasette höre ... dass ich da mich ... beruhige oder wie ich sagen soll entspanne und dann geht es mir oft auch besser, aber wenn ich sage `jetzt machst du schnell das!' und `jetzt holst du noch schnell das!' und `jetzt rennst du schnell auf die Geburtstagsfeier!' dann kann ich es sowieso vergessen! ... und dann und dann niemandem etwas zu sagen!“¹⁵⁶⁹

Schließlich erwähnt Frau G noch, dass sie im vergangenen Sommer 2003 so stark unter der Hitze gelitten habe, dass sie in Verbindung mit ihrer Herzangst nur schwer unter Menschen gehen konnte, da es ihr immer schlecht gewesen sei und ein Angstgefühl aus der Bauchgegend hochgestiegen sei:¹⁵⁷⁰ „es ist plötzlich da und da sagen sie und dann ist es halt doch eine Art von Panik im Unterbewusstsein: ...“.¹⁵⁷¹

¹⁵⁶⁷ man beachte, dass die Herzneurose teilweise auch *larvierte Depression* genannt wird

¹⁵⁶⁸ Interview 7, S. 14 f

¹⁵⁶⁹ Interview 7, S. 16

¹⁵⁷⁰ vgl. Interview 7, S. 21

¹⁵⁷¹ Interview 7, S. 21

Der Abschnitt zeigt, dass der Alltag der Frau G insgesamt durch ihre Herzangst deutlich negativ beeinflusst ist und die Patientin zahlreiche Situationen und Örtlichkeiten meidet sowie unter phobophobischen Tendenzen und Antriebsproblemen leidet.

Im Bereich des Berufs setzt sich dieser Trend fort, wobei darauf hinzuweisen ist, dass der Beruf der Patientin als Spezialbereich des Alltagslebens im *häuslichen Bereich* zu verstehen ist, weil sich die Patientin um die häuslichen Belange kümmert – sie ist Hausfrau: „...; oder ich kann auch nicht wie andere Leute in meinem Alter die können schaffen: sagen wir einmal wenn ich jetzt früh meine Hausarbeit mache und koche dann brauche ich – eine Stunde oder zwei Stunden meine Ruhe also diese Ruhepausen: die muss ich laufend haben! ... weil mein Körper ist dann so abgeschafft dass ich – dass ich dann ... noch taumeliger bin und noch mehr Herzrasen habe und wenn ich mich dann wenn ich dann mich wieder entspannen kann oder ausruhen ein bisschen dann geht es wieder besser, also ich bin immer – sagen wir einmal ein bisschen am am Arbeiten und dann wieder am Ausruhen! ... Ruhepausen und das muss immerzu ... oder wenn ich sauge: irgendwelche das ist so anstrengend: für mich das Saugen! ... dass ich dann zehn Minuten mich hinsetze; oder jetzt bei dieser Wärme: da habe ich nachmittags gar nichts mehr gearbeitet! ... als es so warm war! da habe ich frühs die wichtigste Arbeit gemacht und am Nachmittag war ich entweder war ich vor dem Fernseher oder ich habe gelesen oder herumgelegen!“¹⁵⁷² Hier zeigt sich also, dass Frau G in ihrer Leistungsfähigkeit bezüglich häuslicher Arbeiten eingeschränkt ist und immer wieder Ruhepausen benötigt, ferner ist sie bei bestimmten klimatischen Bedingungen unfähig, ihrer Tätigkeit als Hausfrau nachzugehen.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass fraglich ist, ob dieses Verhalten auch unmittelbar auf *berufliche Tätigkeiten außerhalb des häuslichen Umfeldes* übertragbar ist, weil Frau G hier nicht die Möglichkeit hätte, sich ihre Tätigkeit derartig frei einzuteilen.

In ihrem persönlichen Umfeld und in ihrer Position als Hausfrau jedoch ist Frau G stark von ihrer Herzangst beeinträchtigt.

Im Hinblick auf Partnerschaft und Familie beschreibt Frau G einen einsichtigen Ehemann,¹⁵⁷³ der allerdings selbst schwer krank ist und deshalb auch daher ‚einsichtig‘ sein könnte: „er ist ein Typ der sagt `wenn man nicht kann dann bleiben wir halt zu Hause!‘ ... obwohl er auch gerne – – –

¹⁵⁷² Interview 7, S. 12 f

¹⁵⁷³ vgl. Interview 7, S. 9

mal wegginge, aber jetzt im Moment ist er ja selbst die letzten Jahre schon so mit dem der hat ja diese Leukämie da! ... und von daher gesehen hat er jetzt eigentlich auch mehr mit sich zu tun, also es ist jetzt meine Krankheit ist jetzt ein bisschen ... er ist jetzt er ist jetzt der der krank ist, die ganze Zeit war es umgekehrt ... obwohl es ihm: besser geht als mir: psychisch ... er hat diese Attacken nicht und er ginge auch bei einem Ausflug mit oder er ginge auch einmal ein paar Tage in den Urlaub!"¹⁵⁷⁴

Ein Sohn von Frau G ist mit seiner Ehefrau wieder im elterlichen Haus eingezogen, bekommt die Ängste der Mutter aber nicht in vollem Umfang mit:¹⁵⁷⁵ „es ist auch so schwer mit ihnen darüber zu spr- reden die haben dann vielleicht - - - Angst wo meine ich halt dass sie dann nicht immer Angst wegen mir haben müssen oder ich kann das ihnen nicht so schildern wie ich Ihnen das jetzt erzähle! ... sie wissen zwar dass ich Angst habe in den Urlaub zu gehen, die haben mir dieses Jahr ich bin vierundsechzig geworden eine Reise geschenkt auf die Insel Mainau weil sie genau wissen ... ich habe Angst und da wollten sie mir das schenken dass ich dann einmal muss!"¹⁵⁷⁶

Frau G will ihren Kindern unguete Gefühle, die sie wegen der Ängste der Mutter entwickeln könnten, fern halten und enthält ihnen daher die *vollständige Wahrheit* vor:¹⁵⁷⁷ „... also die wissen es nicht: ...“.¹⁵⁷⁸

Im familiären Bereich wirkt sich die Herzneurose der Frau G also in der Vorenthaltung von Emotionen und Ängsten aus, eine Einschränkung im Sinne reduzierter Kommunikation ist demnach nachweisbar.

Das soziale Umfeld der Frau G ist ebenfalls durch diesen Unwillen der Patientin, über die Herzneurose zu sprechen, gekennzeichnet – der Bereich der Freizeit ist unmittelbar hiervon betroffen, worauf neben weiteren Aussagen im folgenden Abschnitt eingegangen wird. Frau G erzählt insgesamt zu diesen Bereichen von ihren agoraphobischen Tendenzen: „und jetzt ist es halt so ich traue mich in die Rhön: zum Beispiel oder in den Spess- in den Steigerwald mal ... das geht auch aber weiter im Moment noch nicht: ... also die ganzen Jahre war ich nicht mehr

¹⁵⁷⁴ Interview 7, S. 9 f

¹⁵⁷⁵ vgl. Interview 7, S. 11

¹⁵⁷⁶ Interview 7, S. 11

¹⁵⁷⁷ vgl. Interview 7, S. 11

¹⁵⁷⁸ Interview 7, S. 13

im Urlaub oder so ... weil ich einfach manchmal dann – – solche Phasen habe oder auch Tage habe an denen ich einfach so erschöpft bin! ... und ... wie andere Leute sagen sie ... machen dann ich traue mich dann auch nicht auf einen Ausflug mitzugehen weil das ist die Zeit ist mir zu lange! ... ich kann nur kurzfristig etwas planen! ... ich gehe weder bei einem Ausflug mit ... noch ... auf Urlaub: obwohl ich es gerne tun würde ... oder was mache ich denn noch nicht? also irgendetwas was länger dauert: da bin ich einfach überfordert; ...".¹⁵⁷⁹

Frau G räumt auf die Frage des Interviewers hin auch ein, dass sie manchmal Probleme habe, einen Kinosaal zu betreten,¹⁵⁸⁰ die klaustrophobische Tendenz der Patientin wirkt sich also auch einschränkend auf die Freizeit der Frau G aus.

Dass die Agora- und Klaustrophobie der Patientin die Freizeit einschränkt, wird auch in weiteren Äußerungen bestätigt. Bei den Auswirkungen auf den familiären Kontext wurde bereits dargestellt, dass Frau G auf die Insel Mainau fahren sollte, um Urlaub machen zu können. „als es so weit war habe ich abgesagt bin nicht gegangen! ... ich hätte mit dem Bus fahren müssen, wenn mein Mann jetzt gesund gewesen wäre und er wäre auch mit beim Bus aber er hätte selbst fahren können, wir hätten einfach gekonnt wenn wir gewollt hätten ... und wenn ich unten gewesen wäre hätte ich vielleicht mein Zimmer dann selbst aussuchen können und so war das ja alles organisiert!“¹⁵⁸¹

Bei diesen massiven Ängsten, die sich schließlich auch um den Sachverhalt drehen, dass Frau G ein Problem damit zu haben scheint, unveränderbare und bereits organisierte Sachverhalte, die sie nicht kennt und die ihr daher Angst machen, zu durchleben, ist nach Auffassung des Interpreten verständlich, dass die Patientin kein Bedürfnis danach hat, dieses ängstliche Verhalten anderen Menschen mitzuteilen – auch hier wirkt die Herzneurose daher wieder einschränkend auf den Kontakt zum Umfeld der Frau G: „... das halte ich zurück! ... wenn ich jetzt das jemandem so schildere – – ich kann das wenigen Leuten sagen eine Freundin habe ich mit der kann ich ein bisschen manchmal darüber sprechen aber die hat dann immer noch mehr als ich dann bin ich schon wieder ruhig, ...! ... das Umfeld weiß nichts davon ...!“¹⁵⁸²

¹⁵⁷⁹ Interview 7, S. 7

¹⁵⁸⁰ vgl. Interview 7, S. 7

¹⁵⁸¹ Interview 7, S. 12

¹⁵⁸² Interview 7, S. 13 f

Frau G räumt auch ein, dass sie sogar auf Kontakte verzichte, um nicht ständig in Erklärungsnöte bezüglich ihres Verhaltens zu kommen,¹⁵⁸³ die Herzangst schränkt somit das soziale Umfeld der Patientin ein, indem sie sich zurückzieht. Dieser Rückzug ist die Folge der Ängste von Frau G sowie der Angst vor dem Unverständnis ihrer Umgebung. Diese Ängste führen sogar dazu, dass sich Frau G in der Vergangenheit wünscht, nicht mehr weiterleben zu müssen: „weil manchmal musst du dich ja so – – anstrengen dass du wirklich sagst ich weiß einmal war ich auf einem Geburtstag da war ich dagesessen zwei Stunden und bin nicht aufgestanden aber ich konnte fast nicht mehr sitzen bleiben und als ich zu Hause war habe ich gesagt `ich möchte wirklich nicht mehr auf der Welt sein!` da gehst du zu Freunden zu einer Geburtstagsfeier und sitzt nur dort und und es geht dir so schlecht dort ...“.¹⁵⁸⁴

Einschränkungen sind die genannten Ängste gerade auch deshalb, weil die Patientin selbst angibt, gerne unter Menschen zu sein, sie habe schließlich während des Betreibens ihrer Landwirtschaft oft genug Feierlichkeiten nicht besuchen können.¹⁵⁸⁵ Mittlerweile wären die zeitlichen Rahmenbedingungen für Vergnügungen gegeben, diese finden nun jedoch wegen der Ängstlichkeit von Frau G nicht statt.

Alle diese Einschränkungen führen dazu, dass Frau G in ihrer aktuellen Lebensführung darauf achtet, dass sie wirklich nur das tut, was sie sich selbst zutraut und was ihre Fähigkeiten gemäß ihrer Selbsteinschätzung nicht übersteigt,¹⁵⁸⁶ Angst jedoch bleibt trotzdem im Leben der Patientin präsent: „und das ist noch immer so in mir drinnen, wenn es mir irgendwie dann ein bisschen schwindelig oder Herzrasen dann bekomme dann kommt die Angst weil das damals eigentlich schnell gegangen ist das war mir ist immer schlecht geworden ganz kurz und dann bin ich umgefallen – – und und diese Angst mit dieser Angst ... lebe ich ja heute auch noch!“¹⁵⁸⁷

Die Aussagen zur Zukunftsplanung von Frau G stehen im Gegensatz zu dem, was sie zur Frage nach einem potentiellen Krankheitsgewinn äußert.

So wünscht sich die Patientin etwa, ihre Agoraphobie in den Griff zu bekommen: „ich würde mir wünschen – – – einmal ganz normal wie jeder andere Mensch – – – einen Urlaub zu machen

¹⁵⁸³ vgl. Interview 7, S. 14

¹⁵⁸⁴ Interview 7, S. 15

¹⁵⁸⁵ vgl. Interview 7, S. 17

¹⁵⁸⁶ vgl. Interview 7, S. 4

¹⁵⁸⁷ Interview 7, S. 5

... und wenn es auch ... ein kurzer Urlaub wäre! ... oder einmal eben einen Ausflug machen oder –
– einfach – – – wenn man bei Leuten ist oder was bei – – – so wenn so eine Feier: ist dass es
einem da gut geht und nicht denkt und nicht so so taumelig dasitzt und denkt 'hoffentlich ist
das jetzt bald vorbei!' dass es einem dann wieder besser geht!"¹⁵⁸⁸

Frau G hat also keine großen Ansprüche an die Zukunft, sie möchte einfach ein ganz normales
Leben führen.¹⁵⁸⁹

Symptomfreiheit spielt hierbei eine bedeutende Rolle für die Patientin: „... ich würde mir halt
wünschen dass – – das habe ich Ihnen ja schon gesagt das – – – dieses Herzrasen und diese
Rhythmusstörungen und diese diese Attacken da diese Panikattacken dass dass die mehr
wegbleiben diese Panik diese Attacken, ich selbst kann es nicht als Panikattacken direkt sagen
aber es ist einfach ich kann es nicht steuern ... dass ich wahrscheinlich das nie so anbringe wie
ich mir das vielleicht wünsche und ich hoffe nur dass ich – – – nicht so schnell wieder umfalle
weil – – – dann: wieder aufzustehen und wieder: von vorne anfangen – – das wird schwer! ...
wenn mir das einmal ein bisschen leichter jetzt fällt und dass ich nicht so schnell umfalle!"¹⁵⁹⁰

Frau G möchte also zukünftig beschwerdefrei leben, um beispielsweise Ausflüge und Urlaubs-
aufenthalte unternehmen zu können, weil sie diese Art der Freizeitgestaltung nach der Übergabe
der Landwirtschaft nun endlich praktizieren könne – vorher war dies nicht möglich, was sie un-
zufrieden und böse gemacht habe.¹⁵⁹¹

Andererseits äußert sie auf die Frage, ob sie einen Krankheitsgewinn im Sinne einer positiven
Begleiterscheinung erlebe, dass sie zu Hause Zufriedenheit erlebe, seitdem sie ihre Angst-
erkrankung habe:¹⁵⁹² „also ... ich wenn jetzt ein Fest ist und ich kann nicht so hin bin ich jetzt
auch nicht so – – ja nicht traurig oder ich fühle mich dann zu Hause daraufhin fühle ich mich
jetzt zu Hause auch wohl! ... wenn jetzt irgendetwas ist kann ich auch mal zu Hause bleiben
ohne dass ich – – dass ich da jetzt denke 'jetzt verpasse ich etwas!' ... jetzt sind wir eben

¹⁵⁸⁸ Interview 7, S. 15

¹⁵⁸⁹ vgl. Interview 7, S. 16

¹⁵⁹⁰ Interview 7, S. 21 f

¹⁵⁹¹ vgl. Interview 7, S. 17

¹⁵⁹² vgl. Interview 7, S. 17

zufrieden, die Kleinigkeiten die wir zu Hause miteinander haben das reicht uns jetzt beiden, und wenn ich diese Krankheit nicht: hätte wäre ich damit nicht zufrieden!"¹⁵⁹³

Ebenso beschreibt Frau G, sie könne mittlerweile auch ohne Perfektionismus leben und ihren Haushalt auf ruhigere Art und Weise führen.¹⁵⁹⁴

Zumindest was die Zufriedenheit im häuslichen Umfeld betrifft, kann davon ausgegangen werden, dass sich Frau G hier selbst belügt, weil alle Aussagen, die sie zuvor gemacht hat, das Gegenteil beinhalten. Es drängt sich demnach der Verdacht auf, dass sich die Patientin diesen Krankheitsgewinn einredet, weil sie faktisch – jedenfalls zum Zeitpunkt des Interviews – keine andere Möglichkeit zu haben scheint, mit ihren Ängsten umzugehen.

Frau G leidet demnach massiv unter ihrer Herzangst, das ganze Leben steht hier im Zeichen der Angst.

Die These ist somit belegt.

¹⁵⁹³ Interview 7, S. 18

¹⁵⁹⁴ vgl. Interview 7, S. 18 f

5.8 Interview 8 mit Frau H

Frau H ist 65 Jahre alt, hat vier Kinder und lebt in erster Ehe mit ihrem Ehemann zusammen im Eigenheim. Das Ehepaar führt zum Zeitpunkt des Interviews einen Lebensmittelladen und befindet sich kurz vor dem Übergang in den Ruhestand.

1967 beginnt der Krankheitsverlauf der Patientin – sie wird mit einer Tachykardie extremer Art in ein Krankenhaus eingeliefert. Seit dieser Zeit leidet Frau H immer wieder unter Herzsensationen, die mit anderen Symptomen, wie beispielsweise „punktartigen Schmerzen“ in den Beinen, auftreten. Frau H hat das Gefühl, in ihrem Körper befinde sich eine „Verstopfung“, die noch nicht diagnostiziert wurde und an der sie sterben könne. Ein 1995 diagnostizierter Hinterwandinfarkt sowie ein Schlaganfall – beide Diagnosen können zum Zeitpunkt des Interviews nicht belegt werden – verschärfen die Ängste der Patientin.

Frau H scheint ihre Erkrankung ihren Aussagen nach nur mittels hoch dosierter Aspirinmedikation einigermaßen im Griff zu haben – sie hat demnach eine für viele Herzneurotiker typische „Abhängigkeit“ von einem Medikament entwickelt, das ihr durch den Alltag hilft.

Der Kontakt zu Frau H wurde über Herrn Dr. Geib aus der Würzburger Poliklinik hergestellt, Prof. Csef war rückwirkend mit einer Befragung der Patientin einverstanden.

Frau H leidet an einer Herzneurose und ist daher für die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführte Studie geeignet.¹⁵⁹⁵

Aus den Angaben von Frau H lässt sich folgender Kerninhalt wiedergeben, der anhand verschiedener Beispiele belegt wird:

Zwar kann die an einer Herzneurose leidende Patientin in den so genannten anfallsfreien Intervallen ihrer Erkrankung ein einigermaßen „normales“ Leben führen – sie selbst sagt auch aus, sie sei glücklich und zufrieden und könne einen Krankheitsgewinn im Sinne einer intensiveren Lebensführung verbuchen – dennoch ist in der Biographie der Frau H ein massiver Leidensdruck auffindbar. Die Herzneurose wirkt sich auf das Leben der Befragten aus, indem die

¹⁵⁹⁵ weitere Angaben zur Anamnese lassen sich im Anhang nachlesen

sympathikovasalen Anfälle heftige Todesangst auslösen und sogar dazu führen, dass Frau H bereits ihr Testament verfasst hat. Die Angst, organisch krank zu sein, wird durch unterschiedliche Organdiagnosen verschärft, ferner hat die Patientin keine Einsicht in die Psychosomatik ihrer Erkrankung. Insgesamt zeigt Frau H zwar wenig Schon- und Vermeidungsverhalten, Einschränkungen durch die Herzneurose sind aber in verschiedenen Lebensbereichen festzustellen.

Obwohl die Einlieferung in ein Krankenhaus wegen extremer Tachykardie erstmals bereits 1967 stattfindet, datiert Frau H den Beginn ihrer Erkrankung auf das Jahr 1986 und sagt aus, dass sie hier einen ersten „Herzanfall“ mit Atemnot und Todesangst erlebt habe.¹⁵⁹⁶

Zum weiteren Verlauf der Erkrankung, an deren Anfang eine Bewusstlosigkeit steht, sagt die Patientin folgenden Sachverhalt aus: „... und im Januar 1987 habe ich ... war ich am Schreibtisch gesessen ich habe ein kleines Geschäft und habe in das Wareneingangsbuch eingetragen und ... wie ich ohnmächtig wurde das weiß ich gar nicht jedenfalls hat mich mein Mann ungefähr zehn Minuten später ... gefunden weil er vorher ging er durch das Büro, das waren so ungefähr zehn Minuten Bewusstlosigkeit ... und ... als ich da aufwachte! am Schreibtisch habe ich dann keine ... vollkommenen Sätze herausgebracht und ... ich habe Wortfindung! war so schwierig für mich die Wortfindung!“¹⁵⁹⁷ Frau H beschreibt hier also ein Geschehen, das bezüglich der Bewusstlosigkeit und der sprachlichen Probleme tatsächlich auf einen Schlaganfall hindeuten könnte. Wie sich dieses Ereignis auf die Ausübung des Berufes auswirkt, wird im entsprechenden Abschnitt dargestellt.

Eine von Frau H verspürte Besserung des Befindens tritt ein, nachdem sie ein Aspirinpräparat zur Blutverdünnung bekommt: „... dann habe ich eben das ASS bekommen und dadurch konnte ich eigentlich habe ich wieder gelebt von den zwanzig Jahren vorher die ich Ihnen da gesagt habe ... bin ich praktisch jetzt wieder gesund aber wie gesagt wenn ich ein bisschen aufgereggt bin oder so da passiert: das wieder ja? dass ich die einfachsten Worte nicht mehr finde und und flechte dann andere ein!“¹⁵⁹⁸

¹⁵⁹⁶ vgl. Interview 8, S. 3

¹⁵⁹⁷ Interview 8, S. 3

¹⁵⁹⁸ Interview 8, S. 4

Frau H gibt also an, sich nach Medikationsbeginn wieder gesund gefühlt zu haben, gibt aber gleichzeitig Einschränkungen zu, die im weiteren Verlauf der Erkrankungsgeschichte dargestellt werden.¹⁵⁹⁹

Bezüglich der Weiterentwicklung ihrer herzneurotischen Symptomatik beschreibt die Patientin einerseits die bereits genannte Besserung durch das Medikament, andererseits aber stellen sich weitere sympathikovasale Anfälle ein: „..., es ging dann auch einige Jahre so gut mit den ASS und dann plötzlich habe ich Herzanfälle bekommen in der Nacht aber nur: nachts Bl- plötzliche Blutdruckabfälle in der Tiefschlafphase, ... und dann musste der Notarzt immer kommen und und hat mich ... ja wie gesagt behandelt und hat mir Spritzen gegeben und so und das war mitten in der Nacht wenn ich ... in der Tiefschlafphase war, da bin ich dann auf und ... musste im Raum herumlaufen: weil das war so: ich habe gemerkt `wenn du jetzt nicht läufst stirbst du!´ so in der Richtung! ... und das ging dann auch ach das ging dann auch lange so zu - - - ja es ging ein paar Monate ging es so zu das wurde dann immer schlimmer!“¹⁶⁰⁰

Im weiteren Verlauf kommt zufällig ein Kunde der Patientin in deren Geschäft, der Herzspezialist ist und der Patientin offenbar ansieht, dass mit ihr etwas nicht stimmt. Er rät ihr, sich gründlich untersuchen zu lassen und verweist Frau H auf die Herzklinik, in der er selbst arbeitet und die Frau H dann zusammen mit ihrer Tochter aufsucht:¹⁶⁰¹ „... und dann sind wir ... gefahren und dann waren wir unten und dann haben sie mir ... eine lange Spirale gesetzt ... und haben ... und das Schlimme muss ich dazusagen ... ich habe dann immer dann bin ich ja bei den Ärzten gewesen und einmal mit: Befund einmal ohne Befund einmal mit: Befund und einmal ohne und das: hat mich fertig gemacht, wenn jetzt irgendwie eine Krankheit gefunden worden wäre: dann hätte man die ja speziell behandeln können, ich kam mir vor wie das Letzte! ... und ... da haben sie mir eben diese Spirale hinein und mit dem Fernseher, was: das war ich weiß es gar nicht! ... Katheteruntersuchung war es vielleicht, sie wollten es ... hier unten hineinstecken, dann haben sie es aber doch hier oben gemacht und ohne Befund wieder; und als sie diesen Katheter herausgezogen: haben da habe ich dann noch einmal einen - - - kurzen Anfall: gehabt von diesen nächtlichen ... Attacken da! ... diese plötzlichen Blutdruckabfälle! ... die kamen sogar dann beim Tag: wieder, und als sie mir das wieder so herausgezogen haben wie gesagt da war ich frei: - - ich habe keine seit dieser: Zeit habe ich keine habe ich nicht mehr solche schrecklichen

¹⁵⁹⁹ vgl. Interview 8, S. 4

¹⁶⁰⁰ Interview 8, S. 4

¹⁶⁰¹ vgl. Interview 8, S. 5

Attacken bekommen, war aber kein Befund da: die haben auch keinen Befund gesehen wie sie da hineingingen, die hatten ja ... den Monitor: hatten die ja, ohne Befund, und trotzdem: als die hinausgingen da war ich frei: heimwärts dann die wollten mich mit dem Saniauto nach Hause fahren ... da habe ich gesagt `das brauche ich nicht ich bin doch ein ganz anderer Mensch!` ... `ich lebe doch wieder!` und ... dann ist meine Tochter zurückgefahren und da war ein Kaufhaus und da hat sie gesagt `Mama ich möchte so gerne mit dir da rein!` sage ich `gehen wir rein!` ... sagt sie `du spinnst doch! du kannst doch gar nicht da hineingehen! du konntest doch fast nicht bis nach *Ingolstadt!` ... sage ich `ich fühle mich frei ich ... kann mitgehen!` und dann war ich sogar mit im Kaufhaus und habe den Sani abgelehnt und alles!"¹⁶⁰²

Die genannte Herzkatheteruntersuchung belegt also die organische Befundfreiheit der Patientin und sorgt gleichzeitig dafür, dass sie sich befreit und wie ein neuer Mensch fühlt. Allerdings ist es nicht das negative Untersuchungsergebnis, das die Patientin derartig erleichtert – immerhin ist sie noch zum Zeitpunkt des Interviews davon überzeugt, organisch krank zu sein – vielmehr tritt die Erleichterung nach der Untersuchung deshalb ein, weil Frau H das Gefühl hat, dass die Ärzte beim Herausziehen des Katheters zufällig einen Blutpfropfen entfernt hätten, der ihre Beschwerden zuvor ausgelöst habe, der sich jedoch nun wieder neu gebildet habe, so Frau H im Nachgespräch nach Beendigung der Tonbandaufnahme.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung ereilt Frau H das Schicksal, das sie mit vielen Herzneurotikern verbindet – sie erlebt immer wieder „Herzanfälle“, die zu weiteren Untersuchungen führen, welche aber immer negative Befunde aufweisen,¹⁶⁰³ allerdings variieren die Symptome: „... und das letzte das vorletzte Mal war es so: da war es ganz anders, nicht mehr diese Blutdruckabfälle sondern ein wahnsinniges Herzgestolper und Rasen und ... das war jetzt zweimal ganz anders ...“.¹⁶⁰⁴

Eine weitere Station im Prozess der herzneurotischen Krankheitsentwicklung der Frau H besteht im Wechsel ihres Gynäkologen, der ihr „neue Perspektiven“ in der Behandlung ihrer Anfälle eröffnet: „... weil mein Alter da wurde mir gesagt ich habe einen starken Hormonmangel und aber ich konnte die Pille nicht vertragen und da haben sie mir gar nichts gegeben, und jetzt ist mein alter Frauenarzt in ... Rente gegangen also in Pension gegangen und jetzt musste ich einen

¹⁶⁰² Interview 8, S. 5 f

¹⁶⁰³ vgl. Interview 8, S. 8

¹⁶⁰⁴ Interview 8, S. 8

neuen Arzt suchen, und als der mich untersucht hat habe ich ... sind mir die Tränen herausgeschossen vor Schmerzen und alles und da sagt er 'ach Sie haben ja einen akuten Hormonmangel!' und jetzt hat er mir nach diesen: letzten Anfällen hat er mir Zäpfchen verschrieben ... die beseitigen den ... Hormonmangel den akuten Hormonmangel ... und als: ich diese Zäpfchen bekam und das war jetzt erst im November also Nov- Dezember: ja, Dezember war das im November waren die letzten Anfälle im Dezember: und da habe ich gemerkt ich brauche ja eigentlich weniger ASS: was ist denn da los? ich bin gar nicht darauf gekommen eigentlich ja? ... ich habe nur gedacht ich brauche jetzt weniger ASS es geht mir doch auch besser und so; und ... dann war ich bei einer Nachuntersuchung das war jetzt am Siebten: deswegen ist das für mich jetzt auch ... ziemlich schlimm ... hatte ich den Termin weil die während den Jahren (Versprecher) hatten sie zu der ... Frauenarzt ... und da ... hat er mich wieder untersucht und die Schmerzen die waren fast nicht mehr da, da sage ich 'ja was ist denn jetzt passiert? ich habe ja gar keine Schmerzen mehr!' und dann sagt der 'ja das war der akute Hormonmangel!' und da ist mir blitzartig eingefallen 'mein Gott ich brauche ja auch weniger ASS!' ... und da habe ich ihn gefragt 'wie ist denn das ich brauche jetzt weniger ASS, kann das irgendwie einen Zusammenhang damit haben?' dann hat er gesagt 'ja freilich:' das ASS macht das Blut ... das Ass nicht ... die Hormone die er mir gibt die machen auch das Blut: dünner!'"¹⁶⁰⁵

Die Patientin ist demnach davon überzeugt, dass sich ihre Hormontherapie günstig auf die Symptomatik ihrer Herzsensationen auswirkt – ferner bestärkt sie diesen Umstand in der ohnehin gefestigten Annahme, dass ihre Erkrankung nicht psychosomatischer Art sei.¹⁶⁰⁶

Ein erster Einblick in den Beginn und die Weiterentwicklung der Herzneurose der Frau H hat gezeigt, dass es sich bei der Patientin um einen Menschen handelt, der stark von seiner Erkrankung beeinträchtigt ist.

Die Auswirkungen auf die unterschiedlichen, dem Alltag zugehörigen Lebensbereiche sowie der Einfluss auf die aktuelle Lebensführung als momentaner Ist-Zustand der Krankheitsentwicklung und auf die Zukunftsplanung werden weiter verdeutlichen, wie sehr das Leben der Patientin von der Erkrankung beherrscht wird und wie stark Frau H auch daran glaubt, dass ein Organbefund die logische Folge weiterer Untersuchungen sein muss.

¹⁶⁰⁵ Interview 8, S. 12

¹⁶⁰⁶ vgl. Interview 8, S. 13

Zunächst sollen jedoch allgemeine Aussagen zur Frage gemacht werden, wie die Herzneurose der Frau H deren Alltag als übergeordnete Kategorie beeinflusst.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Frau H selbst zugibt, dass sich ihre Erkrankung stark auf ihre Lebensführung auswirkt: „und das hat sich dann halt auf mein Leben dann doch sehr stark ausgewirkt, weil ich ja dann wieder gesund war ich habe mich gesund gefühlt nach den ASS da, nach diesen Dingen aber ich habe mich nicht unter Leute getraut; - - - na ja dann war ich äh - - wie will ich wie will ich jetzt weitererzählen, es ging dann auch einige Jahre so gut mit den ASS und dann plötzlich habe ich Herzanfälle bekommen in der Nacht aber nur: nachts Bl- plötzliche Blutdruckabfälle in der Tiefschlafphase, ... und dann musste der Notarzt immer kommen und ... hat mich ... ja wie gesagt behandelt und hat mir Spritzen gegeben und so und das war mitten in der Nacht wenn ich ... in der Tiefschlafphase war, da bin ich dann auf und ... musste im Raum herumlaufen: weil das war so: ich habe gemerkt `wenn du jetzt nicht läufst stirbst du!' so in der Richtung!“¹⁶⁰⁷

Der Leser erfährt demnach, dass Frau H Angst hatte, sich unter Menschen zu begeben (der Grund hierfür wird später genannt), außerdem sagt die Patientin aus, nachts auf ärztliche Hilfe angewiesen gewesen zu sein.

Weitaus wesentlicher erscheint aber der Hinweis, dass die Patientin mittels der Aspirin-medikation „besser“ leben kann – das Medikament scheint demnach eine wichtige Rolle in ihrem Alltag zu spielen, denn Besserung scheint dadurch ermöglicht worden zu sein: „und das hat dann wieder so zwei Jahre angehalten, allerdings nur mit ASS ich habe gemerkt wenn ich das ASS nicht nehme und dann ... bekomme ich wieder so Punktschmerzen, überall: Punktschmerzen - - an der Wade: ... und da habe ich gemerkt je höher die kommen und je schwerer die sind und dann bekomme ich wieder einen Anfall! ... und was total gegen ... jeden medizinischen Verstand spricht: die sagen ja das spricht gegen jeden medizinischen Verstand! ... und es ist aber so, es war immer so! ... habe ich und ich wollte jedes Mal das ASS aussetzen ja? ... und das ging aber nicht weil wenn ich die nicht gehabt habe und ich wollte absolut davon weg, wenn ich die acht Tage nicht gehabt habe dann ist ein so: schwerer Anfall gekommen dass ich gedacht habe `das Herz schafft das einfach nicht durch!‘“¹⁶⁰⁸

¹⁶⁰⁷ Interview 8, S. 4

¹⁶⁰⁸ Interview 8, S. 6

Der Alltag der Patientin ist von dieser den eigenen Aussagen nach also nur noch mit der Hilfe der Medikation zu bewältigen, obwohl ihr seitens der Ärzte gesagt wurde, dass sich der Sachverhalt so nicht beschreiben ließe.

Das Medikament wird deshalb so eifrig eingenommen, weil die Patientin während der genannten Anfälle Panik und Todesangst verspürt,¹⁶⁰⁹ die sie sogar dazu bringen, ihr Testament anzufertigen: „...; ich habe auch Testament und alles gemacht und wie das eben so war, und ... dann habe ich drei habe ich drei ASS genommen und dann habe ich gemerkt wenn ich viel Wasser: trinke hilft mir das auch, dann habe ich manchmal drei Liter: vier Liter Wasser also immer Wasser getrunken und ... dann ... gelaufen: dass es besser wird!“¹⁶¹⁰

Wie bereits erwähnt scheinen Panik und Todesangst den Alltag der Patientin streckenweise zu charakterisieren, auch treten weitere Symptome hinzu: „... und das wurde immer schlimmer, dann musste ich bis zu zwanzig ASS nehmen bei einem solchen Anfall, der hat manchmal zwei Tage angedauert und dann bin ich nachts aus dem Bett raus ins Wohnzimmer rein, habe ... mich gesetzt also liegend: gesetzt mit Kissen und wie gesagt habe mir selbst dann Wasser und meinen Mann habe ich nur geholt weil ich den nicht wecken wollte und so denke ich `das bekommst du schon hin!` ... und manchmal wenn ein solcher Anfall war dann habe ich ja nicht mehr reden können also das war die Stimme ganz leise (Frau H flüstert) jetzt habe ich noch eine kräftige Stimme und die Stimme die war das hat mich alles angestrengt ... das Reden: hat mich angestrengt, und wenn ich einen großen: schweren: Anfall gehabt habe da hat es da ist vierzehn Tage nacheinander also war die Seite halt schwach ... und das war ja damals auch das habe ich ganz vergessen mit den Wortfindungsschwierigkeiten ... war die linke Seite: ... total schwach: ...“¹⁶¹¹

Und immer wieder erwähnt Frau H dabei, dass sie ohne ihre Aspirinmedikation nicht „überleben könne“: „ja wenn ich das ASS nicht hätte wäre ich ich könnte das nicht ... allein packen: das würde nicht gehen!“ ... und das nehme ich achtzehn Jahre: jetzt!“¹⁶¹²

Dabei ist der Alltag der Patientin durch die unerschütterliche Einstellung geprägt, tatsächlich an einer organischen Erkrankung zu leiden – gleichzeitig schiebt sie diese Vermutung weit von sich

¹⁶⁰⁹ vgl. Interview 8, S. 7

¹⁶¹⁰ Interview 8, S. 7

¹⁶¹¹ Interview 8, S. 8

¹⁶¹² Interview 8, S. 9

weg: „... und ich denke auch es ist etwas Organisches da nämlich meiner: Ansicht nach ist irgendwo im Körper eine Verstopfung ... irgendwo: muss diese Verstopfung sein und die ist nicht auffindbar; nämlich ich bin ein Mensch der mitten im Leben steht, ich habe Arbeit ich habe gar keine Zeit für Krankheiten,¹⁶¹³ ich bin ja ich weiß nicht wie oft operiert worden, die Zeit fragen Sie mich danach ich weiß es gar nicht, das geht mich nichts an: ... weil ich habe gar k- ich bin jetzt gesund, ...“.¹⁶¹⁴

Insgesamt wird Frau H aber immer wieder von ihrer Erkrankung eingeholt – sei es durch erneute Anfälle oder unterschiedliche Befunde: „und so habe ich dann auch immer gedacht, aber das holt mich diese Anfälle holen mich einfach immer: wieder ein und immer wieder ein! ... und das Schlimme ist ich bin operiert worden in ... Schweinfurt und da haben sie auch festgestellt ich habe einen Hinterwandinfarkt: gehabt sie haben festgestellt: und es war dann nichts: es war nichts: also ist ja auch etwas da das im Körper herumgeht, die haben da ... Klumpen hier in der Halsschlagader festgestellt und dann war nichts mehr da! einmal ist es da: einmal ist es nicht: da und das ist für mich was mich das jetzt am meisten belastet das belastet: mich Sie glauben nicht wie mich so etwas belastet!“¹⁶¹⁵

Neben diesen Belastungen, von denen der Alltag beeinträchtigt ist, existieren ferner – wenn auch im Vergleich zu anderen Patienten in eher ‚geringem‘ Umfang – Beeinträchtigungen im Vollzug alltäglicher Handlungen. So weist die Patientin etwa darauf hin, dass sie zeitweise aufgrund von Schwindelattacken nicht mehr mit dem Auto fahren wollte,¹⁶¹⁶ eine phobische Tendenz, wie sie häufig bei Herzneurotikern zu finden ist, ist aber nicht nachweisbar.

Dennoch vermeidet Frau H bestimmte Situationen – ein Umstand, der unter der Kategorie des sozialen Umfeldes näher beleuchtet wird, der sich hier ganz allgemein auf den Kontakt zu Mitmenschen bezieht: „ja wegen diesen Wortfindungsschwierigkeiten ich habe Angst ich blamiere mich! ... ich blamiere: mich, wissen Sie ich habe ja unmögliche Worte gesagt und unmögliche Sätze und dann kamen ja nicht nur Leute die mich gekannt haben sondern die kamen ja aus anderen Dörfern auch!“¹⁶¹⁷

¹⁶¹³ vgl. Interview 8, S. 19

¹⁶¹⁴ Interview 8, S. 10

¹⁶¹⁵ Interview 8, S. 11

¹⁶¹⁶ vgl. Interview 8, S. 13

¹⁶¹⁷ Interview 8, S. 21

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass Frau H in ihrer alltäglichen Lebensführung sowohl durch ihre Erkrankung selbst, aber auch durch deren Unberechenbarkeit, stark belastet wird. Sie gibt an, in den anfallsfreien Intervallen sehr gut leben zu können,¹⁶¹⁸ immerhin könne sie teilweise drei Monate völlig beschwerdefrei leben.¹⁶¹⁹ „und dann denke ich `ach da kommt doch nichts mehr ich bin gesund!` und dann holt mich halt das immer wieder ein: und da denke ich `ja jetzt bist du gesund was willst du denn mehr?` und dann gehe ich einfach auch wieder über meine Grenzen, ich arbeite dann wieder viel ich habe mein ganzes Leben lang nur gearbeitet ich bin das nicht gewohnt das Hinsetzen und dann auf einmal bekommst du wieder eine auf den Kopf gedeckelt!“¹⁶²⁰

Dieser Gegensatz zwischen *Beschwerdefreiheit ohne phobische Tendenzen* und *phasenweiser Blockiertheit in Anfallszeiten* entspricht dem Gegensatz zwischen *Befundfreiheit einerseits* und *ärztlich attestierten Diagnosen* andererseits. Vor diesem Hintergrund erscheint es dem Interpreten fast verständlich, dass sich Frau H endlich eine organische Diagnose wünscht, um zumindest wieder Berechenbarkeit in den Abläufen ihrer Lebensführung zu erlangen – und sei es um den Preis, ihre vielfachen Symptome mittels körperlicher Befunde erklären zu können.

Widmet man sich dem Bereich des Berufs als Teil des alltäglichen Lebens, fällt auf, dass sich die Herzneurose der Patientin auch hier störend im Sinne großer Unsicherheit bemerkbar macht, wobei die Herzneurose hier als mangelndes Vertrauen in den eigenen Körper ein mangelndes Vertrauen bezüglich der eigenen sprachlichen Fähigkeiten erzeugt: „und das hat sich natürlich dann unheimlich auf mein Leben ausgewirkt, ich habe ein Geschäft da kamen Kunden herein dann habe ich gesagt ich möchte also sie möchten da oben das Brot, also sage ich `ja ich hole den Schrank herunter!` ... ich habe das sofort gemerkt! dass ich das gesagt habe! ... aber das war: gesagt; die haben mich dann alle komisch angeschaut ich habe dann gar nicht mehr gewusst ... soll ich jetzt noch ins Geschäft soll ich nicht ins Geschäft, aber ich musste ja ich bin alleine, mein Mann hat ja die anderen Sachen gehabt, und ... die Kinder sind alle aus dem Haus gewesen ...“.¹⁶²¹

Insgesamt wirkt sich die durch die Herzneurose erzeugte generelle Angst, sich nicht auf den eigenen Körper verlassen zu können, weil eine organische Erkrankung vermutet wird, über die

¹⁶¹⁸ vgl. Interview 8, S. 26

¹⁶¹⁹ vgl. Interview 8, S. 28

¹⁶²⁰ Interview 8, S. 28

¹⁶²¹ Interview 8, S. 3 f

genannten sprachlichen Probleme derartig aus, dass sich Frau H in ihrem Geschäft streckenweise so unwohl fühlt, dass man ihr ihre emotionale Lage ansieht: „dann war ich im Geschäft und ... war halt totenblass und mir ging es gar nicht gut und dann kam ein Kunde da rein und der hat mir das wahrscheinlich sofort, wahrscheinlich hat mir sicher: sofort angesehen was mit mir los war! ... hat mich auf einen Stuhl gesetzt und hat gesagt `Sie fallen doch jetzt gleich um!´“¹⁶²²

Weil aber im gesamten Interview keine weiteren Äußerungen zum Berufsleben gemacht werden, kann eine weitere Beeinträchtigung in diesem Bereich nicht nachgewiesen werden – im Vergleich zu anderen Patienten, die ihren Beruf gar nicht mehr ausüben können oder verfrüht in den Ruhestand wechseln müssen, hat Frau H hier offensichtlich weitaus weniger Probleme.

Bezüglich Partnerschaft und Familie berichtet Frau H, dass sie gerade in der ersten Zeit der nächtlichen Anfälle ihren Ehemann geweckt habe, wenn ihre Aspirinmedikation nicht gewirkt hat.¹⁶²³ In diesem Zusammenhang ist einerseits auf die Äußerung der Patientin hinzuweisen, dass das gesamte Familienleben stark von ihrer Erkrankung beeinflusst gewesen sei,¹⁶²⁴ Frau H gibt aber auch an, dass sie sich sehr gut mit ihrem Mann, der ihr helfe, wo er könne, verstehe.¹⁶²⁵ Andererseits sagt die Patientin jedoch aus, dass die Ehe nicht durch ihre Erkrankung beeinträchtigt worden sei.¹⁶²⁶ In Bezug auf die Familie sagt Frau H sogar, dass ihre von ihr selbst gefürchteten Wortfindungsstörungen hier sogar eine komische Atmosphäre herstellen würden – von negativer Auswirkung der Herzneurose auf die Familie ist also nicht zu sprechen, sondern vielmehr scheint die Familie der Patientin zu helfen, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren: „... die haben nur manchmal gelacht und da habe ich mitgelacht! ... ich habe gelacht und sie haben gelacht und dann wenn wir wieder zusammengekommen sind im Sommer und dann haben sie wieder gesagt `weißt du noch was du damals gesagt hast?´ ... und dann ... die ganze Runde lacht dann herzlich ja? ... und das macht mir nichts aus da lache ich dann voll mit weil das ja wirklich ganz ganz tolle Sätze waren (Frau H lacht) ...“¹⁶²⁷

¹⁶²² Interview 8, S. 5

¹⁶²³ vgl. Interview 8, S. 7

¹⁶²⁴ vgl. Interview 8, S. 8

¹⁶²⁵ vgl. Interview 8, S. 14

¹⁶²⁶ vgl. Interview 8, S. 15

¹⁶²⁷ Interview 8, S. 22

Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass Ehe und Familie ähnlich wenig im Schatten der Herzneurose standen und stehen wie das Berufsleben der Frau H: „... wir sind ... eine Familie und ... es ist alles in Ordnung!“¹⁶²⁸

Bezüglich des sozialen Umfeldes und der Freizeit gilt im Falle der Patientin, dass auch hier die Wortfindungsstörungen genannt werden, denn Frau H gibt an, wegen ihnen nicht mehr den Mut aufzubringen auszugehen: „und ich hätte abends auch ausgehen können aber ich habe mich nicht mehr getraut! ich habe mich so: geängstigt auszugehen weil ich eben Sätze verkehrt gesagt habe und das geht mir heute auch noch so ich verdrehe die Sätze ich merke dass es so ist oder ich habe Wortfindungsschwierigkeiten aber eben nicht: mehr: in den Ausmaßen; ...“.¹⁶²⁹

Frau H gibt an, dass sich der ganze Freundeskreis aufgelöst habe.¹⁶³⁰ Als Begründung führt sie an: „... wir waren vorher sind wir zum Schwimmen gegangen zum Kegeln gegangen, das hat sich dann alles aufgelöst weil ich ja abends das ging ja nur am Abend, ... weil das ... mich so belastet hat diese Müdigkeit: diese schreckliche Müdigkeit: am Abend, ... ich konnte dann ... nicht mehr aus dem Haus die haben dann einige Male gefragt `was ist? geh doch geh doch mit!` habe ich auch gesagt `ja: ich gehe mit heut- heute: Abend gehe ich bestimmt mit!` ... und dann war nichts: - - und dann haben die das auch dann gelassen ja?“¹⁶³¹ Frau H gibt an, unter bleierner Müdigkeit gelitten zu haben¹⁶³² und daher nicht fähig gewesen zu sein, Freundschaften zu pflegen – zwar wurde dieses Symptom durch die Einnahme des Aspirins verbessert, trotzdem habe sie sich völlig vom Freundeskreis abgeseilt – sie wollte ihrer eigenen Aussage nach von ihrer Erkrankung nichts in ihren Freundeskreis einbringen.¹⁶³³

Im Gegensatz zu früher scheint die Patientin diesen Umstand auch nicht zu bedauern: „ja also mir macht das jetzt gar nichts aus dass ich nicht weggehen kann abends zur Z- also jetzt wo man älter ist aber früher schon! ... ich konnte ja über fünfundzwanzig Jahre ... war ich einmal im Tanz einmal, ... und mein Mann hat so gebittelt und gebettelt, es war nichts ich konnte nicht: und das hat mich natürlich auch furchtbar belastet ja? ... jetzt ist es nicht mehr so, höchstens ich habe den Anfall gehabt und bin vierzehn Tage ganz schwach dann kann ich ja nichts: ...“.¹⁶³⁴

¹⁶²⁸ Interview 8, S. 21

¹⁶²⁹ Interview 8, S. 4

¹⁶³⁰ vgl. Interview 8, S. 13

¹⁶³¹ Interview 8, S. 13

¹⁶³² vgl. Interview 8, S. 16

¹⁶³³ vgl. Interview 8, S. 14

¹⁶³⁴ Interview 8, S. 14

Früher scheint Frau H viele Kontakte in ihrem Heimatort gehabt zu haben, teilweise existieren diese auch heute noch,¹⁶³⁵ andererseits gibt die Patientin aber an, keine Freunde zu haben.¹⁶³⁶

Diese widersprüchlichen Aussagen können nach Ansicht des Interpreten nicht befriedigend geklärt werden, zumal Frau H während des Interviews auch den Eindruck einer lebenslustigen – wenn auch durch ihre Erkrankung geplagten – Frau erweckt, die keine „typische, durch die Herzneurose bedingte Einzelgängerin“ ist.

Sicher ist hingegen, dass Frau H ein gutes und enges Verhältnis mit ihrer Kundschaft hat¹⁶³⁷ und dass sie aufgrund ihrer Wortfindungsstörungen nicht gerne ausgeht: „... ich habe nur Angst vor der Blamage gehabt und auch beim Weggehen: wenn man so zusammen einmal weggegangen sind ... die haben mich dann angeschaut ich habe das ja zwei dreimal probiert und dann ... habe ich mich nicht mehr getraut etwas zu sagen dann haben `warum bist du denn so ruhig?` ja dann habe ich halt wieder einmal einen Satz gesagt und der ging voll in die Hose ... und dann habe ich immer mehr ... habe ich mich zurückgezogen!“¹⁶³⁸

Ob bleierne Müdigkeit oder Angst vor Blamage – Frau H hat sich durch ihre Erkrankung und deren Symptome offenbar zurückgezogen und scheint sich lediglich in jenen Kreisen lebensfroh bewegen zu können und bewegen zu wollen, die ihre Erkrankung annehmen beziehungsweise denen gegenüber ihr die Symptome nicht sonderlich unangenehm sind. Dann nämlich nimmt die Patientin sogar ihre Wortfindungsstörungen an und lacht über diese.

Im Bereich der Freizeit ist Frau H eher auf der Seite der Ruhigen angesiedelt – sie genießt es, in ihrer freien Zeit Kreuzworträtsel zu lösen und sich auszuruhen.¹⁶³⁹

Obwohl das Datenmaterial nicht völlig eindeutig verrät, in welchem Umfang Frau H im Bereich ihrer Freizeit und bezüglich des sozialen Umfeldes durch ihre Erkrankung beeinträchtigt ist gilt, dass sie den Menschen, denen gegenüber sie sich aufgrund ihrer Wortfindungsstörungen schämt, den Rücken zugewandt hat, während sie zu jenen Menschen Kontakt hält, bei denen sie sich sicher zu fühlen scheint, bei denen sie sich nicht verstellen muss.

¹⁶³⁵ vgl. Interview 8, S. 17

¹⁶³⁶ vgl. Interview 8, S. 17

¹⁶³⁷ vgl. Interview 8, S. 20

¹⁶³⁸ Interview 8, S. 22

¹⁶³⁹ vgl. Interview 8, S. 16

Unabhängig davon scheint sie ihre ruhige Freizeit auch ohne die früheren Freunde zu genießen – eine Einschränkung im sozialen Umfeld und der Freizeit kann also nicht in dem Umfang festgestellt werden, wie es bei anderen Patienten der Fall ist.

Betrachtet man sich die aktuelle Lebensführung als Ist-Zustand der Krankheitsentwicklung und weitere Kategorie des alltäglichen Lebens der Frau H, ist auf ihre Äußerung hinzuweisen, dass sie zwar im Großen und Ganzen zufrieden zu sein scheint,¹⁶⁴⁰ immerhin ist sie ihren Aussagen nach mittlerweile mit der Krankheit verwachsen, obwohl die Anfälle noch immer überraschend über sie hereinbrechen,¹⁶⁴¹ trotzdem ist ihr Leben durch Angst geprägt: „ich habe Angst vor den vielen ASS die ich nehme weil ich merke der Magen das wird ja alles dünner und das ist ich ... esse jetzt zwar sehr viel: obwohl ich keinen Hunger habe nehme dann die Tabletten und esse noch einmal nach das habe ich ja gemerkt das hilft mir sehr, aber ich will von den ASS loskommen!“¹⁶⁴² Frau H möchte also die hohe Medikamentendosis absetzen, fraglich erscheint aber, ob sie dieses Vorhaben auch tatsächlich umsetzen kann, weil sie sich nicht davon überzeugen lässt, dass ihr Blut eine völlig normale Konsistenz hat und nicht zur Verklumpung neigt: „die sagen `es klumpt nicht!` sage ich es klumpt: es klumpt nicht dauernd aber ich merke es!“¹⁶⁴³

Wie sehr Frau H im Vollzug ihrer aktuellen Lebensführung ihre Medikation psychisch zu brauchen scheint, wird durch folgende Aussagen noch deutlicher gemacht: „das war noch nie: da also dass ich sieben Tage ASS abgesetzt habe und allerdings dann auch diese Zäpfchen, aber später habe ich die abgesetzt drei Tage sind (Versprecher) das jetzt her, und das war noch nie da dass ich sieben Tage ohne ASS ohne dass ich den Anfall hatte, und heute: Abend heute Nacht hatte ich wieder drei vier Stunden habe ich gedacht `oh es baut sich wieder auf es baut sich wieder auf!` und dann hatte ich auch schon einen Teilanfall aber halt nicht so dass ich Panik bekomme, da habe ich gedacht `na ja er wird nicht mehr er wird nicht mehr bekommst du wieder weg.“¹⁶⁴⁴

In diesem Zusammenhang beschreibt Frau H eine tiefe Verzweiflung, die aus der Todesangst herzurühren scheint, die ihren Anfällen inhärent ist: „`lieber Gott helfe mir!` ich bete dann `lieber Gott helfe mir ich möchte noch ein bisschen leben!` manchmal wenn einem etwas

¹⁶⁴⁰ vgl. Interview 8, S. 22

¹⁶⁴¹ vgl. Interview 8, S. 29

¹⁶⁴² Interview 8, S. 23

¹⁶⁴³ Interview 8, S. 23

¹⁶⁴⁴ Interview 8, S. 24

danebengeht dann sagt man so `ach wenn ich nur nicht mehr da wäre!` ja? so so beiläufig, und dann klammere ich mich ans Leben `lieber Gott lasse mich noch ein bisschen leben!` ... `ich möchte: noch nicht sterben!` ... und das sage ich dauernd vor mir; autogenes Training habe ich vorhin gemeint was ich nicht herausgebracht habe! ... ich mache autogenes Training und das klappt auch oft also wenn ich ich muss aber meine Tabletten nehmen ohne: habe ich es auch schon probiert es geht nicht! das Herz schafft es einfach nicht!"¹⁶⁴⁵

Die beschriebene Todesangst ist für Frau H dabei so real, dass sie sich tatsächlich Gedanken über einen geordneten Nachlass macht: „und du denkst jetzt ist es aus also ... ich laufe dann sogar herum und ordne das noch also wenn ich gestorben bin (Frau H lacht) dass ... sie das nicht suchen müssen und das nicht suchen müssen; wenn ich gerade ... meine Büroarbeit gemacht habe das ist eine wichtige Sache dann lege ich es sogar noch hin dass sie das sehen, Testament habe ich sowieso gemacht so schlimm ist es, es ist sehr schlimm!"¹⁶⁴⁶

Und dennoch sagt Frau H aus, eine beschwerdefreie Lebensführung sei möglich, wenn sie bestimmte Situationen vermeide: „normal: normal leben! nur darf ich nicht wenn ich merke mein Körper erschüttert oder so wenn ich im Garten bin wir haben ja auch noch einen Garten, und ... ich mache mit der Harke so und wenn ich das viel mache dann habe ich es ja auch die Nacht: also wenn mein Körper Erschütterungen: da habe ich das auch! ... dann dauert es; oder ich muss mehr ASS nehmen: dann kann ich das manchmal noch ... verdrängen mit den mehr ASS!"¹⁶⁴⁷

Die Zukunftsplanung der Patientin resultiert in direktem Zusammenhang aus der Erfahrung, die Frau H mit ihrer Erkrankung gemacht hat und die sich, wie gerade erwähnt, bis in die aktuelle Lebensführung hinein wie ein roter Faden verfolgen lässt, Frau H wünscht sich nichts sehnlicher als Klarheit: „ich wünsche einen ... Befund! ... ich komme mir wie ein Depp vor verstehen Sie? ... ich komme mir ja vor als wenn ich da irgendwie ... mich da hineindrängen würde und würde Krankheit haben wollen: ... man findet ja nichts: und das ist für mich das Schlimmste! ... man findet nichts! es ist für mich so schlimm - - - (Frau H beginnt zu weinen) ... dass irgendetwas gefunden wird und dass man dann anfangen kann ... dagegen etwas zu tun!"¹⁶⁴⁸

¹⁶⁴⁵ Interview 8, S. 24 f

¹⁶⁴⁶ Interview 8, S. 25

¹⁶⁴⁷ Interview 8, S. 25 f

¹⁶⁴⁸ Interview 8, S. 26

Auch in dieser Aussage spiegelt sich das Leiden der Patientin wider, und trotzdem gibt sie an, auch einen Krankheitsgewinn im Sinne einer positiven Erfahrung aus ihrer Erkrankung gezogen zu haben: „..., mir ist jeder Tag wichtig mir die Sonne die am Morgen scheint aber auch der Regen, seitdem ich damals so krank war habe ich das alles lernen: habe ich das gelernt! ... früher habe ich nie: aber nie: ... geschaut, nur Arbeit Arbeit die Kinder Arbeit, und nach diesem ersten Zusammenbruch damals ist mir jede Blume: jeder ... der Schmetterling oder so das ... Sie glauben gar nicht ich ich habe dann noch einmal richtig gelernt: ... die Natur: zu sehen und die Natur gibt mir sehr viel: ... das positive Denken ... ich kann nicht sagen `ach mir geht es so schlecht!` nein mir geht es gut: wenn ich andere Leute sehe denen geht es doch viel schlechter: und da habe ich mich damals auch herausgezogen selbst herausgezogen: ich habe die anderen Leute gesehen denke ich `was willst du? dir geht es doch gut: ...`.¹⁶⁴⁹

Als Fazit bleibt daher zu dokumentieren, dass sich die Eingangshypothese, Frau H sei eine Patientin, die in den anfallsfreien Intervallen ihrer Erkrankung ein recht normales Leben führen kann und dennoch stark unter ihrer Herzneurose zu leiden hat, belegen ließ – auffällig ist hier insbesondere die für Herzneurotiker typische Uneinsichtigkeit in die Psychosomatik der Erkrankung, in diesem Fall in der Verbindung mit dem großen Wunsch nach einer Diagnose, mit der die Patientin auch etwas „anfangen“ kann.

Die These ist somit belegt.

¹⁶⁴⁹ Interview 8, S. 10 f

5.9 Interview 9 mit Herrn J

Herr J ist 61 Jahre alt, hat zwei erwachsene Söhne, ist verheiratet und unterrichtet an einem Würzburger Gymnasium. Seit Jahrzehnten leidet der Patient an einer Herzneurose und weiteren psychosomatischen sowie internistischen Erkrankungen, was medizinische und psychologische Betreuung nötig macht.

Der Kontakt mit Herrn J wurde über Prof. Csef hergestellt, bei dem sich der Patient zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung befindet.

Erwähnenswert ist, dass Herr J eine Dokumentationsmappe zum Interview mitbringt, die den Krankheitsverlauf im Detail beschreibt und viele Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten enthält. Dies zeigt deutlich, dass die Herzneurose ein fester Bestandteil im Leben des Herrn J ist.

Herr J leidet an einer Herzneurose und ist daher für die vorliegende Studie geeignet.¹⁶⁵⁰

Herr J berichtet überaus interessant über seine Biographie, wobei sich ganz deutlich folgender Kerninhalt zeigt, der mit Beispielen aus dem Text innerhalb der Leitfaden-Kategorien belegt wird:

Die Herzneurose des Herrn J spielt in dessen Leben eine wesentliche Rolle, weil sie bereits seit frühester Jugend ein Teil seiner Biographie und somit auch seiner Persönlichkeit ist. Wie auch bei anderen Patienten ist eine massive Einschränkung im Leben des Patienten belegbar, die sich in diesem Fall schwerpunktmäßig als subjektiv empfundene Einschränkung der Freiheit aufgrund der Unberechenbarkeit der Anfälle des Herrn J gestaltet. Dennoch arrangiert sich der Patient mit seiner Erkrankung – es gelingt ihm, sie bestmöglich in den Vollzug des Alltagslebens zu integrieren. Insgesamt überwiegt aber das Leiden unter der Erkrankung, was sich auch darin zeigt, dass Herr J keinen Krankheitsgewinn verspürt, er lebt zwar mit der Erkrankung, wünscht sich aber Besserung und kann ihr nichts Positives abgewinnen.

¹⁶⁵⁰ weitere Angaben zum Patienten finden sich im Gesprächstranskript

Bezüglich des Beginns der Erkrankung sagt Herr J aus, dass er bereits seit seinem 17. Lebensjahr Herzsensationen verspüre, die ihm aber zu dieser Zeit noch als normal erscheinen: „wissen Sie das brauche ich Ihnen nicht zu erklären ich meine wenn man sich nicht beobachtet, sicher: ich habe seit meinem siebzehnten Lebensjahr nach dem Mittagessen immer das Bedürfnis mich ein bisschen hinzulegen, ... wenn ich ein größeres Essen zu mir nehme muss ich mich hinlegen sonst habe ich Herzbeschleunigung: gehabt, aber das ist halt so! ... schon 1959: ... hatte ich ... das was man damals vegetative Dystonie nennt!“¹⁶⁵¹

Herr J verspürt demnach schon in seiner Jugend Herzsensationen, denen er aber damals noch keine weitere Beachtung schenkt: „aber ich habe es nicht realisiert: und habe gedacht `na ja das ist: eben: so:´ ... wissen Sie wie wenn einer der schlecht sieht, solange er nicht beim Augenarzt ist dann ist es eben so! ... es muss ihm erst jemand sagen `du sitzt in der letzten Reihe siehst die Tafel nicht die anderen sehen sie!´ ... verstehen Sie? das hat mir keiner gesagt auch mein Körper hat es mir nicht gesagt ...“.¹⁶⁵²

Der Beginn des Leidens hingegen stellt sich erst 1997 ein:¹⁶⁵³ „... 1997 da hatte ich plötzlich nachts; ... hatte ich plötzlich nachts ... die typischen die typische Arrhythmia absoluta, ich wusste nicht was das ist weil ich so etwas ja noch nie gehabt habe! ... ich rief an - - beim - - - bei der Rettung ... es kam der Arzt der sofort den Rettungswagen also bestellt hatte die Ambulanz und die haben also gesagt ich müsse sofort ins Krankenhaus ich hätte eine Arrhythmia absoluta, mir war dieser Begriff ja natürlich nicht vertraut, wenn man so etwas noch nie erlebt hat bei jemandem, Bekannten Verwandten ... ist man damit nicht vertraut, sehen Sie deswegen habe ich mir all das Zeug hier aufgemalt! ... und ... es war also dann so dass man mich ... ins Krankenhaus transportiert hat ... und ... dann hat man - - - schon; ich war also nicht transportfähig, hat mir man also dann Medikamente gegeben das müsste man jetzt hier alles nachlesen! ... sodass ich also ... dann nach *Würzburg kam und ... eigentlich nicht wusste was mit mir los ist - - und ... dann . . . noch zu meiner Frau gesagt habe `na ja wenn der alte Herr will dass ich gehe dann gehe ich halt, wenn er mich hier noch gebrauchen kann dann bleibe ich hier.´ ... ich war also erstaunlich ruhig: also ich hatte keine ... ich hatte also keinerlei Angst

¹⁶⁵¹ Interview 9, S. 5

¹⁶⁵² Interview 9, S. 6

¹⁶⁵³ vgl. Interview 9, S. 2

dergestalt dass ich sage 'jetzt muss ich sterben!' ich habe gesagt 'na ja wenn es jetzt aus ist dann ist es vorbei!' ... es war nicht: vorbei, Sie sehen ich lebe noch!"¹⁶⁵⁴

Diesen dramatischen Beginn der herzneurotischen Symptomatik 1997 deutet Herr J derart, dass ihm sein Körper hier ein deutliches Warnsignal gezeigt habe, dass es mit seiner bisherigen Lebensführung so nicht weitergehen könne:¹⁶⁵⁵ „... ich meine das haben mir schon viele Leute prophezeit dass das einmal kommen würde, ... ich war immer eine Lokomotive die unter Dampf stand! ... und das haben die immer gesagt also irgendwann klappe ich zusammen!"¹⁶⁵⁶

Dieser Beginn der Krankenbiographie läutet eine Weiterentwicklung der Symptomatik ein, die bezüglich der Anfallsintervalle und deren zeitlichem Auftreten typisch für Herzneurotiker ist: „... ich wurde dann nach ... einer gewissen Aufenthaltsdauer entlassen - - - was man mir alles gegeben hat steht ja hier; und ... im Allgemeinen ging das dann recht - - hier habe ich meinen Bericht: das war also am vierundzwanzigsten November 1997 nachts um zwei Uhr ... ich wurde mit / behandelt, anfallsweise einmal /, das ging also eine gewisse Zeit gut ich hatte dann gar keine Probleme eigentlich mehr, man hat mir nur gesagt ich solle nicht zu viel trinken man hat also auf das Trinken und alle möglichen Geschichten getippt, ich solle nur einen viertel Liter Wein trinken am Tag oder einen halben Liter Bier und solche Dinge mehr! ... dann hatte ich ... kam ich am vierundzwanzigsten Januar 1998 also in der Nacht vom Heiligen Abend auf den ersten Feiertag wieder: ins Krankenhaus, gleiches Erscheinungsbild Arrhythmia absoluta: ... hier: sagte damals Dr. *Groß na das wäre einfach die Freude gewesen meine Kinder kamen nach Hause, aber vom heutigen Standpunkt her war einfach das zu viel für mich! ... ich war sehr ... in der Schule gestresst ich war sehr engagiert und das bin ich auch heute noch wo ich nur noch Teilzeitbeschäftigter bin, ... und von da an kamen also diese Anfälle öfter ... es war noch zweimal 1998, es war dann 1999, und ... es war aber fast immer in Zeiten der Ruhe: wie das hier also einmal um Weihnachten war, so kam es einmal Pfingsten und zwar in Georgien im Kaukasus ... was nicht ganz angenehm war denn da gibt es natürlich in unserem Sinne keine Ärzte! ... die haben das sogar hinbekommen mit Naturmitteln, ich lernte da die so nur am Rande viell- // // // // // ich lernte eine Dame kennen die so in der Akademie der Wissenschaften von Georgien für Naturheilkunde zuständig ist, kaukasische Naturheilkunde und ... die haben das wieder hinbekommen mit irgendwelchen Melissen, ... und ... gewissem Honig, die haben anderen Honig und

¹⁶⁵⁴ Interview 9, S. 3

¹⁶⁵⁵ vgl. Interview 9, S. 6

¹⁶⁵⁶ Interview 9, S. 28

haben da wirklich und plötzlich war die Arrhythmie weg schlagartig: ... 2000 im gleichen Jahr war ich im Juli noch einmal in der Klinik, dann 2001 hatte ich eine absolute Arrhythmie wieder Pfingsten interessanterweise, ... 2001 dann noch einmal ... zu Beginn der großen Ferien, Sie merken also es ist immer in ... diesen Endspurtzeiten: ... dann war es wieder Arrhythmia absoluta am fünfundzwanzigsten Dezember 2001, also schon einmal am fünfund- vierundzwanzigsten Dezember, also es ist immer diese Sache, dann hatte ich am vierundzwanzigsten Juli 2002 Herzrasen, und jetzt am dreizehnten August 2003 in Ungarn!"¹⁶⁵⁷

Dank der ausführlichen Dokumentation kann Herr J somit genau beschreiben, wann sich sympathikovasale Anfälle eingestellt haben und unter welchen Umständen sie entstanden sind – nämlich hauptsächlich in Zeiten der Ruhe und Entspannung.

Aus dieser Entwicklung lässt sich vermuten, dass der Alltag des Patienten nicht unerheblich durch die herzneurotische Symptomatik beeinflusst ist. Gleich zu Beginn äußert Herr J, dass er sich nämlich in seiner Lebensfreiheit eingeschränkt fühle: „... ja es führte dazu dass ich einfach merkte beim ersten Mal noch nicht: da hieß es `ja also - - - nicht so viel essen nicht so viel trinken!` ... wegen des Drucks auf das Herz; ja das ist schon einmal eine Einschränkung, wissen Sie ... man ist ja kein Alkoholiker aber das Wissen: darum `du kannst ja machen was du willst du bist ja so frei dazu!` und wenn man halt Besuch bekommt; sagen wir einmal ich konnte; ... in Ungarn bis zu vier Liter Wein am Tag trinken ohne betrunken zu sein die Ungarn können das! ... das ging dann eben nicht mehr: ich meine ich merke das schon ... dass ich sagen wir einmal eine gewisse ... Einschränkung: der Lebensfreiheit: hatte, ...".¹⁶⁵⁸

Neben dieser Einschränkung im Genießen des Lebens tritt noch jene allgemeiner Ermattung hinzu, die Herrn J lähmt: „... es ist schon eine Einschränkung und ich merke dass ich müder: geworden bin, müde nicht im Sinne des ... Schlafbedürfnisses ich brauche wenig Schlaf sondern ... müde dass ich nicht mehr dass es nicht mehr so flott von der Hand geht, man merkt dass man alt: wird: ... nicht im Sinne des Lebensalters sondern eben Ermattung: ...".¹⁶⁵⁹

Zwar relativiert Herr J die Last, die er mit der Herzneurose trägt, dem Interviewer gegenüber, er kommt aber zugleich zum Kern seiner Einschränkung, die in der Eingangsthese beschrieben wird:

¹⁶⁵⁷ Interview 9, S. 4 f

¹⁶⁵⁸ Interview 9, S. 6 f

¹⁶⁵⁹ Interview 9, S. 8

„... ich glaube Sie ... sehen das schlimmer als es ist, ich lebe eben einfach damit; wissen Sie der eine hat Schweißfüße der andere hat das und ich muss damit leben: ... das was mir unangenehm ist ist dass es nicht kalkulierbar: ist! ... wissen Sie wenn ... ich ein steifes Bein habe dann weiß ich ich kann kein Wettrennen machen und ich kann nicht mit dem Fahrrad fahren! ... und dann weiß ich dass ich ... gewisse ... sagen wir einmal nicht hinknien: kann um etwas aufzuheben! ... das heißt ich kann mich einstellen und ... ich habe halt Altersweitsichtigkeit und Kurzsichtigkeit hatte ich schon immer, und da weiß ich ich muss eine Brille: tragen! ... das kann ich bei dem Herzen nicht: ... und das ist das Unheimliche; ...“¹⁶⁶⁰

Herr J ist also deutlich in seiner Freiheit eingeschränkt – ein Umstand, der sich im weiteren Verlauf auch in anderen Lebensbereichen nachweisen lässt! An dieser Stelle ist festzuhalten, dass Herr J die Unkalkulierbarkeit seiner Herzneurose als unheimlich und gespenstisch einschätzt,¹⁶⁶¹ allerdings existieren bestimmte Situationen, in denen er bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nie einen Anfall erlebt hat und insofern zumindest über ein Mindestmaß an Kalkulierbarkeit verfügt, das er in seine subjektive Erklärungstheorie der Erkrankung integriert hat: „es gibt drei: Dinge wo ich nie: einen Herzanfall: bekommen: habe! ... beim Autofahren beim Unterricht: und wenn ich Gottesdienst halte; ... ich fahre Ihnen ich bin jetzt von Belgien nach Hause gefahren ich war in Lüttich mit meiner Frau die wollte also ihren Sohn: sehen da sind wir dann halt nach Belgien gefahren nicht? normalerweise: ... vorhin wo ich weggefahren bin weil ich Schule, hatte ich Herzrasen und ... Extrasystolen, ... ich fahre mit dem Auto hierher und steige aus und es ist alles in Ordnung; ... ich fahre in Belgien weg bei Glatteis höchstmögliche Geschwindigkeit dreißig Kilometer! ... das ist doch eigentlich anstrengend! ... weiß nicht wie weit ich kommen kann den Schnee hat es herunter ... das war ... am vierten Januar ... glauben Sie ich hätte einen zu schnellen Puls gehabt? glauben Sie ich hätte eine Extrasystole gehabt? ... also: muss: die ganze Sache doch so sein dass wenn man sich auf irgendetwas anderes: konzentriert; der Körper sagt jetzt `hier habe ich jetzt zu schaffen zu arbeiten.` ... ja: als wie wenn der Körper jetzt sagt `jetzt haben wir ja Zeit dazu jetzt kann ich einmal ... die Sau herauslassen!`“¹⁶⁶²

Die genannte Unkalkulierbarkeit der herzneurotischen Symptomatik führt dazu, dass Herr J die für Herzneurotiker typische Sicherheit in der Nähe von Ärzten empfindet und in diesem

¹⁶⁶⁰ Interview 9, S. 12

¹⁶⁶¹ vgl. Interview 9, S. 14

¹⁶⁶² Interview 9, S. 14 f

Zusammenhang auch zugibt, dass man auf Dauer nicht mit derartiger Unkalkulierbarkeit leben könne:¹⁶⁶³ „und das: führt dazu ... dass man wirklich ... ich fahre jetzt über Fasching nach Marienwald, aber da fahre ich ja gerne: hin, da bin ich achtzehn Kilometer von der deutschen Grenze entfernt, in diesem ... Kurhotel ist vierundzwanzig Stunden ärztliche Bereitschaft - - - das heißt ich habe ein Gefühl der Sicherheit!“¹⁶⁶⁴

Mit der genannten Unkalkulierbarkeit der Erkrankung kann Herr J seiner eigenen Aussage zufolge nicht auf Dauer leben, die Erkrankung insgesamt, mit allen möglichen Konsequenzen, scheint er aber doch recht gut in den alltäglichen Lebensvollzug integriert zu haben: „... solange ich nicht ohnmächtig bin und merke das Ding fängt an und es ist nicht zu beruhigen dass ich kaltes Wasser trinke oder (Herr J schnauft tief ein) tief atme oder irgendetwas, ich meine solche Übungen kann man ja alles machen aber ... ob ich das jetzt auf Chinesisch mache oder was weiß ich was es ist ja sowieso egal ich meine ich kann auch diese ganzen chinesischen Methoden die dagegen sind die helfen manchmal, ist ja egal also die Angst habe ich nicht: ... sondern ... ich ... das mit dieser Herzangst diese Angst habe ich eigentlich nicht: und ich meine wenn ich abtreten muss dann bin ich eben weg: ... das ist ja auch kein Problem nicht?“¹⁶⁶⁵ Es gibt insgesamt keine Anhaltspunkte dafür, dass diese den Tod als schlimmsten Fall annehmende, recht abgeklärt wirkende Einstellung des Patienten nicht so gemeint ist, wie Herr J sie äußert.

Knüpft man nochmals an die Einschränkung in der alltäglichen Freiheit des Patienten an, kann als weiterer Beleg für das Empfinden dieser Einschränkung als äußerst unangenehm die Aussage herangezogen werden, dass Herr J auch die Unbequemlichkeiten fürchtet, die ein mit einem neuerlichen Anfall verbundener Krankenhausaufenthalt in sich birgt: „ja ich mag nicht ins Krankenhaus müssen! wenn ich wieder eine Arrhythmia absoluta dann muss: ich ins Krankenhaus! ... die kann ich nicht mehr selbst auskurieren ja? ... denn Krankenhaus das ist also mit irgendwelchen Spritzen: und irgendwelchen und unter Umständen dann auch dass man auf den Grill gelegt wird nicht? so mit Elektroschock und so! ... wie ein solches Würstchen auf dem Grill hüpf!“¹⁶⁶⁶

Der Dreh- und Angelpunkt im Leiden des Herrn J ist insgesamt, und darauf kommt er immer wieder zurück, die Unberechenbarkeit seiner Erkrankung: „...; meine ganze Erziehung mein

¹⁶⁶³ vgl. Interview 9, S. 15

¹⁶⁶⁴ Interview 9, S. 15 und S. 20

¹⁶⁶⁵ Interview 9, S. 18

¹⁶⁶⁶ Interview 9, S. 19

ganzes Leben: ging darauf hin zu fragen 'warum?' und wie kann ich ... allein das Warum würde mir schon einen Teil Befriedigung gewähren nicht? warum brauche ich eine Brille? weil das Alter und dann kann man das erklären und dann na gut: dann brauche ich eben die Brille! aber das ist ja erklärbar das ist berechenbar: zum Beispiel meine schwangere Frau war einmal das ist mir irgendwie unangenehm wenn ich frage um zehn Uhr --- oder um acht Uhr hast du Wehen: nein so, dann kann ich etwas trinken! und plötzlich um elf Uhr sagt sie 'jetzt geht es los!' das ist doch etwas Grässliches: ...".¹⁶⁶⁷

Herr J sagt dazu selbst, dass sein Leiden hauptsächlich ein Leiden an der Unberechenbarkeit sei, dieses Leiden an der Unberechenbarkeit sei es schließlich, das die Menschen ans Bett oder an das Zuhause fessele, was schlicht als Klausen bezeichnet werden könne:¹⁶⁶⁸ „... und wenn ich zu Hause bin und es passiert mir etwas dann weiß ich genau welche Nummer ich anrufen muss ...".¹⁶⁶⁹ Weiter führt Herr J zur Unberechenbarkeit und dem Leiden daran aus: „wissen Sie wir werden doch alle dazu erzogen dass alles machbar ist begreifbar ist manipulierbar ist, warum haben die Leute Angst vor genmanipuliertem Essen? ... das heißt also alles ist berechenbar: - - - und die Unberechenbarkeit ist das was; und das war im Mittelalter wahrscheinlich auch wenn einer nicht wusste 'komme ich in den Himmel oder in die Hölle?'"¹⁶⁷⁰

Beim Interpretieren entsteht somit der Eindruck, dass Herr J aufgrund der Unberechenbarkeit seiner Erkrankung und der Tatsache, dass er nicht weiß, was er gegen diese tun kann („... nur das Schlimme ist ich weiß nicht was ich dagegen tun kann!"¹⁶⁷¹) akribisch sein Wissen über die Herzneurose in seiner Dokumentation sammelt („... ich will wissen was ich habe!"¹⁶⁷²), um sein Störungsbild selbst besser einordnen zu können. Dieser Eindruck erhärtet sich dadurch, dass der Patient selbst sagt, über seine Krankheit bestens Bescheid zu wissen und alles an Dokumenten und Berichten über seine Herzsensationen haben zu wollen.¹⁶⁷³ Dieser Wunsch bezieht sich schließlich auch auf die vorliegende Auswertung des Gesprächs mit Herrn J, die er als äußerst interessant einschätzt und daher haben möchte.¹⁶⁷⁴

¹⁶⁶⁷ Interview 9, S. 20 f

¹⁶⁶⁸ vgl. Interview 9, S. 22

¹⁶⁶⁹ Interview 9, S. 23

¹⁶⁷⁰ Interview 9, S. 23 f

¹⁶⁷¹ Interview 9, S. 25

¹⁶⁷² Interview 9, S. 27

¹⁶⁷³ vgl. Interview 9, S. 27

¹⁶⁷⁴ vgl. Interview 9, S. 32

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Alltag des Patienten stark unter dem Einfluss der herzneurotischen Symptomatik steht. Dabei bewegt sich Herr J immer zwischen den beiden Extrempunkten des Leidens durch Einschränkung einerseits und dem Versuch danach, die Erkrankung bestmöglich in den alltäglichen Lebensvollzug zu integrieren andererseits – und zwar durch Annahme der Erkrankung und durch den Versuch, mittels eigener Forschung selbst eine Erklärung des Phänomens zu bekommen.

Bezüglich des Berufs als Teil des alltäglichen Lebensvollzuges äußert Herr J zunächst, dass er zum Zeitpunkt des Interviews lediglich stundenweise unterrichte.¹⁶⁷⁵ Auf die Frage, ob dieser Umstand aus seiner Erkrankung resultiere sagt er: „ja: schauen Sie es ist nicht: damit ich eher aufhören kann wie das ja viele machen das wissen Sie auch mit dem Blockmodell dann krache ich halt ran: wenn es mir schlecht wird bin ich krank, Überstunden kann ich kaum mehr machen weil ich ja alles voll gestopft habe, ... das könnte ich nicht ... ich habe auch gesagt ... ich kann keine Vertretung mehr machen, bei uns sind drei vier Lehrer wegen Herzerkrankung außer Dienst zeitweise!“¹⁶⁷⁶

Zwar hat Herr J während des Unterrichts noch nie einen herzneurotischen Anfall erlitten,¹⁶⁷⁷ dennoch schränkt ihn die Erkrankung derartig ein, dass er nicht mehr in vollem Umfang arbeiten kann.¹⁶⁷⁸

Die Herzneurose wirkt sich hier also einschränkend auf den Bereich des Berufslebens aus, wobei es den Anschein hat, dass der Patient nicht besonders unter diesem Sachverhalt zu leiden hat, ihn also subjektiv nicht als Einschränkung erfährt – in finanzieller Hinsicht kommt Herr J mit den Folgen der Teilzeitbeschäftigung gut zurecht,¹⁶⁷⁹ und auch bezüglich der Tätigkeit scheint er hier keine Nachteile zu erfahren, weil er die offensichtlich aufgrund der Stundenreduzierung entstandene Möglichkeit zur Auswahl der Klassen, die er unterrichtet, als angenehm empfindet.¹⁶⁸⁰ Von einem Krankheitsgewinn im Sinne eines Nutzens sollte an dieser Stelle aber nicht gesprochen werden, weil Herr J zu diesem Punkt am Ende des Interviews eindeutige Aussagen macht, die in der entsprechenden Kategorie dargestellt werden.

¹⁶⁷⁵ vgl. Interview 9, S. 9

¹⁶⁷⁶ Interview 9, S. 9

¹⁶⁷⁷ vgl. Interview 9, S. 14

¹⁶⁷⁸ vgl. Interview 9, S. 9

¹⁶⁷⁹ vgl. Interview 9, S. 10

¹⁶⁸⁰ vgl. Interview 9, S. 9

Auch im Bereich der Partnerschaft ist eine einschränkende Wirkung der Herzneurose des Patienten zu konstatieren, die in der Bemerkung der Ehefrau dem Patienten gegenüber, man könne mit ihm nicht mehr weggehen, weil unklar ist, was dann passiert, zum Vorschein kommt.¹⁶⁸¹ Diese Einstellung der Ehefrau wird vom Patienten selbst jedoch relativiert – er scheint nicht in gleichem Maße unter der Mobilitätseinschränkung im Rahmen der Auswirkungen auf die Ehe zu leiden: „... meine Frau hat zu mir jetzt gesagt heute hatte ich auch ein bisschen Probleme wirklich marginal `mit dir kann man nicht mehr wegfahren!` habe ich gesagt `du hast Recht!` ich will ja auch gar nicht mehr wegfahren: ... ich habe zu Hause genug Möglichkeiten ich bin überzeugt davon dass es Leute gibt die ... denen fällt zu Hause die Decke auf den Kopf mir fällt sie nicht auf den Kopf, nur habe ich eine Frau ... die viele Jahre jünger ist ja? ... ach na ja oh Gott nein so schlimm ist das nicht!“¹⁶⁸² Ferner gibt der Patient an, dass seine Ehefrau schließlich auch ein Mensch sei, der auch gerne für sich alleine ist – gegenseitiges Vertrauen in Bezug auf Treue wird von Herrn J angegeben.¹⁶⁸³

Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass eine Einschränkung des Ehelebens in Bezug auf gemeinsame Mobilität durch die Herzneurose von *Herrn J* als aushaltbar beschrieben wird, seine Ehefrau scheint diesem Phänomen eher mit Unzufriedenheit¹⁶⁸⁴ beziehungsweise einer Art der Resignation oder Anpassung¹⁶⁸⁵ zu begegnen. Eine eindeutige Aussage kann hier jedoch nicht getroffen werden, weil weder weitere Aussagen der Ehefrau zitiert, noch weitere Anhaltspunkte von Herrn J genannt werden.

Die Auswirkung der Herzneurose auf die Familie des Patienten scheint sich in Grenzen zu halten, denn auf die Frage des Interviewers, ob in diesem Bereich Auswirkungen spürbar seien, relativiert der Patient seinen Leidensdruck: „...“, ich glaube Sie ... sehen das schlimmer als es ist, ich lebe eben einfach damit; ...“.¹⁶⁸⁶ Die einzige Folge der Herzangst im familiären Kontext scheint eine erhöhte Sensibilität der Familienmitglieder dem Patienten gegenüber zu sein: „... aber jeder: bemüht sich zwar weil jeder weiß dass es nicht ungefährlich ist aber man kann machen was man will ja?“¹⁶⁸⁷

¹⁶⁸¹ vgl. Interview 9, S. 7

¹⁶⁸² Interview 9, S. 15

¹⁶⁸³ vgl. Interview 9, S. 27

¹⁶⁸⁴ vgl. Interview 9, S. 7

¹⁶⁸⁵ vgl. Interview 9, S. 16

¹⁶⁸⁶ Interview 9, S. 12

¹⁶⁸⁷ Interview 9, S. 11

Im Bereich des sozialen Umfeldes und der Freizeit lässt sich feststellen, dass Herr J auch hier wieder die Unberechenbarkeit beziehungsweise das überraschende Hereinbrechen eines sympathikovalen Anfalles seinem Umfeld gegenüber als unangenehm empfindet: „... es war mir ... peinlich den Leuten sagen zu müssen ... `es tut mir Leid jetzt schleppen sie mich ab!` ja? ins Krankenhaus, ...“.¹⁶⁸⁸

Weitaus gravierender scheint für ihn aber die Folge der häufig genannten Unkalkulierbarkeit in Bezug auf Freizeit und soziales Umfeld zu sein: „... diese Unberechenbarkeit führt dazu dass ich zum Beispiel jetzt gesagt habe ich fahre nicht mehr nach Ungarn, das ist für mich ganz schlimm ich habe liebe Freunde dort ... wirklich liebe: Freunde ... die ich praktisch aufgeben muss, ... ich habe in Ungarn ... in kommunistischer Zeit: ... als erster Deutscher ... evangelische deutschsprachige Gottesdienste halten dürfen ... und ... dann konnte ich Kirche halten, das war sagenhaft: was glauben Sie die Leute haben Rotz und Wasser geheult ... in den Gemeinden wo sie seit 1945 kein Wort Deutsch mehr reden durften, ... kommt dann plötzlich einer aus Deutschland; auf diese Dinge muss ich alle verzichten! ... diese Leute die mich geherzt und geliebt haben das ist für mich ein Opfer! ... aber ich kann nicht mehr hingehen – – allein: – – denn es könnte ja auch sein dass ich einmal nachts, ich bin aufgewacht dass ich vielleicht einmal nachts nicht aufwache oder zu spät aufwache!“¹⁶⁸⁹

Die Herzneurose ‚verbietet‘ Herrn J regelrecht das Aufsuchen der Orte und Menschen, die ihm wichtig sind, weil die Entfernung zum Zuhause, das Sicherheit spendet, schlicht zu groß ist – eine agoraphobische Tendenz, die der Patient auch selbst einräumt,¹⁶⁹⁰ kann somit vermutet werden: „ich wollte ... vergangene Ostern in die Niederlausitz fahren, wir haben ausgemacht wir waren in einem oder an zwei Tagen, am ersten Tag fahren wir bis Dresden da wollte ich mir die Frauenkirche anschauen und so weiter ... ja: ich war in Dresden – – – heißer Tag Ostern – – – auf einmal bekomme ich ein Herzrasen, nun laufe ich ja nicht immer mit einem solchen Messgerät herum ... ich merkte nur dass ich es nicht mehr erfahren kann den Takt, ich merkte dann auch das Stolpern, auf einmal blieb es stehen dann raste es wieder los, ich rufe Herrn Dr. *Groß an der also der zuständige Kardiologe ist da sagt er `ja es gibt nur zwei Möglichkeiten,

¹⁶⁸⁸ Interview 9, S. 8

¹⁶⁸⁹ Interview 9, S. 13

¹⁶⁹⁰ vgl. Interview 9, S. 13

entweder Sie sehen zu dass es weggeht oder Sie müssen in Dresden ins Krankenhaus gehen das ist eine Arrhythmie!' sagt meine Frau `wir fahren nach Hause!'"¹⁶⁹¹

Offensichtlich stellt die Herzneurose des Patienten also hinsichtlich der Freizeitgestaltung eine deutliche Einschränkung („... was mich das erste Jahr geärgert hat dass ich nicht mehr in den Kaukasus: fahren kann weil das so herrlich ist!"¹⁶⁹²) dar – interessanterweise kann Herr J mit diesem Einschnitt aber nach Ansicht des Interpreten gut umgehen, hat ihn also in sein Leben integriert: „... ich meine ob man nun ob ich jetzt auf diese Menschen verzichte oder vielleicht in zehn Jahren weil ich als Krüppel mich sowieso nicht mehr bewegen kann das ist ja auch: egal eigentlich ja?"¹⁶⁹³

Ferner gibt Herr J an, schließlich noch immer die Möglichkeit zu haben, mit seinen Freunden zu telefonieren – in diesem Zusammenhang macht er auch darauf aufmerksam, dass andere Menschen mit zunehmendem Alter auch störend sein können, wenn man viel Kontakt zu ihnen hat.¹⁶⁹⁴

Es bleibt darauf aufmerksam zu machen, dass nach Ansicht des Interpreten nicht eindeutig gesagt werden kann, ob derartige, das Leiden unter der Herzneurose relativierende Äußerungen des Patienten, die Integration der Erkrankung ins alltägliche Leben sowie das bestmögliche Arrangement mit den Symptomatiken belegen, oder ob es sich hierbei um Mechanismen des Coping handelt, möglicherweise sind auch Anteile aus beiden Bereichen vorhanden. Zumindest jedoch steht der Verdacht im Raum, dass *teilweise* eine echte Integration der Erkrankung in das Leben des Patienten stattgefunden hat – auch wenn diese Vermutungen auf dem Gefühl des Interpreten beruhen, der Herrn J im Gespräch persönlich kennen gelernt und non-verbale Signale empfangen hat, die eine Interpretation in diese Richtung zulassen, die aber mittels narrativer Interviews nicht eingefangen werden können – so *wirkt* Herr J beispielsweise in sämtlichen Äußerungen authentisch.

Eine letzte Auswirkung der Herzneurose auf das soziale Umfeld kann schließlich in einer gewissen Beanspruchung bestimmter Mitmenschen gesehen werden, die auf der Angst beruht, welche durch die Erkrankung entsteht: „... und wenn ich zu Hause bin und es passiert mir etwas

¹⁶⁹¹ Interview 9, S. 15 f

¹⁶⁹² Interview 9, S. 20

¹⁶⁹³ Interview 9, S. 20

¹⁶⁹⁴ vgl. Interview 9, S. 20

dann weiß ich genau welche Nummer ich anrufen muss – – deswegen habe ich auch immer ... ein Handy dabei ... der Doktor *Groß sagt zu mir `Sie können mich jederzeit anrufen!` ich merke wie sauer: er ist das merke ich an der Stimme, aber das Gefühl ich kann da anrufen, der hilft mir natürlich: nicht, als ich in Dresden war und er gesagt hat `Sie müssen ins Krankenhaus gehen!` da hat er mir natürlich nicht geholfen, als ich in Ungarn ihn anrufe, rief um zehn Uhr abends da hat er gesagt ... so in der Art `seien Sie nicht so hysterisch legen Sie sich ins Bett nehmen Sie Baldrian!` und / hat er mir da verschrieben das Zeug hat überhaupt nicht geholfen denn wenn man in der Aufregung ist hilft das alles: nicht!"¹⁶⁹⁵

Schließlich ist der Bereich der aktuellen Lebensführung als ‚Ist-Zustand‘ der Auswirkungen der Herzneurose auf das Leben des Patienten zu betrachten. Dabei fällt zunächst auf, dass Herr J in ständigem Wissen darum lebt, an seiner Herzerkrankung sterben zu können:¹⁶⁹⁶ „doch: stellen Sie sich einmal vor ich kann ... daran sterben wenn ich jetzt eine Arrhythmia absoluta habe es kommt zu ... Gerinnselbildung!"¹⁶⁹⁷

Aus diesem und aus anderen Gründen nimmt Herr J zum Zeitpunkt des Interviews auch Medikamente ein – ein Umstand, der die aktuelle Lebensführung seinerseits bestimmt: „... zur Zeit habe ich Atenolol und // also blödes Wort! und dann nehme ich auch gegen Prostata was ja auch ... eine Betablockerwirkung hat also blutdrucksenkende nicht das andere, / das bringt nicht sehr viel und natürlich Aspirin 300 zur Blutverdünnung! ... für den Fall der Fälle ja? ... ich weiß genau: wenn ich jetzt plötzlich Hochdruck bekomme dann nehme ich eine Captopril eine halbe 12,5 Milligramm halbe Tablette also das sind dann 6,25 Captopril und dann geht das wieder runter! ... also da habe ich schon meinen Mechanismus soweit im Griff: ...".¹⁶⁹⁸

Insgesamt äußert der Patient, dass er keine andere Möglichkeit habe – er müsse sich derart mit seiner Erkrankung arrangieren und tue es aus diesem Grunde auch.¹⁶⁹⁹

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die aktuelle Lebensführung des Patienten zum Zeitpunkt des Interviews noch immer durch ein großes Interesse an der Dokumentation

¹⁶⁹⁵ Interview 9, S. 23

¹⁶⁹⁶ bei einer Arrhythmia absoluta kann es zu Blutgerinnselbildung im Herzen kommen

¹⁶⁹⁷ Interview 9, S. 28

¹⁶⁹⁸ Interview 9, S. 28 f

¹⁶⁹⁹ vgl. Interview 9, S. 29

seiner Symptomatik charakterisiert ist, Herr J möchte die vorliegende Auswertung des Gesprächs für seine Akte haben.

Für die Zukunft wünscht sich der Patient schlicht eine Besserung der Symptomaten: „... ich weiß nicht Zukunftsplanung: was soll ein Mann mit einundsechzig Jahren der mit vierundsechzig Jahren in Pension gehen wird eher kann ich nicht gehen es sei denn ich bin krank aber was soll ich? ... was wollen Sie von einem alten Mann wissen? ... ja also ich hoffe dass wenn ich einmal aufhöre zu arbeiten in knapp drei Jahren dass es besser wird: aber ... sagen kann ich das auch nicht! ... also dass ich die wissenschaftlichen Arbeiten machen kann die ich alle machen kann denn dazu bin ich jetzt auch: zu müde!“¹⁷⁰⁰

Der letzte zu erwähnende Punkt ist der eines möglichen Krankheitsgewinns im Sinne einer positiven Begleiterscheinung, den Herr J möglicherweise aus seiner Herzneurose ziehen kann.

In deutlicher Weise schildert der Patient, dass dies in keiner Weise der Fall sei – dies ist als Indiz dafür zu werten, dass Herr J seine Herzneurose ausschließlich im Spannungsfeld zwischen dem Erleiden seiner Störung einerseits und deren bestmöglichen Integration in den Lebensvollzug andererseits erlebt: „..., wenn ein Mann mit Krücken in die Straßenbahn kommt stehen die Leute auf und lassen ihn hinsetzen! ... wenn Sie das einen Krankheitsgewinn: nennen dann habe ich einen, aber der Mann mit Krücken würde gerne stehen wenn er könnte: verstehen Sie ... Krankheitsgewinn das ist einer der ... ein Pappplakat immer vor sich herträgt und sagt `jetzt werde ich Frührentner!' nicht? ... ich kann natürlich sagen ich habe es nicht aber wenn ich jetzt fünfzig Prozent Behinderung bekäme dann bekomme ich einen Steuernachlass ... ja wer fünfzig Prozent behindert ist ist meistens, Betrüger gibt es immer! so behindert dass er gerne auf den Steuernachlass verzichten würde um wieder eine volle Arbeitskraft zu haben ja?“¹⁷⁰¹

Als Fazit bleibt demnach übrig, dass Herr J tatsächlich massive Einschränkungen durch seine Herzneurose erlebt – andererseits scheint er sie bestmöglich in sein Leben integrieren zu können.¹⁷⁰²

Die These ist somit belegt.

¹⁷⁰⁰ Interview 9, S. 30

¹⁷⁰¹ Interview 9, S. 29 f

¹⁷⁰² vgl. Interview 9, S. 26

5.10 Interview 10 mit Frau K

Frau K ist zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alt und lebt mit ihrem Ehemann in erster Ehe zusammen – das Ehepaar hat einen gemeinsamen siebzehnjährigen Sohn, zu dem die Patientin ein enges Verhältnis hat.

Frau K, die sich bei der Datenerhebung bereits im Ruhestand befindet, berichtet über ihre ängstliche Grundpersönlichkeit, die sie bereits seit ihrer Kindheit begleitet. Diese eskaliert im Jahr 2000 in einer ersten nächtlichen Panikattacke, die unter dem Verdacht eines Herzinfarktes zur Einlieferung in ein Krankenhaus führt. Seit diesem ersten Angstanfall wird die Patientin immer wieder von derartigen Geschehnissen heimgesucht.

Frau K leidet an einer Herzneurose und ist für die vorliegende Studie geeignet.¹⁷⁰³

Frau K berichtet in interessanter Weise über ihr Leben mit den Auswirkungen der Herzneurose. Bei Frau K handelt es sich um eine Patientin, welche die Auswirkungen ihrer Herzneurose zwar als einschränkend wahrnimmt, gleichzeitig erweckt sie aber den Eindruck, dass sie diese biographischen Auswirkungen vergleichsweise gut annehmen kann. Diese Tatsache resultiert nach Meinung des Interpreten aus dem Umstand, dass Frau K seit ihrer Kindheit eine ängstliche Persönlichkeit ist – die erste nächtliche Panikattacke im Sinne eines sympathikovalen Anfalles erscheint in diesem Zusammenhang als ‚Höhepunkt‘ innerhalb der Entwicklung der Angstpersönlichkeit von Frau K. Daher steht in diesem Fall weniger die Frage im Vordergrund, was die Krankheit aus dem Leben der Patientin gemacht hat – hier zeigen sich nämlich die für Herzneurotiker typischen Tendenzen des Angst- und Vermeidungsverhaltens. Vielmehr entsteht der Gesamteindruck, dass sich Frau K aufgrund ihrer ‚Angstgewöhnung‘ *subjektiv* nicht übermächtig in ihrer Lebensführung beschnitten fühlt – das (bisherige) Leben der Patientin scheint ihr eher dabei zu helfen, die ‚neu entstandene‘ Angst zu akzeptieren und in ihre Lebensführung zu integrieren, weil es kein Leben ‚vor‘ beziehungsweise ‚nach‘ dem ersten Panikanfall im Sinne vieler anderer Patienten gibt, denn Angst ist ein ständiger Begleiter von Frau K seit ihrer Kindheit. Hinzu kommt der Umstand, dass Frau K ihre Angst sowie ihr Leiden insgesamt innerhalb der Erzählung immer wieder mit somatischen Erkrankungen in Verbindung bringt – diese Tatsache hat die Interpretation deswegen erschwert, weil nicht immer deutlich

¹⁷⁰³ weitere Daten zur Anamnese sind im Anhang aufgeführt

aus dem Gesagten hervorgeht, welche Krankheitskomponenten die Patientin vordergründig beschreibt, zumal Frau K unter den Auswirkungen ihrer schweren körperlichen Erkrankung zumindest streckenweise mehr zu leiden scheint als unter ihrer Herzangst. Aus diesem Grund hat der Interpret versucht, durch diesen Vorspann auf die Notwendigkeit aufmerksam zu machen, sich innerhalb der Interpretation vorwiegend auf jene Aussagen zu beziehen, die klar der Angstsymptomatik zuzuordnen sind, weil eine andere Interpretationsweise insgesamt zu gewagt erscheint – dennoch sollen auch Komponenten der Krebserkrankung von Frau K thematisiert werden, weil diese zu einem immensen Leidensdruck führen.

Berücksichtigt man dies, lässt sich folgende Kernthese aufstellen, die innerhalb der Kategorien des Leitfadens belegt wird:

Die Biographie von Frau K zeigt deutliche Einschränkungen und Phasen der Angst im Vollzug des alltäglichen Lebens. Die Patientin nimmt diese zwar als einschränkend wahr, integriert sie jedoch bestmöglich in ihren Lebensvollzug und strahlt trotz des Leidens insgesamt eine ergreifende Zufriedenheit aus, die insbesondere in der Situation des Gespräches zum Vorschein kommt und aus einer Art ‚Angstgewöhnung‘ resultieren könnte. Für Herzneurotiker typische Tendenzen des Anklammerungs- und Vermeidungsverhaltens werden in ihrer Tragweite sichtbar, ein Krankheitsgewinn im Sinne eines Profitierens aufgrund der Symptomatik wird genannt, die Patientin führt diesen jedoch nicht völlig sicher auf ihre Herzneurose zurück. Insgesamt steht zwar auch in diesem Gespräch der Aspekt des Leidens im Vordergrund, Frau K kann aber die aus ihrer Angst bedingten Einschränkungen relativ gelassen hinnehmen.

Bezüglich des Beginns der Angstsymptomatik *insgesamt* ist erneut darauf hinzuweisen, dass Frau K diesen bereits auf ihre Kindheit datiert: „ok ... ja also sagen wir einmal ich hatte als Kind schon Angstprobleme, aber keine Angstpaniken!“¹⁷⁰⁴

Diese bereits im Kindesalter existente Angst beschreibt die Patientin als Angst vor dem Alleinsein, die eventuell auch dafür verantwortlich ist, dass Frau K auch tatsächlich nie alleine lebt: „... meine Angst war eigentlich nur so immer vor dem Alleinsein das waren auch immer meine Überlegungen für die Zukunft, `wie ist das in meiner Zukunft ... wie schaffst du das wenn du irgendwann einmal alleine bist?` so also das war schon immer das Allein- die Angst vor dem

¹⁷⁰⁴ Interview 10, S. 3

Alleinsein hat mich schon immer ein bisschen begleitet! ... und aber es ging dann eigentlich so ganz gut ... ich war dann einmal jetzt eine Zeit habe ich mit meiner Freundin zusammen- gewohnt und später dann mit meinem Mann und ... habe also im Grunde nie so richtig ganz alleine sein müssen; - - - und ... wie gesagt mir ging es dann so auch gut und die ... große Angst meine erste richtige Panik-Angst - - die war also sagen wir einmal ... bei der ersten Kopfoperation die war achtundsiebzig davor hatte ich gar keine Angst!¹⁷⁰⁵ Die hier beschriebene Angst bezieht sich auf jene vor der Kopfoperation, die mit den eigentlichen Panikattacken der Patientin nicht in Zusammenhang steht. Deutlich wird an diesem Abschnitt aber, dass Frau K schon immer eine von Angst begleitete Person gewesen zu sein scheint.

Die Weiterentwicklung der ‚Angstkarriere‘ der Frau K erfährt dann eine erneute Zuspitzung, nachdem sie Ihren Sohn zur Welt gebracht hatte, obwohl es sich hierbei noch nicht um jene Qualität der Angst handelt, die mit den Gefühlen der Panik im Rahmen einer Herzneurose in Verbindung gebracht wird: „es ... war nach der Geburt - - von dem Sohn da habe ich also gemerkt dass da wieder alles so komisch wird so wie ich spreche und Ding und dann ist also wieder gesucht worden und dann ist also zweite Kopfoperation gekommen, ... und da: also hatte ich dann ... eine wahnsinnige Angst, da habe ich immer gedacht jeden Moment drehe ich durch! ... aber es kam nicht so die richtige Panik! ... wie ich es also dann ... zweitausend erlebt habe; und ... dann kam ja anschließend die Nebennierenoperation ... weil die Kopfoperation nicht erfolgreich war, ... und ... das waren Sachen vor denen ich ... eine sehr große Angst hatte! ... und auch manchmal Angst davor ich sage immer durchzudrehen wie sich das auch immer auswirkt: ...“¹⁷⁰⁶

Erst nach diesen grundsätzlichen oder operationsbedingten Zuständen der Ängstlichkeit kommt die Patientin auf jene Qualität der Angst zu sprechen, die für diese Arbeit wesentlich erscheint: „und ... die große erste Panikattacke kam ... also da ist am neunten Februar zweitausend ... die Schwiegermutter gestürzt, die war (Versprecher) im Haus nebenan gewohnt, ... und ich habe hinübergeschaut weil die Rollläden nicht oben waren was los ist und dann ist sie also verwirrt umhergelaufen und ich habe den Arzt angerufen der hat dann gesagt ich soll in zehn Minuten wieder anrufen, statt dass ich Idiot gleich einen Notarzt angerufen habe habe ich die zehn Minuten gekämpft mit der Frau! ..., dann kam die Arzthelferin, dann haben wir versucht die Frau ins Auto zu bekommen und zum Doktor zu bringen; ... also die: Situation war jedenfalls einfach

¹⁷⁰⁵ Interview 10, S. 4

¹⁷⁰⁶ Interview 10, S. 5

zu heftig für mich, ich war da völlig überlastet; und zwei Tage später also am elften – – Februar zweitausend ... bin ich dann in der Nacht aufgewacht mit einer panischen Angst und habe gedacht ich sterbe jeden Moment: ... das war die erste Panikattacke und die ist (Versprecher) dann ... hat eben angefangen mit einer panischen Todesangst ohne Grund: ich konnte nicht sagen warum oder weshalb oder wovor ich jetzt Angst habe – – – ich hatte einfach Angst ich sterbe jetzt: ... und dann haben wir Blutdruck gemessen und der Puls na ja das war alles ziemlich hoch, ... und dann ist mir – – schlecht geworden dann musste ich auf Toilette hatte Durchfall und dann kam Schüttelfrost; ... also ich war im Bett und habe ... alles hat geklappert an mir und die Zähne und ich habe einfach mich hat es geschüttelt vor Frost und dann habe ich mich in Decken gewickelt und zugedeckt und Schlafanzug und Frotteemantel und alles drüber ... aber die Angst: wurde immer größer dass ich zu meinem Mann gesagt habe `jetzt rufe jemanden an ich kann das nicht mehr aushalten!` ... `es geht einfach nicht mehr!`¹⁷⁰⁷

Frau K beschreibt hier eindrucksvoll, wie sie ihren ersten sympathikovasalen Anfall erlebt, der schließlich zur Einlieferung in ein Krankenhaus führt: „... und dann haben wir erst ... eine Weile gekämpft und dann habe ich gesagt `es geht nicht mehr du musst jetzt anrufen!` und dann hat er angerufen – – und ... dann kam eben der Notarzt ... dann haben sie gesagt `also es besteht Verdacht auf Herzinfarkt!` und ich müsste in die Klinik, dann bin ich ins Missionsärztliche Institut gekommen, ... und da war ich dann eine Woche ... und ist aber nichts gefunden worden!“¹⁷⁰⁸

Frau K bekommt also die für Herzneurotiker typische negative Diagnose, dass am Herzen alles in Ordnung sei. Die Patientin erhält Beruhigungsmittel und den Ratschlag, eine Psychotherapie zu beginnen, weil es sich bei ihrem Leiden um eine nervliche Angelegenheit handle.¹⁷⁰⁹

„... nach einer Woche bin ich entlassen worden – – – und – – habe dann aber ständig immer wieder nach ein zwei Tagen ... die Attacke gehabt, ich wusste der einzige Unterschied war jetzt ... `es sind also nur die Nerven – – und du musst versuchen das jetzt zu schaffen sonst landest du wieder im Krankenhaus!`“¹⁷¹⁰

¹⁷⁰⁷ Interview 10, S. 5 f

¹⁷⁰⁸ Interview 10, S. 6 f

¹⁷⁰⁹ vgl. Interview 10, S. 7

¹⁷¹⁰ Interview 10, S. 7

Die Auswirkungen dieser erstmalig als richtige Panikattacke erlebten Angst auf den Alltag der Patientin beschreiben die Einschränkungen, welche dieses Ereignis auslöst, denn nach weiteren Panikattacken ist Frau K am Tag danach außer Gefecht gesetzt: „am nächsten Tag war ich dann meistens den ganzen Tag ziemlich ... unfähig etwas zu machen, ... da war ich einfach völlig erschöpft; ich habe dann auch meistens mehr Kortison genommen habe meistens in der Nacht schon Kortison genommen ... und auch am nächsten Tag wenn ich so erschöpft habe ich dann auch meistens etwas mehr Kortison genommen; ...“.¹⁷¹¹

Der Alltag von Frau K ist seit dem Einsetzen der Angstanfälle auch wieder verstärkt durch die Angst vor dem Alleinsein gekennzeichnet – sie beschreibt in diesem Zusammenhang, manchmal das Gefühl gehabt zu haben, im Haus zu ersticken, wenn sie niemanden gesehen habe.¹⁷¹² Welche Auswirkungen diese Angst bezüglich der Ehe der Patientin produziert, wird in der entsprechenden Kategorie formuliert, denn auch der Alltag des Ehemannes wird durch die Erkrankung massiv beeinträchtigt.

Trotz weiterer Einschränkungen im Alltag der Patientin scheint sich Frau K in Bezug auf ihre körperlich verminderte Leistungsfähigkeit recht gut mit dieser arrangiert zu haben: „ich habe dann akzeptiert dass ich körperlich einfach nicht mehr kann wie das jetzt ist und es ist an einem Tag ein bisschen mehr und dann ist es wieder ein bisschen weniger – – und dass einfach der Rest – – mein Mann übernehmen muss und dass dann das Haus einfach nicht mehr so sauber ist wie früher dass es einfach ein bisschen unordentlicher sein darf oder muss wie man es sieht es ist am Anfang sehr schwer gewesen, – – – und aber ab dem Zeitpunkt wo ich das: akzeptiert hatte – – ging es mir besser und das habe ich in der Therapie gelernt dass ich solange ich dagegen kämpfe: – – meine Kraft damit verschwende dagegen zu kämpfen statt das zu akzeptieren!“¹⁷¹³

Anders verhält es sich jedoch bezüglich eines gewissen Vermeidungsverhaltens, das typisch für viele Herzneurotiker ist und auch Frau K betrifft – sie leidet nämlich unter Klaustrophobie, die einen Teil ihrer Angstproblematik darstellt und alltägliche Handlungen nur unter bestimmten Umständen erlaubt: „... ja: also ich ... fahre keinen also ich fahre: Aufzug aber mit größter Angst ... weil das ... habe ich damals beim Psychotherapeuten als Hausaufgabe aufbekommen jeden: Aufzug zu fahren der mir begegnet, ... weil das mache ich nicht mehr (Frau K lacht) aber ich

¹⁷¹¹ Interview 10, S. 8

¹⁷¹² vgl. Interview 10, S. 11

¹⁷¹³ Interview 10, S. 13

fahre Aufzug weil ich merke das so wie jetzt das lassen meine Kräfte nicht zu aber dann nur wenn mein Mann dabei ist ... oder irgendjemand den ich kenne also mit einem Freund auch noch im Notfall wenn ich weiß ok stecke ich wenigstens nicht alleine drinnen! ... aber alleine würde ich nie in einen Aufzug hineingehen! ... aber genauso ... ich würde in einem leeren Raum in einem großen leeren Raum wo mehrere Türen sind und ich wüsste nicht zu welcher Tür ich hinausmuss genauso Probleme haben wie in einem vollen Raum! ... ich habe eine Zeit ... bin ich nicht in Toiletten die ganz zu waren ... ich habe die Türen offen gelassen weil Türen wo unten: und oben: die Türe bis hoch und bis hinunter geht wo also kein Schlitz irgendwo war da konnte ich nicht hinein!"¹⁷¹⁴

Diese klaustrophobische Tendenz zeigt sich auch in weiteren typischen Alltagssituationen, in denen die Einschränkung darin besteht, beispielsweise weite Umwege in Kauf zu nehmen, um bestimmte Situationen zu vermeiden – so hat Frau K Probleme damit, mit dem Auto durch Tunnels zu fahren: „weil Tunnel wenn ich umgehen kann fahre ich hundert Kilometer meinetwegen weiter um nicht durch einen größeren Tunnel zu fahren! ... wenn ich hineinfahre und sehe von ganz weit hinten das Licht: dann geht es, aber wenn ich hineinfahre und es bleibt lange dunkel bevor ich den Ausgang sehe dann wird es kritisch!"¹⁷¹⁵

Ähnliches gilt auch für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel – eine Einschränkung, die für sich spricht: „oder wie gesagt irgendeinen Urlaub mit Flugzeug – – das ... können wir vergessen bei mir weil ich habe sogar im Zug schon Panik gehabt wir fahren also sieben bis acht Minuten nach *Rottenbauer, ... und da bin ich frühs mit dem Zug gefahren alleine: da hatte ich das im Zug noch nicht erlebt das war das erste Mal und da bin ich in den Zug und wie der dann gebremst hat; ich habe mich zu Bekannten hingestellt die ich gekannt habe wir haben uns unterhalten und da waren wir an einer Ecke gestanden weil der Zug ja nur sieben Minuten dauert, ... und dann wie das gebremst hat und das laut geworden ist – – habe ich eine solche Panik entwickelt ... also da hat das Herz schon gerast ich habe gedacht jetzt bekomme ich einen Kasper aber; mein weiß auch gar nicht was da passieren würde ob vielleicht eine schlimme Sache passiert, man hat einfach eine panische Angst jetzt nicht aus dem Zug zu können! ... und dann war ich auf dem Weg nach Hause am Zug gestanden ich hätte also eine ganze Stunde auf den Bus warten müssen, war ... am Zug gestanden `gehst du rein gehst du nicht rein? wenn du jetzt nicht einsteigst´ habe ich mir gesagt `dann bist du verloren dann fährst du nie wieder Zug!´

¹⁷¹⁴ Interview 10, S. 23

¹⁷¹⁵ Interview 10, S. 24

– – ‘also gehst du noch einmal hinein!’ bin ich noch einmal eingestiegen, in dem Moment in dem es das erste Mal / (Frau K ahmt ein Pfeifgeräusch nach) gemacht hat und die Türen zugingen (Frau K schnauft tief ein) ‘jetzt kannst du nicht mehr hinaus: jetzt kannst du nicht mehr hinaus:’ ... und das – – ‘atme ganz ruhig ganz ruhig ganz ruhig:’ die Panik kam wieder!¹⁷¹⁶

Wie einschränkend dieses Erlebnis für Frau K gewesen sein muss, macht ihre erneute gedankliche Beschäftigung mit der Thematik deutlich, und zwar in dem Moment, in dem sie sich wieder der Frage ausgesetzt sieht, ob sie die alltägliche Handlung des Benutzens öffentlicher Verkehrsmittel in die Tat umsetzen kann: „seitdem bin ich neulich: ... wieder alleine Zug gefahren, da hätte auch ... wieder über eine Stunde warten müssen, denke ich ‘wagst du es jetzt oder wagst du es nicht?’ weil ich habe wieder lange vor dem Zug gestanden, war ich im: Zug noch sieben Minuten gesessen habe ich immer überlegt da kam es schon einmal vorher (Frau K atmet tief ein), denke ich ‘steige wieder aus! was machst du?’ ich bin sitzen geblieben – – ja ich habe nach draußen geschaut ‘ja ja ja schön ganz ruhig!’ habe es geschafft: war auch ganz stolz hinterher: aber es war eine Angstfahrt!“¹⁷¹⁷

Diese beträchtliche Belastung beim Vollzug alltäglicher Handlungen schätzt Frau K als Angst vor der Angst ein, die als so unangenehm erlebt wird, weil man sie bezüglich ihres Auftretens nicht berechnen kann¹⁷¹⁸ und weil sie Frau K zeigt, wer vermeintlich den längeren Atem hat: „aber die Panik: – – da sage ich immer wenn ich die Panik habe dann macht mein Körper mit mir: was er will und nicht mehr ich mit ihm! ... da hat man keine Eingriffsmöglichkeit mehr ja!“¹⁷¹⁹

In der Kategorie der Auswirkungen der Herzneurose auf den Beruf als Bankkauffrau gilt, dass hier ‚lediglich‘ jene Grundängstlichkeit der Patientin zum Tragen gekommen ist, die ihr Leben schon immer bestimmt – nicht aber die herzneurotische Angstsymptomatik: „normale: Angst hat mich eigentlich mein ganzes Leben begleitet! ... ich hatte auch im Geschäft immer Angst irgendetwas machen zu müssen was ich nicht kann, dass der Chef irgendetwas von mir verlangt was ich nicht kann! ... ich hatte es zum Schluss im Geschäftsleben auch nicht mehr schön da hatte ich auch mit meinem Chef große Probleme während der Schwangerschaft, weil ich bin dann auch krankgeschrieben worden – – er hat mir dann auch nahe gelegt zu kündigen während der Schwangerschaft aber ich bin dann zum Glück krankgeschrieben worden weil der Blutdruck

¹⁷¹⁶ Interview 10, S. 25 f

¹⁷¹⁷ Interview 10, S. 26

¹⁷¹⁸ vgl. Interview 10, S. 26

¹⁷¹⁹ Interview 10, S. 26

zu hoch war, die ganze Aufregung wahrscheinlich und vielleicht auch schon ... dass der Tumor da schon begonnen hat ich weiß es nicht, jedenfalls war ich schon während der ganzen Schwangerschaft sehr müde und man hat halt gedacht ja das ist die Schwangerschaft aber das war vermutlich schon weil kurz danach ist ja dann das (Versprecher) Blutwert positiv gewesen und ...".¹⁷²⁰

Auf die Frage, ob sich die Angstsymptomatik der Herzneurose auf ihr Berufsleben ausgewirkt habe, antwortet Frau K jedoch ganz deutlich, dass dies nicht der Fall gewesen sei.¹⁷²¹ Die Auswirkungen der Herzangst auf die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter werden in der Kategorie der Auswirkungen auf das Ehe- und Familienleben dargestellt, weil die Belastung des Ehemannes durch anfallende häusliche Tätigkeiten deutlich sichtbar wird und daher eine Einordnung in die entsprechende Kategorie sinnvoll erscheint. Ferner gilt, dass die Tätigkeit als Hausfrau nicht dem erlernten Beruf der Patientin entspricht.

Wie bereits erwähnt wurde, verändert die Herzangst der Frau K den Bereich des Ehe- und Familienlebens recht stark.

Gerade die nächtlichen Anfälle erfordern den ganzen Einsatz des Ehemannes von Frau K, um diese zu beruhigen: „und dann habe ich eben immer versucht in der Situation – – –; weil ich habe sofort wie ich es gemerkt habe meinen Mann geweckt und dann ist er mit mir aufs Klo und hat mich also zu jedem Schritt begleitet und hat mich warm eingepackt und die Hand gehalten und ‘bleibe ganz ruhig es ist alles gut!’ und hat dann immer so auf mich eingeredet – – – und das dauert allerdings dann Stunden bis also sagen wir einmal die ganz schlimme: Phase – – ist vielleicht fünf bis zehn Minuten wo es ganz akut ist, dann klingt es ein bisschen ab – – – aber bis dann das Aufgewühlte und Unruhige und die Angst: weg ist dauert das noch einige Stunden! ... das Problem war dann auch dass mein Mann am nächsten Tag; den musste ich sonst immer auf die Arbeit fahren; auf die Arbeit laufen musste weil da gab es keine Busverbindung zu seiner Arbeitsstelle, ... und dann musste der ziemlich bald aufstehen obwohl ich ihm die ganze Nacht geraubt habe, ... und musste da noch zur Arbeit laufen ...".¹⁷²²

¹⁷²⁰ Interview 10, S. 32

¹⁷²¹ vgl. Interview 10, S. 32

¹⁷²² Interview 10, S. 8

Zu den ‚geraubten Nächten‘ sowie dem Zwang, zur Arbeit laufen zu müssen, gesellt sich ferner die Konsequenz für den Ehemann von Frau K, im Haushalt anfallende Arbeiten zu übernehmen: „... wie er nach Hause gekommen ist war auch so gut wie nichts gemacht und dann musste er sich auch da noch um das Allerwichtigste kümmern – es fällt dann schon viel Arbeit ... auf den Mann ab, ... wenn es ganz krass war hat er versucht einen Tag Urlaub zu nehmen, ... also wenn er gemerkt hat heute ist es also ganz schlecht mich alleine zu lassen dann hat er versucht einen Tag Urlaub zu bekommen, aber wenn das nicht möglich war dann muss man schauen wie man sich irgendwie durch den Tag durchschlägt! ... und hofft einfach ... auf den Abend – obwohl der Mann die halbe Nacht geraubt bekommen hat und tagsüber dann der Chef fragt nicht danach ob man die halbe Nacht für seine Frau geopfert hat oder; man muss auch in der Berufswelt fit sein und – – – dann wenn er am Abend nach Hause kommt dann eben auch noch – – das Nötigste von meiner Arbeit übernehmen, ... um den Sohn kümmern der ist jetzt siebzehn da ist es nicht mehr so extrem, jetzt muss man eher aufpassen dass er sich nicht zu sehr abseilt und zu sehr schludert mit seiner Arbeit, ...“.¹⁷²³

Eine weitere Auswirkung auf das Familienleben der Patientin liegt in der schon immer vorhandenen und in der durch die Herzangst begünstigten Angst vor dem Alleinsein begründet, die sich streckenweise so dramatisch zuspitzt, dass Frau K gar nicht mehr alleine sein möchte: „ich habe also am Anfang dann Probleme gehabt wie mein Mann aus dem Haus ging am Abend, also es war nur einmal die Woche da ging er in die Singstunde; höchstens wenn noch einmal irgendwo irgendeine Versammlung war; aber in der Regel war es einmal höchstens zweimal wo er am Abend wegging, ... und das war dann so schlimm dass ich da geweint und ... ich weiß nicht wie ich mich ausdrücken soll einfach so kaputt war so fertig nervlich dass er dann die nächste Zeit nicht mehr wegging am Abend, ... also er hat darauf dann verzichtet – – und ist zu Hause geblieben; und dann kam das weiter dass ich mich auch frühs: wenn er dann frühs zur Arbeit ging dann habe ich da: Probleme bekommen `ja es geht jetzt nicht dass ich auch noch am Tag zu Hause bleibe!‘ sage ich `das weiß: ich aber ich habe einfach Probleme: ob das jetzt geht oder nicht geht!‘ und ich bin dann manchmal auf die Straße gelaufen und habe einfach geschaut irgendjemanden zu sehen ich musste gar nicht mit ihm sprechen aber ich habe einen Menschen vorbeilaufen sehen wo ich gewusst habe da ist jemand ich bin nicht alleine!“¹⁷²⁴

¹⁷²³ Interview 10, S. 8 f

¹⁷²⁴ Interview 10, S. 10 f

Wie belastend diese Situation für beide Ehepartner gewesen sein muss, lässt sich unschwer erahnen, denn möglicherweise hätte die Angst von Frau K und in der Folge häufigeres Fehlen des Ehemannes an der Arbeitsstelle die Existenz der Familie gefährden können. Der Ehemann von Frau K scheint diese oder eine ähnliche Bedrohung zu erkennen und handelt: „und dann hat sich das noch weiterentwickelt dass dann ich ... am Abend schon Angst davor hatte dass ich dann am nächsten Tag wenn er weggeht wieder Angst habe dass ich dann wieder Panik bekomme und dann war praktisch der Kreislauf mit der Angst so geschlossen und da ist mein Mann dann hat er alles in Bewegung gesetzt dass ich zum Psychiater bin zum Psychotherapeuten: ... und da hat er gesagt `du hängst jetzt so drinnen also das kann so nicht weitergehen!´“¹⁷²⁵

Der Ehemann der Patientin ist auch dann gefordert, wenn es um das erste Aufsuchen verschiedener Ärzte geht – auch hier wirkt sich demnach die Herzangst von Frau K auf das Eheleben des Paares aus.¹⁷²⁶

Interessant erscheint insgesamt die Tatsache, dass der Ehemann von Frau K im Bann der Herzangst seiner Ehefrau zu stehen scheint und aus diesem Grund auch auf sein ‚einziges Vergnügen‘, die Singstunde, verzichtet: „ja er hat sogar auf seine Singstunde damals verzichtet und ... das war eigentlich die einzige Sache die er hatte weil als Alkoholiker geht man ja auch nicht einfach so in die Kneipe alleine, ... und er hat eben das dann die einzige Sache die für ihn ein außerfamiliäres Vergnügen war – – aufgegeben und ... ich habe gemerkt es geht nicht anders aber es war mir unangenehm das alles aus dem Gleichgewicht: zu bringen!“¹⁷²⁷

Trotz dieser tiefen Einschnitte in das Leben des Ehemannes der Patientin scheint dieser sein Schicksal tapfer zu ertragen – er ist seiner Ehefrau nicht böse, wenn diese keine Hausarbeiten verrichten kann. Die Partnerschaft der Eheleute scheint insgesamt sehr belastbar zu sein, denn oberstes Gebot für den Ehemann von Frau K scheint zu sein, dass es ihr gut geht und dass sie Dinge erlebt, die ihr gut tun – auch dann, wenn sie sich einfach den ganzen Tag mit ihrer Nachbarin unterhält und keine Hausarbeiten verrichtet.¹⁷²⁸

Der Sohn von Frau K scheint unter den Ängsten der Mutter gelitten zu haben, weil für ihn schlichtweg wenig Zeit zur Verfügung stand: „ich glaube also ... wie die erste Panik kam da hatte

¹⁷²⁵ Interview 10, S. 11

¹⁷²⁶ vgl. Interview 10, S. 12

¹⁷²⁷ Interview 10, S. 20

¹⁷²⁸ vgl. Interview 10, S. 34

er ja erst geschlafen und er hat dann mitbek- nein mein Mann hat ihn dann aufgeweckt wie die / mich geholt haben, ... er hat ihn dann aufgeweckt und hat gesagt 'die Mama kommt ins Krankenhaus.' - - und also er hat die Woche die ich im Krankenhaus war nicht gelitten, ... danach ... hat er vielleicht darunter gelitten dass ich einfach nicht ... dass wenig Zeit für ihn war weil ich: meinen Mann zu sehr in Anspruch genommen habe! ... ich habe praktisch alles ... an mich gezogen - - und ... für ihn war wenig Zeit übrig! ... das ist für ein Kind schon ... ein großes Stück wenn für ihn zu wenig Zeit da ist!"¹⁷²⁹

Interessant erscheint auch die Einschätzung von Frau K, dass ihr Sohn womöglich Anteile ihres ängstlichen Verhaltens in Form von Sensibilität übernommen haben könnte: „nur habe ich so ein bisschen das Gefühl dass er etwas abbekommen hat von mir, dass ich ihm ein bisschen etwas mitgegeben: habe denn er ist sehr sensibel, ... und - - - er ist einfach so anders wie die anderen Jungen, er eckt auch immer wieder an! ... er kommt nicht so in die Mannschaft hinein: - - - er hat einen behinderten Freund - - und einen der ... zwei Jahre jünger ist ... aber so in der Klassengemeinschaft hat er eigentlich keinen Freund ... da kommt er nicht klar mit seinen Ideen und Vorstellungen und mit seiner Art wie er ist; er hat auch grundsätzlich nur mit Mädchen gespielt, er ist bei den Jungs nie akzeptiert worden, dazu war er zu sensibel zu brav und einfach zu mädchenhaft!"¹⁷³⁰

Frau K ist in diesem Zusammenhang der Meinung, dass ihr Sohn sie häufig übersensibel erlebt habe, indem sie in Belastungssituationen oft gebrüllt und anschließend geweint habe – wenn sie könnte, würde sie diese Tatsache rückgängig machen.¹⁷³¹ Wäre tatsächlich davon auszugehen, dass die ängstliche Grundpersönlichkeit der Patientin in Verbindung mit Phasen massiverer Angst zu diesen Verhaltensweisen geführt haben, die der Sohn am Modell erlernt hat, könnte man tatsächlich behaupten, dass die Herzangst von Frau K im weitesten Sinne eine drastische Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes gehabt hätte – ein Umstand, der nicht von der Hand zu weisen ist und in Kapitel 2 bereits theoretisch diskutiert wurde.

Frau K ist aus der Retrospektive insgesamt der Meinung, dass ihre Erkrankung die ganze Familie aus dem Gleichgewicht gebracht habe: „... schon die Pläne mit dem Junior wie wir die Erziehung machen wollten wie wir das alles geplant hatten und ... nervlich habe ich dann; ... bei der Geburt

¹⁷²⁹ Interview 10, S. 16 f

¹⁷³⁰ Interview 10, S. 18

¹⁷³¹ vgl. Interview 10, S. 18 f

lief es schief weil es nicht so gelaufen ist wie es geplant war, dann ... bei der Erziehung ... waren die Nerven nicht dazu da dass ich das so gemacht hätte wie es besprochen war, ... und dadurch dass dann zu viel Zeit für mich verbraucht wurde, also ... es ging (Versprecher) eigentlich alle Pläne durcheinander!"¹⁷³²

Das Ehe- und Familienleben der Patientin stand und steht also deutlich im Schatten ihrer herzneurotischen Angsterkrankung – die Krankheit ist ein Ereignis, das in dieser Kategorie nahezu alles zu bestimmen scheint.

Im Bereich des sozialen Umfeldes und der Freizeit gilt, dass die Herzneurose der Patientin auch hier beeinträchtigend wirkt, weil Frau K aufgrund ihrer Erkrankung wenig Kontakte zu anderen Menschen zu haben scheint, weil sie in Gesprächen immer über ihre Symptomatik spricht und sich dies danach vorwirft, denn sie denkt, andere Menschen zu belasten oder zu langweilen, wenn sie *immer so jammernd dastehe*.¹⁷³³ Zwar war sie auch vor dem Auftreten ihrer akuten Panikstörung mit wenigen Menschen befreundet – sie selbst begründet diesen Zustand mit der mangelnden Zeit während ihres Berufslebens,¹⁷³⁴ aber die Erkrankung selbst leistet ihren Beitrag zur Isolation: „... und in der Situation wie ich damals war wenn man also psychisch: so unten ist und körperlich dann traut man sich auch nicht also ich: jedenfalls habe das so empfunden ich traute mich da auch nicht unter die Leute, ich musste zwar heraus aus meinem Loch – – aber ... wenn ich dann zu jemandem hingegangen bin ... und ich habe ein bisschen etwas von mir erzählt dann habe ich mir hinterher immer Vorwürfe gemacht `jetzt hast du ihm wieder schön die Ohren voll gejammert!` und habe mir hinterher gewünscht das ihm nicht: erzählt zu haben, ... das war mir hinterher immer ... leid: das erzählt zu haben in dem Moment: fühlt man sich so wie jetzt man fühlt sich irgendwie wohl: man fühlt sich verstanden wenn man erzählt und hinterher denkt man `Shit! also das hättest du ja nicht alles erzählen brauchen das und das nicht unbedingt!` oder so, also ich habe mir hinterher wieder Gedanken gemacht dann wenn einmal der Fall war: deswegen bin ich gar nicht gerne irgendwo hingegangen – – – und ... darum war in der Situation einfach schwierig Kontakt zu finden!"¹⁷³⁵

¹⁷³² Interview 10, S. 21

¹⁷³³ vgl. Interview 10, S. 22

¹⁷³⁴ vgl. Interview 10, S. 21

¹⁷³⁵ Interview 10, S. 21 f

Frau K betont ausdrücklich, dass sie gerne mehr Kontakte hätte, aber Angst davor verspürt, diese tatsächlich zu haben.¹⁷³⁶ Hier wird die Polarität zwischen Wunsch und krankheitsbedingter Realität besonders deutlich, die Herzanngst schränkt Frau K somit auch bezüglich sozialer Kontakte ein!

Die Angst vor Kontakten zu anderen Menschen geht dabei auch aus dem Umstand hervor, wenig Verständnis für die eigene Situation in der Gesellschaft erwarten zu können. So beschreibt Frau K im Hinblick auf ihre während einer Zugfahrt eingetretene Panikattacke den damals verspürten Wunsch, durch das Mitteilen der eigenen Angst Besserung der Symptomatik zu verspüren, was ihr aber an Reaktion von Bekannten während der Zugfahrt beigebracht wird, ist mangelndes Verständnis.¹⁷³⁷

Lediglich engere Bekannte können die Patientin verstehen, der Großteil jedoch nicht.¹⁷³⁸ Dass ein derartiges Unverständnis für übersteigerte Angst der meisten Menschen zu einer Isolation führt, die sich Frau K teilweise selbst verschreibt, erscheint einleuchtend.

Betrachtet man noch einmal die klaustrophobischen Tendenzen der Patientin, ergibt sich eine weitere Einschränkung, die das soziale Umfeld und den Bereich der Freizeit tangiert, weil Frau K ganz bestimmte Aktivitäten, die unängstlichen Menschen keine Probleme bereiten, meiden muss, um keine neuerliche Panikattacke zu erleiden: „aber genauso hatte ich die Probleme wenn ich jetzt – – entweder im Kino war; wir waren einmal im Korso-Kino – – da war irgendein Film wo es wahnsinnig voll war schon vorher, ... jedenfalls waren da ... die Leute vor mir und die Leute unter mir ... waren alle über mir ... da musste ich auch hinaus weil da habe ich so langsam gemerkt ich kämpfe mich jetzt durch und gehe hinaus und wenn wir auch ganz hinten stehen ich kann da nicht mehr bleiben also das passiert mir ... wenn ich einfach ... Probleme habe ... den Ausgang zu finden oder Tunnel!“¹⁷³⁹

Nicht nur der Besuch eines Kinos wird durch Klaustrophobie unter Umständen erschwert oder unmöglich gemacht – auch andere Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise das Fliegen, scheiden im Extremfall aus.

¹⁷³⁶ vgl. Interview 10, S. 22

¹⁷³⁷ vgl. Interview 10, S. 25

¹⁷³⁸ vgl. Interview 10, S. 26

¹⁷³⁹ Interview 10, S. 23 f

Obwohl Frau K vor vielen Jahren einmal nach Amerika geflogen ist – auch bei diesem Flug hatte sie von der ersten bis zur letzten Minute Angst – ist es ihr zum Zeitpunkt des Interviews unmöglich, ein Flugzeug zu betreten, obwohl ihr Ehemann von einem Aufenthalt in Amerika träumt.¹⁷⁴⁰

Massive Einschnitte in der persönlichen Bewegungsfreiheit – wie sie typisch für viele Herzneurotiker sind – zeigen sich bei Frau K. Im Prinzip ist die gesamte aktuelle Lebensführung von der Angstproblematik der Patientin überschattet.

Beispielsweise würde sie auch aktuell viele Kilometer in Form eines Umweges in Kauf nehmen, um ohne Tunnelfahrten an einen gewünschten Ort zu kommen – selbst als Beisitzerin.¹⁷⁴¹

Neben der Manifestation des phobischen Vermeidungsverhaltens ist auch die Angst vor dem Alleinsein (mit der Angst) zum Zeitpunkt des Interviews noch existent und drückt sich beispielsweise derartig aus, dass Frau K vor dem mehrtägigen Untersuchungstermin in der medizinischen Poliklinik Würzburg Angst verspürt, weil sie befürchtet, dort mit niemandem über ihre Ängste sprechen zu können.¹⁷⁴² Frau K räumt aber selbst ein, dass es sich hierbei um eine Phobophobie handle, die trotz eines insgesamt guten Handlings der Situation noch immer existiere.¹⁷⁴³

Die phobophobische Tendenz der Patientin führt ihren eigenen Aussagen zufolge in der Gegenwart immer wieder dazu, für Frau K unangenehme Dinge zu meiden, wenn ihr dieses Verhalten möglich erscheint.¹⁷⁴⁴

Und trotz dieses durch Angst geprägten Lebens ist Frau K dankbar dafür, dass sie nicht an einer Krankheit leidet, mit der sie auf fremde Hilfe angewiesen ist, sie ist glücklich darüber, sich noch selbst versorgen zu können.¹⁷⁴⁵

Diese letzte Äußerung führt direkt zur Kategorie der Zukunftsplanung, denn trotz dieser Zufrieden- und Bescheidenheit wünscht sich Frau K, dass sie sich wieder so fühlen kann, wie es

¹⁷⁴⁰ vgl. Interview 10, S. 24

¹⁷⁴¹ vgl. Interview 10, S. 25

¹⁷⁴² vgl. Interview 10, S. 28

¹⁷⁴³ vgl. Interview 10, S. 28

¹⁷⁴⁴ vgl. Interview 10, S. 29

¹⁷⁴⁵ vgl. Interview 10, S. 31

vor dem aktuellen Zustand war, um bestimmten Aktivitäten nachgehen zu können:¹⁷⁴⁶ „bisschen in den Garten, bisschen Haushalt, ... dass ich mich tagsüber beschäftigen kann; ich habe ja auch Phasen wo ich tagsüber dagehangen bin wo ich gewusst habe `ach du hast so: eine Menge zu machen: aber du kommst nicht zurecht!` ... ich bin aber auch nicht aufgestanden und habe etwas gemacht, ich habe mich einfach ... ich war so energielos dass ich gar nicht aufgestanden bin, und dann kommen die langen Tage – – und die Schuldgefühle `du könntest eigentlich wenn du wolltest aber warum willst du nicht?` ... weil die Psychologen haben mir immer erklärt dass ich ein genauer Mensch war das stimmt auch ich habe alles so genau gebraucht, ordentlich: also nicht ein Putzfimmel aber es musste alles seine Ordnung haben; und ... danach ging das einfach nicht mehr so es ging alles so halbherzig, und dann kam eine Blockade und ich habe gar nichts mehr gemacht weil das haben mir die Psychologen erklärt. ... also ich habe das dann alles wieder so ein bisschen in die Reihe g-; und da: war ich also es war für mich der größte Gewinn ... das zu schaffen tagsüber ... zu arbeiten und auszuruhen im Wechsel: und am Tag gewusst habe ich habe etwas gemacht!“¹⁷⁴⁷

Die Herzangst der Patientin hat sich auf deren Zukunftsplanung sowie deren Zukunftswünsche also derartig ausgewirkt, dass sich Frau K nichts sehnlicher wünscht, als ihren Beitrag für die Familie zu leisten und ihrem Mann nicht sämtliche Arbeiten übertragen zu müssen. Frau K möchte in Zukunft wieder mehr leisten können, um stolz auf sich zu sein.¹⁷⁴⁸

Im Transkript des Interviews finden sich zwar keine Hinweise dafür, dass sich Frau K vor ihrer Erkrankung etwas anderes für ihre Zukunft gewünscht hätte, aus der Erfahrung des Interpreten jedoch kann man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unterstellen, dass es andere Wünsche und Pläne gegeben hat. Die Herzangst wirkt aber bei nahezu allen Patienten derartig überwältigend, dass der größte Wunsch für die Zukunft oft ‚nur noch‘ ein solch basaler ist. Insofern wirkt sich die Herzneurose fast immer auf die Zukunftsplanung der Patienten aus.

In diesem Kontext ist der Krankheitsgewinn zu nennen, der häufig in unmittelbarem Zusammenhang mit der Zukunftsplanung steht, weil der Gewinn im Sinne eines Profitierens häufig in einer für den Patienten deutlich spürbaren Freude über die ‚kleinen Dingen des Lebens‘ besteht.

¹⁷⁴⁶ vgl. Interview 10, S. 33

¹⁷⁴⁷ Interview 10, S. 33 f

¹⁷⁴⁸ vgl. Interview 10, S. 34

Zwar kann Frau K nicht genau sagen, ob ihre Freude am Ausruhen-Können auf die Herzneurose zurückzuführen ist, sie zieht diese Idee aber in Erwägung: „ich weiß jetzt nicht ob das seit meiner Angst ist dass ich ... gelernt habe mich einfach auch einmal hinzulegen und mir die Freizeit zu gönnen, ... weil das ist im Moment ein Teil ... was ich mir jetzt auch einmal gönne wo ich ... auch einmal sage `ok heute fällst du einfach einmal aus und dann ist es einfach einmal so!', ... früher habe ich keine Ruhe gefunden auch wenn ich mich hingelegt habe! ... ich konnte dann die Auszeit – – die ich mir nehmen musste: ... die habe ich mir innerlich nicht genehmigt und dadurch kam auch die Ruhe nicht zustande die dabei entstehen sollte – – weil man innerlich mit der Situation einfach unzufrieden war sich hinlegen zu müssen: oder man hat versucht sich gar nicht hinzulegen und habe mich den Tag so durchgewurstelt am Abend doch nichts erreicht, ... das ist für mich jetzt ... eine ganz wichtige Sache und auch eine ganz gute positive Sache!“¹⁷⁴⁹

Frau K bewertet ihre Fähigkeit, auch einmal loslassen zu können, als Gewinn, wobei das Loslassen zeitlich begrenzt sein muss – mehrere Tage würde die Patientin diesen Zustand nicht ertragen wollen.¹⁷⁵⁰ Dennoch scheint ihr die Herzneurose den Gewinn der Fähigkeit zur Entspannung gegeben zu haben, die nur eine Kleinigkeit im Leben eines Menschen – aber doch so wichtig ist!

Die These ist somit belegt.

¹⁷⁴⁹ Interview 10, S. 30

¹⁷⁵⁰ vgl. Interview 10, S. 30 f

5.11 Interview 11 mit Herrn L

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung ist Herr L 29 Jahre alt, er lebt seit einiger Zeit mit seiner Freundin zusammen und betreibt das Studium der Rechtswissenschaften. Der Patient hat zwei Schwestern und ist der Sohn geschiedener Eltern.

Die Angstkarriere des Patienten beginnt im Jahre 2003 mit dem Ausbruch eines pfeifferschen Drüsenfiebers, das zu ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten führt, weil Herr L das Vertrauen in seinen Körper verliert. Allerdings betont der Patient auch, dass er bestimmten Situationen schon immer ängstlich gegenübertrat – das pfeiffersche Drüsenfieber scheint diese ‚Grundangst‘ jedoch auf viele Lebensbereiche übertragen zu haben.

Herr L leidet an einer Herzneurose und eignet sich daher für die vorliegende Studie.¹⁷⁵¹

Im Gespräch mit Herrn L zeigt sich klar und deutlich die Bandbreite vieler möglicher und typischer Auswirkungen einer Herzangst auf das Leben der Patienten. Der Kerninhalt besteht insgesamt einmal in der Schilderung der Ängste und Einschränkungen des Patienten schwerpunktmäßig während des Beginns und der Weiterentwicklung der Angst, die durch das pfeiffersche Drüsenfieber von einer ‚Grundängstlichkeit‘ in eine auf unterschiedliche Bereiche übertragene Angst ‚transformiert‘ wurde, die Angsterkrankung hat das Leben des Patienten demnach innerhalb einer relativ kurzen Zeit massiv beeinflusst. Andererseits hat Herr L die klar formulierte Vorstellung, diesen Zustand nicht länger akzeptieren zu wollen – bezüglich der Fragestellung, was der Patient aus seiner Erkrankung macht, ergibt sich deutlich die Antwort, dass er nicht länger unter ihrem Einfluss leiden möchte, Herr L will wieder unbefangen leben können, die Angst soll ihm sein Leben nicht länger wegnehmen! In diesem Gespräch liegt der Schwerpunkt daher *nicht* auf den typischen Einschränkungen, zu denen die Herzneurose häufig führt, sondern auf dem Wunsch nach Veränderung des eigenen Lebens in vielfacher Hinsicht. In diesem Zusammenhang erscheint der Gewinn durch die Erkrankung im Sinne eines Profitierens im Hinblick auf die aktuelle Lebensführung und die Zukunftsplanung im Vergleich zum Leid zum Zeitpunkt des Interviews deutlich zu überwiegen!

Diese Kernthese wird nun innerhalb der Bereiche, die im Leitfaden aufgeführt sind, belegt.

¹⁷⁵¹ weitere Angaben zum Patienten sind im Anhang nachzulesen

Zur Frage nach dem Beginn und der Weiterentwicklung der Herzangst weist Herr L darauf hin, dass er einen exakten Beginn nicht datieren könne, weil er schon länger in bestimmten Situationen Angst verspüre, zum Beispiel dann, wenn er Vorträge halten müsse oder im Mittelpunkt stehe.¹⁷⁵²

Eine wichtige Rolle im Hinblick auf die gesamte Angststeigerung spielt jedoch ein Tag im August 2003: „und dann habe ich ... Anfang August 2003 ... Golf gespielt und das war irgendwie vierzig Grad heiß – – und da bin ich dann ... zusammengebrochen ... also habe so Herzrasen bekommen, war total fertig auf einmal, musste in den Schatten gehen und auch da: ist es eigentlich nicht weggegangen, ... und dann bin ich nach Hause gefahren ... habe mich so ein paar Tage auskuriert aber es ist noch eine Schwäche geblieben, ... und dann bin ich zum Arzt gegangen der hat mir Blut abgenommen und hat dann ein Pfeiffersches Drüsenfieber diagnostiziert, ... und das würde ich jetzt sagen war so der ... Auslöser ... für den Verlauf warum ich dann überhaupt jetzt da bei Doktor *Schmidt da in der Behandlung bin! ... und zwar – – hat sich das eben so ausgewirkt dass ... die Lymphknoten waren dann geschwollen, Fieber hatte ich keines aber eben habe immer so das Gefühl gehabt mein Herz ist total schwach, ... wenn ich ein paar Treppen steige ist das ... war das Herz einfach total schwach, war ich gleich außer Atem – – und das würde ich aber ehrlich gesagt nach wie vor führe ich das auf den Virus zurück weil da gibt es auch viele ... also da habe ich mich mittlerweile ... ziemlich erkundigt weil ich da so Probleme hatte und – – war auch bei vielen Ärzten und da ist mir eigentlich schon oft jetzt berichtet worden dass beispielsweise ein Marathonläufer da Probleme hat und danach noch einen Kilometer zu laufen oder überhaupt eine solche Schwäche eben viele Leute noch haben über eine bestimmte Zeit, ... nach dieser Virusinfektion, ...“¹⁷⁵³

Herr L führt also die Herzsensationen sowie das Schwächegefühl zunächst (und teilweise noch immer) auf das Pfeiffersche Drüsenfieber zurück, das die Initialzündung der eigentlichen Herzangst darstellt. In der Folgezeit wird hingegen immer klarer, dass neben der Virusinfektion noch ein weiterer Faktor vorliegen muss, der Herrn L Probleme bereitet, obwohl er die Infektion immer wieder hinter der Symptomatik der Angst vermutet: „und da: also wie gesagt hatte ich diese Schwäche und die: hat mir eben dann Probleme gemacht, ... und zwar bin ich dann ein paar Wochen später; also ich hatte Antibiotika vom Arzt, dann war die Lymphknotengeschichte ... dann relativ schnell abgeklungen und ich habe mich auch besser gefühlt aber nicht so ganz

¹⁷⁵² vgl. Interview 11, S. 3

¹⁷⁵³ Interview 11, S. 3 f

fit; ... und dann habe ich einen Urlaub gebucht gehabt nach Spanien, ... und dann hat es im Flugzeug eben angefangen da hatte ich dann eine solche richtige Angstattacke also so das Fliegen – habe ich noch nie so gerne gemocht weil ich da einmal ein heftigeres Erlebnis hatte – im Flug wo die Maschine meiner Meinung nach fast abgestürzt wäre, ich weiß nicht ob es wirklich so war aber es war eine heftigere Geschichte ... und auf jeden Fall war ich da im Flugzeug habe eigentlich den ganzen Flug über nach Südspanien total Herzklopfen gehabt und ... richtig Angst gehabt; ... und das hat eben den Körper so angestrengt dass vielleicht doch diese Virusinfektion in mir war dass mir dann auch so richtig erkältungsmäßig wieder schlecht ging dass ich so wieder richtig Lymphknoten geschwollen und also so richtig wieder mir richtig schlecht ging, ... und das hat eben dann ... den ganzen Spanientrip ... zum Höllentrip gemacht, wenn ich einmal ein bisschen Alkohol ... getrunken hatte – dann bin ich eigentlich ... ging es mir total: schlecht, habe mich auch immer total schwach gefühlt, auch die Hitze hat mir total Probleme gemacht, ganz schwachen Kreislauf gehabt, ... also ich habe mich die ganze Zeit immer so schwach gefühlt, ... und habe immer eigentlich bei jeder Anstrengung auch ... Herzrasen bekommen und so weiter, da war es dann auch immer so dass ich dann; also ich habe da Freunde besucht die habe ich mal im Auslandssemester kennen gelernt und die haben mich dann einmal nachts ins Krankenhaus gebracht weil wir weg waren und ich bin auf der Straße zusammengebrochen weil ich hatte so Herzrasen dass ich gar keine Luft mehr bekommen habe, ... und ich habe mich wirklich zu schwach gefühlt um überhaupt noch einmal einen Schritt zu laufen, ... dann habe ich eben irgendwie relativ schnell den Flug umgebucht und bin nach fünf sechs Tagen wieder nach Deutschland geflogen; ...".¹⁷⁵⁴

Die Einsicht des Patienten, dass es sich bei seinen Symptomen um Angst und nicht um Folgeerscheinungen des pfeifferschen Drüsenfiebers handeln könnte, stellt sich erst im Januar 2004 ein,¹⁷⁵⁵ also erst einige Monate nach dem Ausbruch der Virusinfektion. Dies hat zur Folge, dass nun eine Ausweitung der Angst in verschiedene Bereiche hinein stattfindet, andererseits ist auch eine Einsicht in das Erfordernis, selbst Gegenmaßnahmen zu ergreifen, sichtbar; das folgende längere Zitat belegt dies auf interessante Weise: „dann: irgendwann kam ich eben so dahin dass es vielleicht doch etwas mit Angst zu tun hat und dann ist eigentlich so das Problem richtig losgegangen weil vorher war es halt immer ... ich habe gedacht ich habe pfeiffersches Drüsenfieber, wenn ich mich auf mein Sofa lege und mich ausruhe geht es mir gleich wieder gut! ... und dann als es mir irgendwie so bewusst wurde oder von dem Doktor *Schmidt irgend-

¹⁷⁵⁴ Interview 11, S. 4 f

¹⁷⁵⁵ vgl. Interview 11, S. 9

wie da irgendwie bin ich dann dahin gekommen dass es doch irgendeine Angst ist, dann hat das natürlich nicht mehr geholfen mich auf das Sofa zu legen weil Angst hat man trotzdem, auch wenn man auf dem Sofa liegt und sich ausruht, und dann habe ich sozusagen ja keinen Ausweg mehr gehabt ... aus bestimmten Situationen eben, und dann ging es mir eigentlich immer wenn ich alleine war schlecht, ... dann habe ich Angst gehabt wenn ich beim Autofahren – – zum Beispiel wenn ich über eine Brücke gefahren bin über eine steile habe ich Herzrasen bekommen, wenn ich auf der Autobahn war und wusste ... es gibt nicht alle zwei Minuten eine Ausfahrt sondern ich muss dann einfach einmal weiterfahren, man kann auch nicht ausbrechen, so ähnlich wie in der Vorlesung Situationen wo ich nicht schnell ausbrechen kann auch beim Friseur zum Beispiel wenn man so die Haare halb geschnitten hat kann man auch nicht gehen und da habe ich immer gedacht 'oh hoffentlich bekomme ich da jetzt nicht einen solchen Angstanfall!' und sobald man so denkt ist der eigentlich dann auch schon da, und das hat sich dann irgendwie so weiterentwickelt bis ich dann einmal abends alleine zu Hause war und ... irgendwie gemerkt habe wie das in mir aufsteigt dass ich gedacht habe ich fahre jetzt mit dem Auto einmal ein bisschen zur Beruhigung herum um mich abzulenken und das ist aber immer schlimmer geworden dass ich dann sofort ins Krankenhaus bin, und war dann auch zwei Tage stationär in der Uniklinik wo ich eigentlich schon wusste dass man nichts für mich machen kann weil ich war wirklich ich bin schon durchgecheckt gewesen, und ich wusste ja schon was ich habe aber einfach so das Gefühl irgendjemand muss mir sagen was ich machen muss, irgendjemand muss mir doch helfen – – und so bin ich in die Uniklinik nachts, ... und da habe ich dann Tavor bekommen erst einmal dass ich wieder zur Ruhe komme, dann bin ich nach zwei Tagen eben wieder aus der Klinik, war dann beim Doktor *Schmidt der hat mir dann noch Gladem als Medikament gegeben, ... und dann irgendwie ab da ging es dann ein bisschen bergauf, das Tavor habe ich nur ganz kurz genommen ... das Gladem da habe ich zwei Packungen davon genommen und ab da ging es dann eigentlich so irgendwie bergauf, da habe ich dann gemerkt dass ich so von alleine vom Liegen auf dem Sofa und vom Erholen nicht wieder gesund werde, dass ich selbst etwas machen muss um gesund zu werden, ... und habe dann eben – – angefangen mit der Seminararbeit das da richtig zu arbeiten, auch mich in die Bibliothek zu setzen unter Leuten das hat mir am Anfang ein bisschen Probleme gemacht aber ging dann schon – – weil da habe ich auch am Anfang eigentlich ... Angst gehabt, ... auch eben wenn ich da in der Bibliothek in den zweiten dritten Stock bin und irgendwie ja: da habe ich auch mich total unwohl gefühlt, das ging aber so nach dem zweiten dritten Mal ..., dann habe ich mich auch gezwungen wieder abends mal ein bisschen wegzugehen, bin dann ins Brauhaus mal auf ein Bier und ... habe einfach mir gedacht ich lasse mir mein Leben nicht länger

wegnehmen und mache einfach wieder egal wie ich mich dabei fühle ich mache jetzt einfach und ... als Sicherheitsanker habe ich mir immer genommen dass ich vielleicht zwar nicht völlig fit bin im Moment sei es noch von der Virusgeschichte sei es eine Angst die mich überfallen könnte, aber mir geht es jetzt nicht so schlecht dass ich jetzt gar nichts machen kann, ich habe mir immer so gesagt vielleicht habe ich jetzt nur sechzig siebzig achtzig Prozent aber deswegen kann ich mich ja in die Bibliothek setzen oder deswegen kann ich ja einmal ins Brauhaus gehen oder deswegen kann ich ja in die Vorlesung gehen deswegen falle ich ja nicht um, und wenn es mir in der Bibliothek oder der Vorlesung wenn ich gemerkt habe mir geht es ein bisschen schlecht ... da habe ich mir dann noch einmal als zweite Rückversicherung ... gedacht dass ich komplett durchgecheckt bin körperlich, und die Wahrscheinlichkeit dass ich jetzt vom Stuhl falle ... mit einem Herzinfarkt oder so ist wahrscheinlich ... kleiner als bei jedem anderen der hier sitzt weil bei mir ist alles durchgecheckt und ich weiß dass ich nichts habe, und jeder andere weiß es gar nicht sicher vielleicht hat er ///// so in der Art habe ich mir das versucht mir da ein bisschen Mut zu machen, ...".¹⁷⁵⁶

Dieser Abschnitt zeigt deutlich, wie sehr eine phobophobische Tendenz Herrn L ergreift, nachdem er Einsicht in die Tatsache erlangt hatte, dass seine Problematik nicht alleine auf das pfeiffersche Drüsenfieber zurückzuführen ist; gleichzeitig zeigt der Abschnitt auch, wie sehr der Patient in relativ kurzer Zeit zu der Einstellung gelangt, sich sein Leben nicht länger rauben lassen zu wollen. Die ‚Tricks‘ und Strategien, die Herr L im Zusammenhang mit seiner ‚Selbstberuhigung‘ anwendet, zeigen, dass er in alltäglichen Situationen sehr unter seinen Ängsten leidet – es ist für ihn in diesem Stadium der Erkrankung zur Notwendigkeit geworden, sich in – für Menschen ohne Angst *banalen* – Situationen der Angst intensiv zu beruhigen. Dass diese Dringlichkeit mit Druck und Stress verbunden ist, kann sicher nachvollzogen werden.

Herr L schafft es in der Folge auch, wieder mehr Vertrauen in seinen Körper zu bekommen, indem er in einem Gesundheitsleistungszentrum erneut sportliche Aktivitäten aufnimmt und den Erfolg der Sache auf andere Situationen überträgt: „... ich habe mir dann einen Krafttrainingsplan und einen Ausdauerplan erstellen lassen und mache den eben unter Betreuung also da bin ich jetzt zur Zeit drinnen, war da jetzt vielleicht schon zehnmal oder achtmal und das hat mir eben auch geholfen wieder ein bisschen Vertrauen ... zu gewinnen dass ich eben merke ich bin nicht so fit wie vorher aber ich kann hier eine halbe Stunde auf dem Fahrrad fahren also kann

¹⁷⁵⁶ Interview 11, S. 9 ff

auch nichts passieren wenn ich ... mich in eine Vorlesung setze oder wenn ich einmal irgendwie im dritten Stock dann beim Einkaufen bin oder in der Richtung eben."¹⁷⁵⁷

Dieses nunmehr erneut gesteigerte Vertrauen in die Funktionsfähigkeit seines Körpers kann Herr L beispielsweise auf die genannte und zuvor gefürchtete Situation einer Vorlesung übertragen. Auf die Nachfrage, ob er sich in großen Hörsälen wieder angstfrei aufhalten kann, antwortet der Patient: „ja ja und da: wenn man da die Treppen ein bisschen hochgeht und dann sitzt man mittendrin dann irgendwie ... das war mir halt schon zu anstrengend einfach und dann die vielen Leute um mich herum und Lärm das hat alles ... Stress verursacht, ... und beim Sport habe ich eben dann gemerkt so wenig leistungsfähig bin ich jetzt auch nicht dass ich nicht da die Treppen hochgehen kann und nicht einmal eine halbe Stunde unter Leuten sitzen kann auch, also das hat mir dann eben so doch da kann ich mir das selbst eben klarmachen dass die Angst unbegründet ist dass die eigentlich keinen Boden hat auf dem also ... dass es eigentlich keinen Grund dafür gibt!“¹⁷⁵⁸

Die Weiterentwicklung der ursprünglich lähmenden Angst scheint bei Herrn L somit recht günstig verlaufen zu sein, denn er sagt selbst, dass er es vor einigen Monaten auch nicht geschafft hätte, den Interviewer im vierten Stock in dessen Privatwohnung aufzusuchen, vielmehr hätte das Treffen dann an einem anderen Ort stattfinden müssen.¹⁷⁵⁹

Von Herrn L wurden bereits viele Einschränkungen, die ihm seine Herzangst im Alltag auferlegt hat, in den Aussagen zu Beginn und Weiterentwicklung der Erkrankung genannt. Eine generelle wesentliche Behinderung im Vollzug des alltäglichen Lebens ist in einer *sozialphobischen Tendenz* zu sehen, die es dem Patienten erschwert oder unmöglich macht, öffentliche Vorträge zu halten.¹⁷⁶⁰

Weiterhin ist der Alltag zu Beginn der Erkrankung durch intensives *Schon- und Vermeidungsverhalten* geprägt, das in der vorangegangenen Kategorie mit verschiedenen Beispielen untermauert wurde. Nach dem abgebrochenen Spanienurlaub wird dieses Verhalten von Herrn L selbst so beschrieben: „ja und dann habe ich mich eigentlich seitdem – – dann eben nur noch geschont: weil ich gedacht habe ich darf jetzt nicht übertreiben sonst kommt so dieser Virus

¹⁷⁵⁷ Interview 11, S. 11 f

¹⁷⁵⁸ Interview 11, S. 12

¹⁷⁵⁹ vgl. Interview 11, S. 12

¹⁷⁶⁰ vgl. Interview 11, S. 3

sonst komme ich da gar nicht weg und habe dann auch im Internet nachgeforscht und da stand dann eben auch so ungefähr so solange man sich schwach fühlt soll man auch nicht übertreiben sondern ruhig angehen lassen! ... und dann habe ich mich eben ... total: geschont, und das hat dann mehr so noch mehr zu dieser Angstsache geführt dass ich mich eigentlich dann überhaupt mir nichts mehr zugetraut habe eben, ...".¹⁷⁶¹

Im Laufe der Zeit ist der Alltag des Patienten streckenweise dadurch geprägt, dass er nichts mehr tut und nur noch zu Hause bleibt, um sich zu schonen.¹⁷⁶²

Auch zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr L trotz der Verbesserung in seinem Befinden bezüglich seiner Herzfunktion noch immer sehr sensibel: „ich würde jetzt nicht sagen dass ich da jetzt voll darüber hinweg bin, ich merke das immer noch wie das mal kommt ich merke das auch wenn ich hier in den vierten Stock hochgehe, da merke ich das Herz klopft!“¹⁷⁶³

Dennoch scheint sich die Zeit des Krankheitsbeginns und der Weiterentwicklung deutlich von der aktuellen Lebensführung zu unterscheiden. Auffällig ist hierbei immer wieder der Verweis auf das Pfeiffersche Drüsenfieber, denn im Rahmen dieser Virusinfektion wurde dem Patienten immer wieder angeraten, sich tatsächlich zu schonen: „... und ja, was halt mir Probleme gemacht hat war dass man mir gesagt hat am Anfang immer `wenn du merkst dass das Treppensteigen Schwierigkeiten macht dann schone dich auch!` ... und immer dieses `schone dich!` von den Ärzten so am Anfang `ja dann mache auch nicht viel!` und das war eben das wo man dann eben auch Angst bekommt wenn dir ein Arzt sagt `du darfst nicht viel machen sonst wird es vielleicht wieder schlimmer mit dieser Virusinfektion!` und dann sitze ich in der Vorlesung und merke ... wie es doch anstrengender wird für mich, ... dann bekomme ich ... Angst, oder der Arzt hat auch gesagt ich soll nicht viel machen dann wird es hier anstrengend und jetzt muss ich aber weg hier! ... so hat sich das ... hochgeschaukelt! ... und ... dass dann der Alltag eigentlich total eingeschränkt war; ...".¹⁷⁶⁴

Zwar beschreibt Herr L, er habe zum Zeitpunkt der akuten Phase seiner Erkrankung noch keinen Beruf gehabt, sondern lediglich studiert, aber betrachtet man das Studium als Beruf des Patienten zum Zeitpunkt der Befragung, ergeben sich auch hier zahlreiche Einschränkungen

¹⁷⁶¹ Interview 11, S. 5

¹⁷⁶² vgl. Interview 11, S. 7

¹⁷⁶³ Interview 11, S. 12

¹⁷⁶⁴ Interview 11, S. 19 f

bezüglich der Ausübung des Berufes, den Herr L streckenweise ‚auf Eis gelegt‘ hat,¹⁷⁶⁵ weil seine *sozial- und agoraphobische Tendenz im Rahmen der Herzangst* einen normalen Studienverlauf unmöglich gemacht hat: „und da ist eine Veranstaltung die müssen alle Schwerpunkte besuchen da sind dann so zwei dreihundert Leute drinnen, und ... das habe ich mir dann auch das war mir dann alles zu viel: zu viele Leute um mich und falls es mir jetzt schlecht ginge wenn ich da mittendrin bin dann komme ich nicht sofort heraus und das hat mir dann so richtig ... platzangstmäßig oder ... Angst nicht ausbrechen zu können, dazu kam es dann eigentlich immer, ... und dann bin ich eigentlich immer so nach einer halben Stunde ... wieder gegangen und bis ich dann am Schluss gesagt habe ich gehe gar nicht mehr hin; ... ja ... was auch ein Grund war war bestimmt dass ich jetzt noch ein paar Präsentationen machen musste im Winter, die hatte ich so im Verlauf des Studiums ... auf das letzte Semester hinausgeschoben weil mir das eben schon immer Probleme gemacht hatte, ... und dann habe ich eben gedacht `na ja die Präsentation machst du lieber ganz zum Schluss!`, vielleicht passiert bis dahin ein Wunder oder irgendwie es macht mir nichts mehr aus, und das hat dann natürlich die Sache auch noch verschlimmert weil ich gewusst habe mir geht es jetzt nicht gut ich bin nicht voll leistungsfähig, ... und muss noch dazu jetzt eben Vorträge halten die es schon als es mir noch gut ging eigentlich ... mich überfordert hätten! ... weil ... die habe ich dann aber trotzdem gemacht die Präsentationen – – das war zwar eine ziemliche Qual: einmal musste ich eine auch verlegen: da war ich schon drinnen habe dann total da habe ich vorher ein Mittel genommen das habe ich vom Arzt bekommen zum Beruhigen *Atenolol also einen Betablocker und davon ist mir aber dann mein Kreislauf total abgesackt dass ich da auch fast zusammengebrochen wäre dann musste ich das auf (Versprecher) eine Woche verschieben ... und beim anderen es war dann auch irgendwann nachmittags wenn ich eigentlich immer dann einen schwachen Kreislauf hatte zu der Zeit ... und da ist dann der Kreislauf eben noch mehr abgesackt, und dann bin ich auch ins Krankenhaus zum Doktor *Schmidt und habe gesagt dass ich das alles nicht mehr packe und so weiter – – und konnte dann aber die Präsentation um eine Woche verschieben und habe sie dann nachgeholt, ... und dann ging das; aber dann kamen die Prüfungen: das waren halt meine letzten Prüfungen gewesen die habe ich dann auch nicht mitgeschrieben weil ich mir gedacht habe ich schaffe das nicht zwei Stunden Prüfungen zu schreiben ... ich weiß nicht da bin ich jetzt eigentlich schon in den Auswirkungen schon die ganze Zeit dass ich eben mein Beruf das Studium ... eigentlich total ... auf die Seite geschoben habe, ich weiß nicht warum ich ausgerechnet aber die Präsentation habe ich gemacht obwohl mir das eigentlich sehr schwer gefallen,

¹⁷⁶⁵ Interview 11, S. 20

also ... schriftliche Prüfungsangst hatte ich noch nie in meinem Leben aber die: kam dann eben auch noch dazu weil ich halt wirklich, also ich habe einfach kein Vertrauen mehr in die Leistungsfähigkeit meines Körpers gehabt ..., durch diese Virusgeschichte war ... der Auslöser ..."¹⁷⁶⁶

Die Angst des Herrn L vor mündlichen und schriftlichen Prüfungen kann demnach als deutliche Einschränkung in der Ausübung des Berufes gewertet werden. Zwar scheint der Patient zumindest mündliche Prüfungen schon immer als unangenehm empfunden zu haben, der Ausbruch der Herzangst jedoch verschlimmert derartige Befürchtungen und veranlasst den Patienten sogar dazu, an schriftlichen Prüfungen nicht teilzunehmen, das Studium also unfreiwillig zu verlängern. Aus diesem Punkt ergibt sich, dass die Prüfungsangst *größer* und *mächtiger* gewesen zu sein scheint als das konsequente Streben nach einem möglichst zeitigen Abschluss des Studiums, der zu einem früheren Berufseintritt hätte führen können.

Im Bereich Partnerschaft und Familie gilt festzuhalten, dass die Herzangst des Herrn L zwar Auswirkungen hatte, diese sich aber letztlich in Grenzen hielten. Über die Möglichkeit, dass es sich bei der Symptomatik des Patienten um eine angstbedingte Einschränkung handelt, spricht Herr L mit seiner Partnerin nicht von Anfang an, da er auch ihr gegenüber anfangs davon überzeugt ist, dass es sich um eine Auswirkung des pfeifferschen Drüsenfiebers handle.¹⁷⁶⁷ Im Laufe der Zeit jedoch ergibt es sich, dass der Patient mit seiner Freundin über die Möglichkeit einer Angsterkrankung spricht: „... da habe ich dann erst später mit ihr darüber gesprochen, ... dass ich da wohl doch irgendwie zwei Probleme habe oder ... die Angst vielleicht das Hauptproblem ist! ... und habe mit ihr dann so darüber gesprochen, für die Beziehung man hat halt nicht viel machen können ... wir haben auch einen Hund mit dem sind wir eben ab und zu spazieren gegangen aber auch nicht so lange und ... wir haben halt zu Hause gekocht: und weggegangen abends ist sie alleine ... die Aktivitäten ... haben sich halt ein bisschen haben sich halt extrem eingeschränkt eingegrenzt.“¹⁷⁶⁸

Obwohl ein derartiges Verhalten gerade am Anfang einer Beziehung in der Regel sicherlich belastend wirkt, zeigt sich die Freundin des Herrn L relativ unbeeindruckt beziehungsweise der Situation gegenüber hilflos: „ja! also ... wir haben uns eigentlich erst kurz vorher, wir sind gar

¹⁷⁶⁶ Interview 11, S. 5 ff

¹⁷⁶⁷ vgl. Interview 11, S. 8

¹⁷⁶⁸ Interview 11, S. 8

nicht so lange zusammen gewesen wir waren erst zwei Monate zusammen als das überhaupt erst anfing, ... und ... ich weiß nicht dafür: hat sie das eigentlich gut weggesteckt, da hätte man eigentlich sagen können ... wir waren zwei Monate zusammen jetzt geht es dir schon seit fünf Monaten schlecht da gehe ich dann mal vielleicht, also es ist schon etwas anderes als wenn man sich schon vier Jahre vorher gekannt hätte, ... sie war eigentlich schon für mich da immer in der Zeit und hat eigentlich ... auch nicht so recht gewusst was sie damit anfangen soll, einerseits war eben diese Drüsenfieber-Geschichte wo mir die Ärzte gesagt haben 'ja da musst du Geduld haben da kannst du eigentlich nichts machen, du darfst: nicht viel machen!', auf der anderen Seite war diese Angstgeschichte wenn ich etwas machen wollte und irgendwie waren ihr da glaube ich auch ein bisschen die Hände gebunden und sie wusste dann gar nicht so recht was sie da anfangen soll!"¹⁷⁶⁹ Insgesamt zieht Herr L bezüglich seiner Partnerschaft die Bilanz, dass seine Freundin sowohl Verständnis als auch Interesse für seine Situation gezeigt habe, sie habe ihn auch stets ernst genommen. Alle diese Punkte trafen überdies auch auf seine Familie zu.¹⁷⁷⁰ Hier ergänzt Herr L zunächst bezüglich seiner Eltern: „und ... als ich dann im Krankenhaus war, mein Vater war zu der Zeit gerade in Spanien glaube ich, ... der hat das gar nicht mitbekommen, und meine Mutter die hat mich besucht und der habe ich das dann alles so erzählt dass ich jetzt ... Angst habe ... auch einmal im Auto zu sitzen dass ich da irgendwie ... richtig Panikattacken bekomme und ... im Vorlesungssaal und bei Vorträgen ... und dass ich gar nicht mehr weiß ... was jetzt von dem Virus und was durch die Angst kommt, und ... meine Mutter hat dann eigentlich nur, sie hat ... da kein Problem gehabt damit umzugehen, für sie war das eigentlich gleich was: ich jetzt habe, sie hat halt irgendwie festgestellt 'dem geht es schlecht und was kann man da machen?' und da hat sie einen Freund von sich angerufen das ist ein Arzt und den hat sie dann gefragt eben über dieses Tavor und dieses Gladem und hat eben dann gemeint das Tavor soll ich schauen dass ich das so wenig wie möglich nehme oder wenn über einen kurzen Zeitraum weil das eben Suchtpotential hat, und das Gladem kann ich erst einmal nehmen eigentlich ohne Bedenken laut dem Arzt; also sie ... ist da sachlich damit umgegangen hat das eigentlich jetzt nicht irgendwie so getan als wäre das jetzt, sie hat das eigentlich behandelt als ob ich jetzt eine Grippe hätte als ob das jetzt, es ist halt eine Krankheit wie jede andere so in der Art, ... und mein Vater mit dem habe ich da bis heute eigentlich noch gar nicht darüber gesprochen, ... es ist einfach ... kein enges: Verhältnis! er weiß ja dass es mir zur Zeit nicht so gut geht und hat da auch einmal Ärzte zu befragt die er kennt und ... hat dann eben auch irgendwie festgestellt, ...

¹⁷⁶⁹ Interview 11, S. 8 f

¹⁷⁷⁰ vgl. Interview 11, S. 20

dass das eben eine Zeit dauert mit dem pfeifferschen Drüsenfieber aber von Angstsachen weiß er jetzt gar nichts ... weil wir auch nicht ein so enges Verhältnis haben!"¹⁷⁷¹

Aus dem Zitierten geht demnach hervor, dass die Familie nicht in kompletter Weise über die Angstsymptomatik aufgeklärt ist, denn der Vater des Herrn L ist aufgrund eines schlechteren Verhältnisses *nicht* über die Angstsymptomatik des Patienten informiert – offen bleibt demnach die Frage, ob auch der Vater des Herrn L verständnisvoll und offen reagiert hätte, wenn die Angst als Auslöser der Probleme des Patienten offen angesprochen worden wäre.

Bezüglich der Schwestern des Patienten herrscht jedoch wieder größeres Vertrauen: „..., und meine Schwestern ... mit denen habe ich auch jetzt; mit der habe ich ein recht gutes Verhältnis, bloß irgendwie ist man immer zu faul sich beim anderen zu melden – – die wissen das wohl mehr so von meiner Mutter und haben sich dann bei mir gemeldet und sind halt ein bisschen fürsorglich gewesen also schon so besorgter als wenn es jetzt pfeiffersches Drüsenfieber ist, schon so ein bisschen `oh – – ist der jetzt reif für die Anstalt?' oder so in der Richtung also das war ... einfach von beiden einmal ein Anruf und wir haben darüber gesprochen und ... das war es eigentlich; ...".¹⁷⁷²

Partnerschaft und Familie sind also derartig von der Herzanngst des Herrn L beeinflusst, dass einerseits Ratlosigkeit beziehungsweise Uninformiertheit über die Erkrankung auf der Seite des Vaters herrscht, andererseits gibt es kein Indiz dafür, dass die Erkrankung Partnerschaft und Familie übermäßig belastet hätte.

Im Bereich des sozialen Umfeldes und der Freizeit gilt es festzuhalten, dass die Herzanngst dazu führt, dass sich Herr L beispielsweise im Bereich sportlicher Aktivitäten noch immer eingeschränkt fühlt.¹⁷⁷³ Im Vergleich zur akuten Phase der Erkrankung hat sich aber eine deutliche Verbesserung ergeben: „aber das war jetzt nicht so schlimm dass ich gar nichts mehr machen konnte und so habe ich mich eben gefühlt, ich habe gefühlt wenn ich irgendetwas mache: das ist mir alles zu viel: ... ich ... bin auch nicht irgendwo ins Brauhaus gegangen oder irgendwo hin wo viel los war, ich ... habe so am Samstag Mittag mit meiner Freundin in die Stadt zu gehen war für mich eigentlich undenkbar, oder wenn dann das Auto irgendwo an der einen Ecke steht

¹⁷⁷¹ Interview 11, S. 17 f

¹⁷⁷² Interview 11, S. 18

¹⁷⁷³ vgl. Interview 11, S. 7

und wir sind an der anderen Ecke irgendwo in einem Geschäft im dritten Stock ... das alles war einfach alles mit Stress verbunden für mich, ...".¹⁷⁷⁴

Die für die Herzneurose häufig typische agora- und sozialphobische Tendenz wirkt sich demnach zeitweise äußerst einschränkend auf die Freizeitgestaltung des Patienten aus. Offensichtlich leidet auch die Freundschaftspflege des Herrn L unter dieser Tendenz: „... eben auch so Freizeitaktivitäten und wie gesagt auch mit Freunden hat sich der Kontakt dann hauptsächlich ... auf das Telefonieren beschränkt, ...".¹⁷⁷⁵

Die Auswirkungen dieser Kontaktreduktion beschreibt Herr L folgendermaßen: „... also ich habe ... zwei drei Freunde also ich habe ... einen größeren Freundeskreis Bekanntenkreis und zwei drei gute Freunde mit denen ich über Dinge spreche und ... denen habe ich das gesagt dass ich ... ein Antidepressivum nehme und dass ich da echt total durch den Wind bin, überhaupt nicht mehr weiß woher kommt was und ich nicht mehr weggehen kann weil mir alles Sorgen macht und ich weiß nicht die haben eigentlich nicht viel mir da helfen können, ... die haben halt gesagt ja: das können sie gut verstehen das ist schon alleine wenn man überhaupt einfach nur vier Monate nur zu Hause ist und dann wieder irgendwo hingehen will dann ... ist es klar dass man eigentlich voll aus dem Lebens- aus diesem Leben draußen ist was für andere Leute normal ist - - und die haben das halt verstanden und haben mich dann besucht und haben gesagt `ja komm doch einmal da mit und machen wir einmal kurz das oder spielen wir einmal Playstation oder unterhalten uns einfach so oder trinken nur ein Bier und gehen dann wieder!` ... und so in der Richtung war das ... es war jetzt ... keine so große problematische Sache gewesen, ...".¹⁷⁷⁶

Die Reaktion des Freundeskreises besteht also sowohl in dem Versuch, Herrn L verstehen zu können als auch in dem Versuch, ihm trotz einer gewissen Hilflosigkeit mit bestimmten Maßnahmen helfen zu wollen. Und obwohl der Patient angibt, dass seine Erkrankung im Freundeskreis ‚keine große Sache‘ gewesen sei, gibt er doch zu, dass sich Kontakte nicht in der Gesamtmenge, jedoch in der Häufigkeit der Treffen durch die Herzangst reduziert hätten.¹⁷⁷⁷ Verständlich wird diese Auswirkung durch eine Selbstbeschreibung des Verhaltens von Herrn L in Bezug auf seine Ängstlichkeit im Bereich der Freizeit, nachdem er seine sportlichen Aktivitäten wieder aufnehmen wollte: „und dann habe ich gedacht ich muss auch wieder anfangen mit

¹⁷⁷⁴ Interview 11, S. 7

¹⁷⁷⁵ Interview 11, S. 9

¹⁷⁷⁶ Interview 11, S. 18 f

¹⁷⁷⁷ vgl. Interview 11, S. 19

Sport, habe dann versucht Jogging zu machen habe dann aber ... nach fünf Minuten hat das Herz voll geklopft, da weiß ich halt auch nicht das ist vielleicht etwas wo ein normaler Mensch oder was heißt normaler Mensch: jemand der keine Probleme hat überhaupt nicht darauf achtet, ... aber ich war halt total: ich war auch immer so ... Puls messen, 'wie ist denn gerade mein Puls?' und immer so 'läuft alles ruhig?' und 'schlägt das Herz gleichmäßig?' also immer so bedacht: auf mein Herz, habe ich natürlich dann beim Joggen nach einem halben Jahr ohne Sport und vielleicht mit ein wenig Schwächung durch ein Virus war ich halt nach ein paar Schritten richtig außer Atem, ... dass ich ... dann gleich wieder aufgehört habe, ...".¹⁷⁷⁸

Diese ständige Beschäftigung mit den eigenen Körperfunktionen in der akuten Krankheitsphase des Herrn L erhöht die Verständlichkeit des sozialen Rückzuges des Patienten.

Beachtet man alle diese negativen Auswirkungen auf und Einschränkungen im Leben des Patienten, erscheint es verblüffend, wie sich die Symptomatik auf die aktuelle Lebensführung zum Zeitpunkt des Interviews auswirkt beziehungsweise wie sehr sich das Befinden von Herrn L gebessert hat. Herr L sagt hierzu: „... also ich lasse mich gar nicht mehr davon beeinflussen es ist eben so dass ich ... auch da eine Ärztin kennen gelernt habe bei Predia ... also die macht mir einen solchen Eindruck als ob sie sich da eben auskennt, und vorher die Ärzte die haben alle zu mir gesagt 'ja Ihre Blutwerte sind normal da kann eigentlich nichts mehr sein!' ... so 'gehen Sie zum Psychiater!' so gleich so direkt 'das bilden Sie sich ein.' und deshalb lasse ich mich jetzt insofern: weil eben diese Ärztin mir gesagt hat ich soll ich muss halt step by step anfangen jetzt mit dem Sport aber schon so an die Leistungsfähigkeit aber ich darf jetzt keine Angst bekommen wenn es noch nicht so schnell geht ich muss jetzt einfach auch ein bisschen damit ... leben dass es jetzt so ist, und deshalb lasse ich mich insofern schon noch in meinem Leben einschränken dass ich jetzt nicht zwei Stunden Fußball spiele oder auch nicht, also manche Sachen halt nicht: mache aber ich mache: einfach Sport wieder und ich spiele halt eine halbe Stunde Fußball und wenn ich merke es geht nicht dann höre ich eben auf, oder ich gehe abends weg und anstatt bis vier Uhr frühs eben bis eins oder so!“¹⁷⁷⁹

Im Bereich des Sports wagt sich Herr L also langsam wieder an Aktivitäten heran. Auch andere Tätigkeiten, die in der Akutphase der Angst unmöglich waren, etwa der Besuch eines Kino-

¹⁷⁷⁸ Interview 11, S. 11

¹⁷⁷⁹ Interview 11, S. 13

films,¹⁷⁸⁰ will sich Herr L nicht mehr nehmen lassen: „und das waren eben wirklich vorher Zeiten da habe ich; ich war zum Beispiel konnte ich nicht ins Kino gehen, ... weil ich gewusst habe zwei Stunden in solch einem Film da sitze ich auch mittendrin und ... es ist total laut: und die Kinositze mit der Zeit werden die ungemütlich und das, da war ich schon vorher mit den Nerven am Ende wenn es hieß `wir gehen ins Kino!' und solche so etwas lasse ich mir jetzt eben nicht mehr nehmen, und das ist einfach immer so was ich mir immer einrede ist ich lasse mir mein Leben nicht wegnehmen und ich bin durchgecheckt, es kann eigentlich nichts sein und ... ich bin vielleicht nicht hundertprozentig fit aber es gibt keinen Grund zur Panik und so ... ist eigentlich ist es im Moment; ...".¹⁷⁸¹

Herr L signalisiert mit dieser Aussage, dass er unbedingt wieder zurück ins Leben kommen möchte,¹⁷⁸² er will demnach in jedem Fall erreichen, dass ihn die Angst nicht mehr derartig einschränkt, wie sie es viele Monate getan hat.

Aus diesem Zustand der aktuellen Lebensführung resultiert unmittelbar auch der Wunsch in Bezug auf die Zukunftsplanung des Patienten, denn Herr L möchte weiterhin versuchen, dass ihm die Angst keine Steine mehr in den Weg legt: „... und in der Zukunftsplanung kann ich jetzt sagen dass ich so weitermache und mit dem Doktor *Schmidt habe ich jetzt zweimal in der Woche einen Termin, ... und da sprechen wir eine Stunde - - und ja das: werde ich eben weitermachen und ich hoffe halt dann dass ich das irgendwie wieder in den Griff bekomme und hoffe halt dann auch über den Sport wieder ... leistungsfähiger zu werden, ...".¹⁷⁸³

Herr L will sich aktuell und in der Zukunft nicht mehr von seiner Angst einschränken lassen und spricht in diesem Zusammenhang von dem Willen zur Veränderung seines bisherigen Lebens: „... ich will nicht mehr rauchen ich will nicht mehr dauernd da versumpfen irgendwo und ich will auch nicht da - - so mit Frauen mal hier mal da das ist ..., das kann man auch auf die Scheidung zurückführen, das wäre so ein bisschen die Lebensführung meines Vaters ..., ja und das ist dann Zukunftsplanung und kann man dann eigentlich mit Krankheitsgewinn eigentlich gleich so verbinden!“¹⁷⁸⁴

¹⁷⁸⁰ vgl. Interview 11, S. 13

¹⁷⁸¹ Interview 11, S. 13

¹⁷⁸² vgl. Interview 11, S. 20

¹⁷⁸³ Interview 11, S. 13 f

¹⁷⁸⁴ Interview 11, S. 20

Der Krankheitsgewinn im Sinne einer positiven Auswirkung der Herzangst auf das Leben des Patienten ist somit offensichtlich und wird von Herrn L ‚ohne Punkt und Komma‘ dargestellt: „... ich meine über Krankheitsgewinn könnte ich auch einige Dinge erzählen, also da: habe ich eigentlich auch das Gefühl dass mir das schon; was mir auch eben geholfen hat in einer solchen in diesem Tiefpunkt dass ich mir dann gedacht habe dass vielleicht doch alles irgendwie seinen Grund hat, dass es also ... schon irgendwie einen Grund hat warum es mir jetzt so schlecht geht, dass der Körper sich nicht ohne Grund eine Auszeit nimmt vielleicht auch, ... und dass mein Leben vorher eigentlich auch schon ziemlich ... also ich habe eigentlich einmal in der Woche kann man sagen ... ziemlich viel getrunken, ... also bin halt weggegangen habe ziemlich viel getrunken, habe über eine Schachtel am Tag geraucht, ... habe auch ... überhaupt mit der ganzen Lebensführung; habe ... wie gesagt mit den Vorträgen ja die schiebe ich ins letzte Semester und habe eigentlich mit dem Studium schon ... in der Regelzeit gemacht aber irgendwie immer ... ohne großes Interesse eigentlich, ich habe es halt gemacht: und ... vier gewinnt: und trallala und eigentlich ... habe ich immer ... schwierige Sachen Entscheidungen nach hinten hinausgeschoben, ... und - - habe auch ... mit Beziehungen ... auch ... immer ... wechselnde Partnerinnen, ...; ich hatte eine längere Beziehung von vier Jahren und nachdem eben die vorbei war hatte ich erst ein Jahr gar nichts und dann bevor ich jetzt krank geworden bin ein Jahr ständig eigentlich auch dass ich ... am Wochenende mal mit irgendeiner nach Hause bin ... oder bloß einen Monat zusammen, also das war so richtig ein exzessives Leben eigentlich, ... und da habe ich mir ... darüber Gedanken gemacht dass ich jetzt vielleicht irgendwo jetzt bin ich neunundzwanzig und dass es einmal jetzt vielleicht doch Zeit ist ein bisschen ... sich zu ändern und ein bisschen erwachsen zu werden, eigentlich Ziele zu haben und die auch zu verwirklichen und nicht nur davon zu reden dass man irgendetwas irgendwann einmal machen will sondern auch jetzt einmal Sachen anzupacken - - auch mit meiner Freundin ... dass ich mir da eben auch Gedanken machen will will ich jetzt bin ich jetzt soweit für eine ernsthafte Beziehung weil sie ist eben da ein bisschen fordernd oder man merkt dass sie auf jeden Fall mit mir zusammen sein will - - und auch vielleicht mit mir also richtig zusammenziehen und einmal eine andere Stadt; also sie hat da wirklich richtige Zukunftspläne was mir vielleicht eben auch Angst macht aufgrund der Scheidung und ja also dass ich da eben Entscheidungen treffen muss; dann habe ich aufgehört zu rauchen, dann achte ich überhaupt mehr auf meinen Körper, ich ernähre mich also viel: besser also ernähre mich eigentlich richtig gesund - - und ... das sind eigentlich so Krankheitsgewinne was ich eigentlich dazu denke Probleme anzupacken, ein bisschen dass ich jetzt vielleicht auch einmal mein Leben ändern sollte und dass ich einfach auch von der Lebensführung viel gesünder: lebe, ... auch mit dem Alkohol - - ich habe da halt nie groß über

meinen Körper nachgedacht ja? er hat halt immer funktioniert, ich habe Sport gemacht habe geraucht getrunken, aber der Körper hat immer funktioniert und ich habe mir darüber nie große Gedanken gemacht ich habe halt gedacht na ja du bist jung: und es ist eigentlich alles ok ... und, ... das irgendwo sehe ich das auch als Gewinn dass ich jetzt eben weiß ... vielleicht doch so ein bisschen die Grenzen des Körpers kennen lerne oder vielleicht ein bisschen er mir einfach sagt ja 'irgendwo musst du vielleicht auch ein bisschen auf dich aufpassen!' und ... auch schon alleine das mit dem Rauchen ist ja eigentlich schon ein Gewinn normalerweise!"¹⁷⁸⁵

Das neu entstandene Körperbewusstsein des Herrn L scheint somit seinen eigenen Aussagen zufolge auf die Herzangst zurückzuführen zu sein, weil diese ihm die Grenzen seines Körpers aufgezeigt hat. Im Vergleich zu dem relativ kurzen Leiden unter der Erkrankung scheinen diese Aspekte – sofern sie wirklich weit in Zukunft reichen – tatsächlich gewichtiger zu sein, sodass man in der Tat davon sprechen kann, dass der Krankheitsgewinn größer ist als die ursprüngliche Einschränkung durch die Erkrankung.

Herr L will seine Leben nun selbst in die Hand nehmen – die Herzangst hat ihm gezeigt, dass er erwachsen werden und seine Probleme selbst in die Hand nehmen muss: „... auch wie gesagt ... mit meiner Angst vor Vorträgen da habe ich jetzt ... habe ich mich angemeldet für einen Kurs, ich weiß nicht ob das etwas bringt an der Volkshochschule, das ist ein Redeangst-Sprechangst-Kurs, ... da habe ich mich erkundigt was man machen kann ..., also das sind schon so Sachen dass ich jetzt denke ich muss gewisse Dinge anpacken, dann ist es eben mein Ziel oder das habe ich schon die ganzen letzten Jahre gesagt nach dem Studium will ich ... Steuerberater machen, ... aber ich habe eigentlich nie so etwas dafür getan und jetzt habe ich eben da auch mein Seminararbeitsthema in die Richtung gemacht und habe jetzt schon geschaut wo ich mich dann später bewerben kann also das sind jetzt schon so Sachen wo ich vorher halt schon überhaupt immer so gedacht habe na ja! das wird dann schon kommen und wenn dann schaust du halt einmal und wo ich jetzt eben denke na ja bereite dich einfach jetzt schon einmal darauf vor, das sind schon Sachen wo ich mich jetzt versuche na ja eben auch anzupacken; und mit der Ernährung das habe ich auch also wirklich aktiv total umgestellt, ... weil da habe ich eigentlich, ich wohne jetzt schon länger alleine oder jetzt mit der Freundin eben so fast: zusammen und da

¹⁷⁸⁵ Interview 11, S. 14 ff

war es halt doch eher so Tiefkühlpizza-Ernährung und so weiter und jetzt das ist schon so mit Obst und Gemüse ja."¹⁷⁸⁶

Das Gespräch mit Herrn L hat in eindrucksvoller Weise gezeigt, dass die Herzneurose in *diesem Fall* zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensführung – und sicher auch der Lebensqualität – des Herrn L geführt hat. Damit ist dieser Patient der erste Teilnehmer der Studie, der *kurzfristig gelitten*, aber *langfristig gewonnen* hat – jedenfalls entsteht dieser Eindruck zum Zeitpunkt des Interviews.

Die These ist somit belegt.

¹⁷⁸⁶ Interview 11, S. 16

6. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die vorliegende Dissertation ist im Zeitraum zwischen November 2001 und August 2004 entstanden. Sie gliedert sich in einen Theorieteil (Kapitel 1 – 4), in einen die einzelnen Interviews interpretierenden Teil (Kapitel 5), in das die Hauptergebnisse zusammenfassende Kapitel 6 sowie in den die Interviewtranskripte enthaltenden Anhang.

Der Vollständigkeit halber ist ferner auf das Literaturverzeichnis sowie die persönliche Danksagung und den Lebenslauf des Doktoranden im Anschluss an dieses Kapitel hinzuweisen. Schließlich befindet sich am Ende dieser Arbeit die Erklärung des Doktoranden darüber, dass er die Arbeit selbstständig verfasst hat.

Die Dissertation hat verschiedene Inhalte beleuchtet und im Theorie- wie im Interviewteil folgende Ergebnisse erzielt:

- 1) Im **Theorieteil** der Arbeit wurden einige Sachverhalte erläutert und ins Bewusstsein des Lesers gerückt, um Einblick in den hier behandelten Gegenstandsbereich zu gewähren und gleichzeitig Programm und Ziel der Arbeit vorzustellen. Dabei hat das **erste Kapitel** detailliert verschiedene Modelle psychosomatischer Erkrankungen dargestellt und durch die dort gebotene Theoriemenge *einmal* den Einblick in unterschiedliche Denkweisen und Erklärungsversuche der Modelle psychosomatischer Erkrankungen ermöglicht, *andererseits* wurde durch diese Vorgehensweise ein anderer, für den Zusammenhang der Arbeit viel wichtigerer Sachverhalt thematisiert – im ersten wie im **zweiten Kapitel** wurde deutlich spürbar, worin *eine* Notwendigkeit und Absicht der vorliegenden Arbeit lag – der Patient als Krankheit erlebendes Subjekt muss wieder ganz nach der Idee Günther Bittners die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, weil gerade in der dort aufgeführten Theoriemenge deutlich wurde, dass dieser Vorsatz in aller Regel gerade nicht in die Tat umgesetzt wird. Diese ersten beiden Kapitel haben also deutlich gezeigt, dass der Patient als von Krankheit Betroffener in der Diskussion über die passende Theorie psychosomatischer Erkrankung und dem Diskurs darüber, was eine psychosomatische Erkrankung ist, zu sehr aus dem Blick gerät. Die unter Umständen beim Leser entstandene Verwirrung in Begriffen und Theoriekonstrukten – verbunden mit der Frage, welche Theorie und welche Definition die sei, die als ‚richtig‘ einzuschätzen ist – ent-

sprach der Uneinigkeit in vielen Bereichen des zweiten Kapitels, in dem die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen dargestellt wurde. Die beiden ersten Kapitel haben somit die Fragen, was man unter ‚Psychosomatik‘, ‚psychosomatischer Erkrankung‘, ‚psychosomatischer Medizin‘ sowie der ‚Herzneurose‘ zu verstehen hat, beantwortet, indem der Wissensstand bezüglich dieser Bereiche aufgearbeitet worden ist. Gleichzeitig war die Menge an dargestelltem Wissen *auch* Programm der Arbeit, weil das Patienten-Subjekt sowie der soziale und biographische Aspekt der Erkrankung selbst bei dieser Breite und Tiefe im Diskurs nicht vorkommen.

Es konnte also gezeigt werden, dass unser Medizinsystem sowie das umfangreiche existente Wissen über Krankheiten auch von einer anderen Seite zu beleuchten ist, denn „Während auf der einen Seite eine ... Ausweitung des medizinischen Leistungsangebotes besteht, findet sich auf der anderen Seite ein unkritischer Reduktionismus.“¹⁷⁸⁷ Dieser besteht darin, dass der biographisch-soziale Hintergrund, der zum Patienten gehört, praktisch als unwichtig erachtet wird, wohingegen ein Befund im Bereich der Molekülebene ein bedeutsames Ansehen wissenschaftlicher Natur genießt.¹⁷⁸⁸

Im dritten Kapitel der Arbeit wurde zunächst (3.1) dargestellt, wie gerade die medizinische Wissenschaft Krankheit betrachtet, nämlich als ‚Störfall‘, als kritisches Lebensereignis, das beispielsweise durch andere ‚critical life events‘ hervorgerufen wird und durch die Einordnung in die modernen Klassifizierungssysteme ICD-10 und DSM-IV zur genauen Verortung gelangen soll, weil hierdurch eine auf die Erkrankung abgestimmte Therapie ermöglicht wird. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass im Prinzip jeglicher Umgang mit einer Erkrankung als ‚Coping‘ verstanden wird, das der Frage nachgeht, wie der Patient mit dem ‚Störfall Krankheit‘ umgeht beziehungsweise wie er ihn bewältigt. Im weiteren Verlauf des Kapitels (3.2) wurde dann eine gänzlich andere Sichtweise von ‚Krankheit‘ dargestellt, die gleichzeitig eine wichtige Grundlage und *weitere* Basis der hier durchgeführten Studie war: ‚Krankheiten‘ wurden hier nun als Vorgänge betrachtet, die schlicht zum menschlichen Leben gehören. Durch diesen Perspektivenwechsel wurde Krankheit nicht mehr nur als Störfall innerhalb der individuellen Biographie verstanden, sie wurde vielmehr unter dem Aspekt der *Bildung* betrachtet, weil Krankheit zum menschlichen Leben, das immer auch Bildung ist, gehört.

¹⁷⁸⁷ Lamprecht in Janz 1999, S. 160

¹⁷⁸⁸ vgl. Lamprecht in Janz 1999, S. 162

Insgesamt wurde somit dargestellt und begründet, dass man Krankheit auch und unter völlig anderem Fokus verstehen und betrachten kann, woraus sich das Forschungsvorhaben dieser Arbeit in weiterer Weise abgeleitet hat: Krankheit wurde unter der Fragestellung thematisiert, was sie als Teil des Menschseins aus dem Leben des Menschen und was dieser aus ihr macht, Krankheit wurde hier als biographisches und somit bildendes Ereignis verstanden.

Das dritte Kapitel wurde als fruchtbar gedachte Kritik an der häufig anzutreffenden Einseitigkeit der Medizin, Skizzierung des Forschungsvorhabens und Begründung des pädagogischen Interesses an einem medizinischen Thema verfasst, das durch das **vierte Kapitel**, in dem die Studienmethode dargestellt wurde, Ergänzung fand.

Die ersten vier Kapitel, und hier findet gleichsam fließend der Übergang zum **fünften Abschnitt** der Arbeit statt, haben im Grundsatz und allgemein folgende Ergebnisse erzielt, die nicht streng voneinander getrennt und nacheinander präsentiert wurden, sondern vielmehr von Anfang an den roten Faden der Arbeit bildeten:

- a) Es wurde eine Betrachtung des Patienten-Subjekts und deren Notwendigkeit nach Victor von Weizsäcker und Günther Bittner diskutiert (Kapitel 1 – 4) und vollzogen (Kapitel 5), um die Auswirkungen der Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen auf das Leben der Patienten mittels deren Erzählungen zu erhellen und somit ein anderes und erweitertes Verständnis für diese Erkrankung herzustellen, indem die **Innenperspektive des autobiographischen Erzählers** im Gegensatz zu objektiven Fakten über die Erkrankung in den Mittelpunkt gerückt wurde.
- b) Die Arbeit hat Kritik an der Einseitigkeit einer naturwissenschaftlichen und ICD-10-orientierten Medizin geübt, die Krankheit ausschließlich als Störfall beziehungsweise Folge so genannter kritischer Lebensereignisse betrachtet und mittels Prozessen des Coping versucht, Krankheiten zu bewältigen, wobei hierbei die Grenzen moderner medizinischer Klassifizierungssysteme ebenso deutlich wurden wie die Unzulänglichkeiten der Life-Event- beziehungsweise der Coping-Forschung (Kapitel 1 – 4, im Besonderen Kapitel 3)
- c) Die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen wurde unter dem Aspekt der Bildung betrachtet, weil Krankheit zum menschlichen Leben gehört und daher immer über bildende Aspekte verfügt, weil sie das Leben der Betroffenen

verändern kann – umgekehrt wirkt auch der Betroffene auf seine Erkrankung ein (Kapitel 5).

- II) Der Interviewteil der Arbeit, der sich ausschließlich mit der Interpretation der Patientenbefragungen beschäftigte und somit das in den ersten vier Kapiteln propagierte Patienten-Subjekt zur Sprache kommen ließ, um die Herzneurose als Beispiel psychosomatischer Erkrankungen im Kontext der Biographie des Befragten zu beleuchten, hat zahlreiche spannende Biographien mit dieser Erkrankung interpretiert und ausgewertet und damit die Forderung nach einem Paradigmenwechsel im Hinblick auf das Subjekt des Patienten konkret umgesetzt.

Die Interviewstudie, die den eigenen Forschungsbeitrag dieser Arbeit darstellt, wurde in der Zeit vom 12. 05. 2003 bis zum 08. 04. 2004 durchgeführt. In dieser Zeit konnten insgesamt elf Patienten für das vorliegende Projekt gewonnen werden, wobei hiervon neun Patienten von Prof. Csef oder seinen Mitarbeitern vermittelt worden waren, zwei Patientinnen stammten aus dem persönlichen Umfeld des Interviewers. An dieser Stelle ergeht der Hinweis, dass ursprünglich einerseits geplant war, mehr Interviews zu führen, die Schwierigkeit der Gewinnung von Probanden jedoch führte dazu, dass dieses Vorhaben nicht umgesetzt werden konnte – eine ‚inhaltliche Sättigung‘, die nach Auffassung des Verfassers und Prof. Csef jedoch auch mit den vorliegenden Interviews gegeben ist, machte die Erhebung weiterer Daten andererseits unnötig.

Das Erhebungsverfahren bezog sich auf sechs Frauen und fünf Männer, die Probanden waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 29 und 65 Jahre alt.

Alter, Geschlecht sowie sämtliche statistische Daten der Probanden waren für deren Teilnahme an der Studie völlig ohne Bedeutung – einziges Teilnahmekriterium war die Diagnose einer Herzneurose, wobei auch Patienten befragt wurden, die zusätzlich organisch herzkrank waren.

Diesen Aussagen lässt sich entnehmen, was den roten Faden der gesamten Arbeit darstellt – der Einzelfall eines konkreten Menschen stand bei jeder Erhebung im Vordergrund.

Sozialstatistische Angaben zu den Patienten waren für die Studie vergleichsweise unwichtig.

Das allen Patienten Gemeinsame bestand lediglich in der Tatsache, dass die Probanden zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit eine wie auch immer im Einzelfall benannte *Angst* (gehabt) hatten – *Angst, die sich immer mehr oder weniger stark auf das Herz bezogen und in jedem Fall mehr oder weniger andere Symptommatiken hervorgerufen (gehabt) hatte.*

Die Zusammenfassung der bei allen Interpretationen (Interviews A – L) eingangs aufgestellten **Kernthesen** besteht darin, dass alle Befragten zum Zeitpunkt des Interviews oder in der Vergangenheit mehr oder weniger starke *Einschränkungen* ihres Lebens verspürt hatten, die Herzneurose wurde *in allen Fällen ganz allgemein als Einschränkung im Lebensvollzug* empfunden. Die Erkrankung hat das Leben aller Patienten auf unterschiedliche Art und Weise verändert – als *Behinderung* wurde sie in jedem Fall empfunden.

Allerdings konnte bei den Befragungen mit den Probanden A, B, C, D, H und L zusätzlich ein *Krankheitsgewinn* im Sinne einer positiven Begleiterscheinung der Erkrankung belegt werden.

Wiederum allgemein kann man daher sagen, dass die Krankheit ‚Herzneurose‘ das Leben der Betroffenen immer eingeschränkt hat, dass aber einige Probanden die Krankheit derartig ‚nutzen‘ konnten, dass sich zusätzlich eine wie auch immer geartete Verbesserung des Lebens eingestellt hat.

Bezüglich **Beginn** und **Weiterentwicklung** berichten die Patienten auf lebhafte Weise, wie sie ihre Erkrankung von Anfang an erlebt hatten und lieferten dadurch wertvolle subjektiv empfundene Informationen über die teilweise vorhandene Dramatik dieser Ereignisse, die in Kapitel 2.2 als Übersicht möglicher Symptome dargestellt wurden. Alle Probanden konnten mehr oder weniger exakt den *Zeitpunkt des ersten Auftretens* ihrer Symptome sowie in vielen Fällen einen *Auslöser* benennen.

Proband A stellte durch einen 1981 erlebten Autounfall seine generelle Ängstlichkeit fest, die zu immer mehr Einschränkungen sowie zahlreichen ärztlichen Untersuchungen führte.

Auch Patient B formulierte eine schon früh vorhandene Ängstlichkeit, die sich bereits mit 20 Jahren auf das Herz bezogen hatte und von der Mutter übernommen worden war, seit 1966 zu zahlreichen Untersuchungen geführt hatte und zum Zeitpunkt des Interviews weitere Ängste (etwa Agoraphobie) hervorbrachte.

Teilnehmerin C gibt im Interview an, seit sechs Jahren unter Brustschmerzen zu leiden, die auch in ihrem Fall zu weiteren Untersuchungen geführt haben.

Ein Paradebeispiel der Behinderung eines an einer Herzneurose Leidenden ist bei Proband D zu finden, dessen Erkrankung sich im Alter von 30 Jahren nach einer Pockeninfektion in Angstsymptomen manifestiert hatte, zu den typischen Untersuchungen führte und bis zum Zeitpunkt des Interviews das ganze Leben des Patienten regelrecht beherrschte!

Im Gegensatz dazu bewies Frau E, dass die in ihrem Fall mit 29 Jahren erstmals aufgetretene Symptomatik in einigen Fällen durch Medikation mit Betarezeptorenblockern sogar gestoppt werden kann!

Frau F datierte das erstmalige Auftreten ihrer Herzneurose auf das Jahr 1992, in dem sie sich von ihrem damaligen Ehemann scheiden ließ und deckte zusammen mit dem Interviewer aktuelle Ängste auf, die sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf die ursprüngliche Symptomatik zurückführen lassen.

Patientin G beschrieb sich als schon immer ängstlich, konnte aber auch benennen, dass sie vor fünf Jahren den ersten ‚Herzanfall‘ erlitten hatte und seitdem einen eingeschränkten Alltag erlebt.

Frau H konnte das Jahr 1967 als Beginn ihrer Erkrankung benennen und beschrieb ärztliche Untersuchungen und den durch die Erkrankung beeinflussten Alltag.

Herr J ist wie Herr D ein Beispiel dafür, dass quantitative Sozialforschung klare Grenzen hat, denn dieser Patient führt ein Leben im Zeichen der Herzneurose, das einer quantitativen Erhebung verborgen geblieben wäre. Bereits mit 17 Jahren lebte dieser Proband mit einer deutlichen Aufmerksamkeit bezüglich seines Herzens, den ersten sympathikovasalen Anfall erlebte er jedoch erst 1997, ist aber derartig von seiner Erkrankung geprägt, dass er Blutdruck- und Pulswerte mehrmals täglich protokolliert.

Frau K gab an, schon als Kind ängstlich gewesen zu sein, die erste Panikattacke jedoch erlebte sie 2000 nach Problemen mit ihrer Schwiegermutter.

Schließlich gibt Herr L an, schon immer an einer Sozialphobie gelitten zu haben, der erste sympathikovasale Anfall aber konnte von ihm auf das Jahr 2003 datiert werden und wurde im Zusammenhang mit einem Pfeifferschen Drüsenfieber erlebt.

Beginn und Weiterentwicklung der Herzneurose wurden innerhalb der Einzelinterpretationen lebendig und teilweise in ihrer Dramatik so geschildert, wie sie sich in quantitativen Verfahren nicht hätten zeigen können.

Es konnte gezeigt werden, wie sehr diese Erkrankung vom ersten Tag ihrer Existenz mit dem Leben der Patienten verschmilzt und dieses in der Regel auf massivste Weise beeinträchtigt!

Bei der Betrachtung des **Alltags** der Befragten konnten die Auswirkungen der Herzneurose noch deutlicher erfasst werden – die in Kapitel 2.2 dargestellten Symptome konnten eindrucksvoll konkretisiert und mit Leben gefüllt werden.

Alle Patienten berichten von einer Einschränkung im Vollzug des alltäglichen Lebens, wengleich B, C, E, J und L es auf unterschiedliche Weise schaffen, die Erkrankung ins Leben zu integrieren und sich nicht von ihr überrollen zu lassen – so wie dies deutlich erkennbar bei D der Fall ist.

Die Einschränkung besteht grundsätzlich in der Existenz von *Angst* und dem daraus entstehenden Schon- und Vermeidungsverhalten.

Konkret gaben die Patienten folgende Einschränkungen durch Angst an:

A fährt nicht mit dem Auto und muss das Autofahren mithilfe eines befreundeten Psychologen erst wieder ‚neu erlernen‘. Der Patient kann streckenweise alltägliche Dinge nicht mehr erledigen, meidet die Öffentlichkeit und führt vor seiner psychosomatischen Kur ein sehr eingeschränktes Leben, das durch agora-, klaustro- und sozialphobische Tendenzen bestimmt ist.

B zeigt Rückzugsverhalten und muss wie A alltägliche Dinge neu erlernen, in diesem Fall Witterungsexposition! Angst ist also auch hier vorhanden, nämlich in Form einer Infektionsangst.

C lebt ein Leben, das eigentlich mehr an eine Angst vor dem Sterben erinnert und dadurch charakterisiert wird, dass die Patientin sich nur im Beisein anderer Menschen oder eines Telefons sicher fühlt, um im ‚Ernstfall‘ Hilfe bekommen zu können. Diese Angst vor dem Sterben bestimmt und begleitet den Alltag von Frau C immerzu.

D meidet Menschenmassen, hat Angst vor der Benutzung einer Straßenbahn, betritt nur unter größter Überwindung ein Flugzeug und zeigt ausgeprägte agoraphobische Verhaltensweisen – die Herzneurose hat das Leben des Patienten überrollt.

Frau E erlebt die Angst vor sympathikovalen Anfällen als ständigen Wegbegleiter, Medikamente führte sie vor dem Medikationsbeginn mit Betarezeptorenblockern immer mit sich. Wegen der phobophobischen Färbung der Erkrankung zeigt die Probandin ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, sie geht beispielsweise längere Zeit nicht mehr zum Friseur, um ‚peinliche‘ Situationen zu vermeiden – aufgrund der Angst vor der Angst kann sie den Alltag auch nicht genießen. Erst Betarezeptorenblocker schaffen hier eine Besserung.

F lebt unter dem Diktat der Einschränkung, indem sie wegen ihrer Klaustrophobie keine Diskotheken oder Konzerte besuchen kann und Probleme hat, mit Bussen oder U-Bahnen zu fahren. Medikamente müssen immer greifbar sein, weil die Angst immer im Hinterkopf vorhanden ist. Über eine bestimmte Zeitspanne hinweg hatte die Patientin Angst davor, Kaffee zu trinken, weil dieser das Herz schneller schlagen ließ.

G fürchtet sich vor Supermarkteinkäufen und hat Angst vor der Überquerung größerer Plätze. Gottesdienste und Beerdigungen kann sie nur unter größter Angst besuchen, Zimmer mit Dachschräge kann sie nicht ohne Panik betreten, Reisen sind der Patientin nicht möglich.

H hat Angst davor, unter Menschen zu gehen, fürchtet sich vor einer ‚Verstopfung‘ in ihrem Körper, ‚benötigt‘ daher große Mengen an Aspirinprodukten, um den Alltag besonders in Anfallszeiten einigermaßen bewältigen zu können.

Herr J leidet besonders unter der Unberechenbarkeit seiner Herzneurose, die ihn in seiner Freiheit einschränkt. Der Alltag ist bei diesem Patienten derartig von seiner Erkrankung bestimmt, dass er seit Jahren akribisch mehrmals täglich Blutdruck und Puls protokolliert und sämtliche Arztbefunde sowie Informationen zu seiner Erkrankung sammelt.

K hat große Angst vor dem Alleinsein und leidet unter Agora- und Klaustrophobie. Dies äußert sich darin, dass die Patientin mit dem Auto kein Tunnel durchfahren kann und große Umwege auf sich nehmen würde, um diese Situation zu vermeiden; sie traut sich nicht, alleine mit dem Fahrstuhl zu fahren, kann öffentliche Verkehrsmittel nur unter großer Angst benutzen und meidet Flüge.

L schließlich leidet im Rahmen seiner Herzneurose unter ausgeprägter Sozialphobie, er kann nur unter größter Angst öffentliche Vorträge halten. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung schont er sich nur noch zu Hause und achtet ständig auf sein Herz.

Auch im Bereich des **Berufs** wurden teilweise gravierende Auswirkungen der Herzneurose beschrieben.

Sowohl A als auch B fühlen sich im Beruf eingeschränkt und teilweise nicht in vollem Umfang leistungsfähig, die Herzneurose führt im Fall von Herrn B sogar zur Frühpensionierung.

C kann nach ihrer Herzoperation nicht mehr in den erlernten Beruf zurückkehren. Zwar hat die Herzneurose hier keinen nachweisbaren Einfluss auf die Ausübung des Berufs, je-

doch verbietet die organische Herzerkrankung die Berufstätigkeit, was C als Einschränkung empfindet.

Im Falle des Herrn D führt die Herzneurose zum Nachdenken über einen vorzeitigen Ruhestand, allerdings siegt seine Liebe zum Beruf über die Erkrankung, obwohl die Ausübung der Arbeit massiv erschwert wird, weil der Patient nur unter großer Angst fliegen kann. Ohne diese Angst könnte D sogar den drohenden Konkurs eines ausländischen Firmensitzes abwenden.

Diese Existenzbedrohung ließ sich bei Frau E nicht nachweisen, wenngleich ihr die Herzneurose unangenehme Momente im Büro bescherte, weil sie während der sympathikovasalen Anfälle nicht telefonieren konnte und auch die ordentliche Erledigung anderer Arbeiten unter diesen Sensationen zu leiden hatte. Dadurch entstand bei E ein Dauerdruck, weil die Patientin Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes hatte. Insgesamt jedoch siegte hier das Pflichtbewusstsein der Patientin über die Herzneurose.

F war in der Ausübung ihres Berufs wenig beeinflusst, an den Tagen nach nächtlichen Anfällen jedoch ist sie immer müde gewesen. Auch hier siegt das Verantwortungsgefühl der Patientin über ihre Erkrankung, dennoch ist die Herzanngst auch während der Arbeit immer präsent, was durch die immer präsenten Medikamente belegt werden konnte.

Bei Frau G ist der Beruf der Hausfrau deutlich eingeschränkt, sie benötigt häufig Ruhepausen. Tätigkeiten außerhalb des häuslichen Umfeldes könnte sich die Patientin sicher nicht derartig frei einteilen. Frau H empfindet durch ihre Herzanngst große Unsicherheit bezüglich der Verlässlichkeit auf den eigenen Körper, weil sie sich ihrer Sprachfähigkeit unsicher ist. Dies führt zu deutlichem Unwohlsein am Arbeitsplatz.

Herr J arbeitet aufgrund seiner Herzanngst nur in Teilzeit – eine objektive Einschränkung, die er jedoch subjektiv nicht empfindet, war daher nachweisbar.

Im Fall der Frau K führte die schon immer vorhandene Grundängstlichkeit zu ebensolcher im Beruf, die Herzneurose selbst hat sich hier nach Aussagen der Patientin jedoch nicht ausgewirkt.

Anders verhält sich dies bei Patient L, der sein Studium aufgrund der sozial- und agoraphobischen Tendenzen unfreiwillig verlängern musste – die Herzneurose führte in diesem Fall demnach zu einer veränderten Strukturierung der zeitlichen Lebensplanung.

Die Auswirkungen der Herzangst auf den Bereich des Berufes reicht bei den befragten Patienten also von leichten Störungen bis zur Frühpensionierung – als biographisches Ereignis wirkt(e) sie hier also generell.

Auf **Partnerschaft** und **Familie** bezogen konnten ebenfalls größtenteils Einschränkungen durch die Herzneurose nachgewiesen werden.

Bei Herrn A führte die Herzangst zu passivem Verhalten der Ehefrau gegenüber, da er ihren Verlust fürchtete. Der Patient fühlte sich in seiner Ehe als Versager, weil er aufgrund der Herzangst von seinem Beruf aufgezehrt wurde. Nach einer psychosomatischen Kur jedoch konnte er die ihn an seine Ehefrau bindende Herzneurose durch zunehmende Autonomie und Selbstsicherheit ersetzen.

Der Rückzug von Herrn B aus dem aktiven Leben hat der mittlerweile vom Patienten geschiedenen Ehefrau nicht gefallen. Das Familienleben wurde zusätzlich durch Arbeiten eingeschränkt, die Herr B mit nach Hause nehmen musste, weil er sie aufgrund der Herzangst im Büro nicht bewältigt hatte. Ferner machte sich Herr B Gedanken darüber, wie seine Kinder ohne ihn aufwachsen würden, wenn er wegen seines Herzens sterben sollte. Die Biographie der Frau C zeigte sehr deutlich, dass deren Ehemann auch ständig mit der Angst der Patientin zu leben hat. Die Patientin fragte sich zudem immer, was aus ihrem Mann werde, wenn sie sterben würde. Hierin ist eine deutliche Belastung der gut funktionierenden Ehe zu sehen. Frau C gab auch an, dass ihre Geschwister unter ihrer Angst zu leiden hätten.

Herr D hingegen kann aufgrund seiner Herzneurose nur schwer Verantwortung für sein Kind übernehmen, aus der Erkrankung erwächst demnach eine eingeschränkte Freude über den eigenen Nachwuchs. Der Tochter gegenüber fühlt er sich daher als Versager. Die Krankheit hatte in diesem Fall auch eine Teilschuld am Scheitern der Ehe des Patienten.

Die Familie der Frau E versteht deren Erkrankung nicht. Allerdings wirkte sich die Herzneurose hier dennoch nicht negativ auf Familie und Ehe aus, weil gerade das Eheleben unabhängig von der Erkrankung bis zum Zeitpunkt des Interviews ohnehin nicht glücklich verlief.

Frau F wiederum empfand eine deutliche Beeinträchtigung ihres Familienlebens, weil sie sich fragte, was mit den Kindern passieren wird, wenn sie sterben sollte. Klaustrophobische Tendenzen schränken die Freizeitgestaltung mit den Kindern ein, die Herzneurose kann dennoch gut von den Kindern fern gehalten werden, obwohl die Patientin immer wieder an ihre Grenzen stößt.

Patientin G enthält ihren Kindern ihre Ängste und Emotionen vor, eine Einschränkung im Sinne reduzierter Kommunikation konnte somit nachgewiesen werden.

Frau H gibt an, dass ihre Ehe nicht durch ihre Erkrankung beeinträchtigt gewesen sei, das Familienleben scheint hingegen fast positiv beeinflusst zu werden, weil die Wortfindungsschwierigkeiten hier zu ‚lustigen Situationen‘ führen.

Die Ehe des Herrn J ist durch die Herzangst eingeschränkt. Seine Ehefrau wisse nämlich nie, was man alles erleben müsse, wenn man mit ihm Unternehmungen macht. Die gemeinsame Mobilität ist daher eingeschränkt, Unzufriedenheit und Resignation bei der Ehefrau des Patienten kamen im Interview zum Vorschein. Die Familie begegnet Herrn J insgesamt mit erhöhter Sensibilität.

Frau K erlebt bedingt durch ihre Herzneurose eine relativ starke Beeinträchtigung. Nächtliche Anfälle beeinträchtigen den Ehemann, ferner muss dieser viel im Haushalt anfallende Arbeit erledigen. Teilweise bat ihn seine Ehefrau sogar, tagsüber nicht zur Arbeit zu gehen, weil die Patientin Angst vor dem Alleinsein hat. Der Ehemann verzichtet überdies auf Freizeitaktivitäten, um für die Patientin präsent zu sein. Der Sohn von Frau K kam ihrer Meinung nach als Kind zu kurz, weil wegen der Erkrankung kaum Zeit für ihn blieb. Frau K befürchtet sogar, dass ihr Sohn Anteile ihrer Erkrankung in Form von Sensibilität übernommen haben könnte.

Bei Herrn L hingegen halten sich die Einschränkungen in der genannten Rubrik in Grenzen. Die Partnerin des Patienten zeigt Verständnis und Interesse für dessen Situation; dies trifft auch auf die Familie des Patienten zu, die jedoch teilweise nicht über die Angstproblematik informiert ist.

Auch im Bereich des **sozialen Umfeldes** sowie der **Freizeit** ließ sich größtenteils eine deutliche Einschränkung durch die Herzneurose nachweisen.

Herr A gab seine sportliche Aktivitäten auf, fuhr nicht mehr in den Urlaub und war zunehmend isoliert. Erst seine psychosomatische Kur brachte eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Auch Herr B gibt streckenweise seine sportliche Betätigung auf und reduzierte dadurch soziale Kontakte. Allerdings ließ sich dieser Patient nicht jedes Freizeitvergnügen nehmen. Auch in diesem Fall brachte eine psychosomatische Kur Besserung.

Frau C gab an, zunächst durch ihre Herzneurose eingeschränkt gewesen zu sein, sie wollte aber andererseits normal von ihrem Umfeld behandelt werden und versuchte immer, die Erkrankung durch Selbstironie abzufedern.

Besonders gravierend gestaltete sich die Einschränkung im Bereich des sozialen Umfeldes von Herrn D. Er gab an, seit zehn Jahren fast nichts mehr unternommen zu haben – gleichzeitig beschrieb er die Distanzierung vieler Freunde von ihm, weil er durch seine Erkrankung sehr unzuverlässig geworden ist.

Auch Frau E beschrieb eine Einschränkung im Freizeitbereich, weil sie bestimmte Unternehmungen nicht mehr machen wollte, um die eigenen Nerven und die anderer Menschen zu schonen – gleichzeitig stieß sie auf Unverständnis ihres sozialen Umfeldes.

Bei Frau F hingegen wirkt die Herzangst vergleichsweise wenig in den genannten Bereich hinein – das Wissen um potentielle Hilfe durch Medikamente oder Kontakt zu Mitmenschen hilft dieser Patientin bereits. In diesem Fall konnte keine Reduktion des Freundeskreises festgestellt werden, allerdings führt ihre klaustrophobische Tendenz im

Freizeitbereich andersweitig zu Einschränkungen, weil die Befragte zeitweise etwa Diskotheken- oder Konzertbesuche meiden musste.

G erfährt durch ihre klaustro- und agoraphobische Tendenz massive Einschränkungen. Sie verzichtet ‚freiwillig‘ auf Kontakte, um nicht ständig in Erklärungsnot zu geraten, obwohl die Patientin eigentlich ein geselliger Mensch ist und zeitlich die Möglichkeit hätte, Unternehmungen zu machen.

Frau H gab an, sich wegen ihrer Wortfindungsstörungen nicht mehr aus dem Haus zu trauen, der Freundeskreis löste sich hier krankheitsbedingt völlig auf. Die Patientin bewegt sich nur in dem Umfeld völlig frei, in dem sie sich mit ihrer Krankheit angenommen fühlt. Allerdings gab die Patientin auch an, sich mit ihrem ruhigen Leben gut arrangiert zu haben.

Herr J empfand insbesondere die Unberechenbarkeit seiner Erkrankung als äußerst unangenehm. Die Herzangst verbietet ihm das Aufsuchen bestimmter Orte, was zum Abbruch vieler persönlicher Kontakte führte. Ferner beansprucht der Patient seine Mitmenschen teilweise sehr stark.

Wie H pflegt auch Frau K wenig Kontakte, weil sie Angst hat, andere Menschen, welche die Patientin sowieso nicht verstehen würden, zu sehr zu belasten. Aktivitäten wie beispielsweise Flugzeugreisen oder Kinobesuche sind ihr unmöglich.

L schließlich wurde in der Akutphase seiner Erkrankung sehr stark im genannten Bereich eingeschränkt. Bei ihm reduzierten sich die Kontakte in dieser Zeit bezüglich der Häufigkeit der Treffen mit Freunden und Bekannten. Die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Körper schränkten ihn auch in der Ausübung sportlicher Aktivitäten ein.

Im Bereich der **aktuellen Lebensführung** konnte bei einigen Patienten eine Besserung der Symptomatik festgestellt werden, bei anderen Befragten steht das Leben zum Zeitpunkt der Befragung noch immer im Schatten der Angst.

Das Leben des Herrn A wird immer noch durch dessen Herzneurose beeinflusst, dennoch kann er aufgrund seiner psychosomatischen Kur recht gut mit ihr leben.

An die Stelle der Depression trat demnach eine deutlich gesteigerte Aktivität.

Ebenso kann Herr B seine Erkrankung annehmen und handhaben.

C hingegen leidet noch immer unter massiver Beeinträchtigung des Alltags, zeigt aber Lebenswille und Hoffnung.

Herr D ist zum Zeitpunkt des Interviews in sämtlichen Lebensbereichen massiv behindert und kann nur schlecht mit seiner Erkrankung umgehen.

E versucht hingegen, bestmöglich mit der Erkrankung zu leben.

F bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Phobie und vermehrter Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

T wiederum führt nur jene Aktivitäten aus, die sie sich auch tatsächlich zutraut – Angst ist in ihrem Leben ihr permanenter Begleiter.

H scheint zufrieden und mit der Herzangst verwachsen zu sein, aber auch in diesem Fall ist das Leben von Angst geprägt.

Auch Herr J arrangiert sich mit seiner Erkrankung, lebt aber trotzdem in ständiger Sorge, sterben zu müssen und empfindet die genannte Unberechenbarkeit der Anfälle als äußerst einschränkend.

Das Leben von Frau K ist ebenfalls von Angst überschattet, sie meidet für sie unangenehme Situationen, räumt aber trotzdem eine Zufriedenheit ein, die sich auf den Umstand bezieht, sich noch alleine versorgen zu können.

Herr L schließlich will sich nicht mehr von seiner Angsterkrankung einschränken lassen und sagt ihr zum Zeitpunkt des Interviews den Kampf an.

In der Kategorie der **Zukunftsplanung** ist interessanterweise einheitlich der Wunsch benannt worden, in Zukunft ein ‚normales Leben‘ führen zu wollen.

Nennenswert andere Ansprüche nannten die Befragten nicht.

A hat im Rahmen seiner Erkrankung zu einer neuen Identität gefunden und möchte diesen Trend in der Zukunft beibehalten.

B leidet noch unter einer Restangst, zeigt sich aber zuversichtlich und kann durch seine Pensionierung nun Dinge tun, die während der Berufstätigkeit noch nicht denkbar gewesen wären.

Frau C plant – vermutlich auch aufgrund ihrer organischen Herzerkrankung – nur kurz- und mittelfristig, setzt jedoch große Hoffnung in den medizinischen Fortschritt.

Selbst Herr D hat Zukunftspläne, obwohl er durch seine Herzneurose sehr verunsichert ist. Er möchte weniger arbeiten und eine glückliche Beziehung führen.

E gab an, in Zukunft fit bleiben zu wollen und die Priorität nicht auf Quantität, sondern auf Qualität im Leben setzen zu wollen.

F räumte ein, während der Akutphase ihrer Angststörung nur von Tag zu Tag gelebt zu haben – eine mittel- und langfristige Planung gab es damals nicht.

Auch G wünscht sich für die Zukunft, die Angst in den Griff zu bekommen, um ein normales Leben führen zu können.

Frau H möchte Klarheit im Sinne eines organischen Befundes bekommen – dies ist als Zeichen dafür zu werten, wie sehr sie ihre Angst beunruhigt.

Die Patienten J, K und L wünschen sich schließlich auch, ein normales Leben führen zu können – die Angst soll ihnen keine Steine mehr in den Weg legen und sie nicht weiter daran hindern, ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.

Der letzte Bereich, der die Frage nach einem möglichen Krankheitsgewinn beinhaltete, kam zu dem Ergebnis, dass in sechs Fällen (A, B, C, H, K und L) ein Krankheitsgewinn nachweisbar gewesen ist, der in einer Steigerung der Lebensqualität durch persönliche

Veränderung (A), Frühpensionierung (B), einer Intensivierung des Lebensgefühls (C und H), Gelassenheit in alltäglichen Arbeiten (K) sowie einem neuen Körperbewusstsein und dem Wunsch, nun endlich ein erwachsenes Leben führen zu wollen (L), bestand. Ambivalent wurde diese Frage von F beantwortet, da in dieser Befragung angegeben wurde, zwar bewusster zu leben, sonst aber nur Einschränkungen zu erfahren. Explizit keinen Krankheitsgewinn räumten D, E und J ein. Bei G schließlich konnte nach Auffassung des Interpreten nachgewiesen werden, dass sich die Patientin den Krankheitsgewinn einredet, sie könne auch zu Hause zufrieden sein und nun auch mit einem nicht perfekt geführten Haushalt leben, alle anderen Aussagen dieser Patientin nämlich haben das Gegenteil gezeigt.

Die Dissertation hat das Leben von Herzneurotikern mit ihrer Erkrankung im Hinblick auf die Störung als biographisches Ereignis untersucht. Nach Auffassung des Verfassers ist es gelungen, die Auswirkungen dieser Erkrankung auf verschiedene Lebensbereiche zu erfassen und das Veränderungspotential der Herzangst im Hinblick auf individuelle Biographien darzustellen und so gleichzeitig das von Günther Bittner geforderte Patienten-Subjekt intensiver zu beachten sowie den Bildungsaspekt der Herzangst zu betonen. Dieser zeigt sich in den teilweise gravierenden Veränderungen, welche die Erkrankung innerhalb der Biographien herbeiführt, die Aussagen der Probanden zum Umgang mit der Erkrankung haben die Befragungen unter diesem Aspekt ergänzt.

Schließlich bleibt zu hoffen, dass die Beachtung von Krankenbiographien sowohl in der Wissenschaft als auch in der medizinischen Praxis zukünftig intensiviert wird, denn „Die Wissenschaft von lebenden Wesen hat es mit Objekten zu tun, welche selbst ein Subjekt enthalten.“¹⁷⁸⁹

¹⁷⁸⁹ v. Weizsäcker 1950, S. 92

Literaturverzeichnis**A**

Adler, R. H. & T. v. Uexküll: Individuelle Physiologie als Zukunftsaufgabe der Medizin. In Adler, R.H.: Psychosomatik als Wissenschaft. Integrierte Medizin gedacht und gelebt. Stuttgart, New York: Schattauer 2000. (S. 3 – 16).

Adler, R. H.: Psychosomatik als Wissenschaft. Integrierte Medizin gedacht und gelebt. Stuttgart, New York: Schattauer 2000.

Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. (4., unveränderte Auflage). Berlin, New York: de Gruyter 1985.

B

Baacke, D.: Biographie: soziale Handlung, Textstruktur und Geschichten über Identität. Zur Diskussion in der sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Biographieforschung sowie ein Beitrag zu ihrer Weiterführung. In Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.): Pädagogische Biographieforschung. Orientierungen, Probleme, Beispiele. Weinheim, Basel: Beltz 1985. (S. 3 – 28).

Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.): Pädagogische Biographieforschung. Orientierungen, Probleme, Beispiele. Weinheim, Basel: Beltz 1985.

Baacke, D.: (Perspektiven disziplinärer Art in der, M. Hager) Pädagogik. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union 1991. (S. 44 – 46).

Bergmann, G., P. Hahn: Die Bedeutung des sympathikovasalen Anfalles für die Nosologie und Therapie der herzphobischen Form der Herzneurose. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 75 – 83).

Beunderman, R., H. v. Dis, D. Duyvis: Eine Vergleichsstudie somatischer und psychologischer Symptome bei Patienten mit nicht kardial bedingtem Brustschmerz und solchen mit

Myokardinfarkt. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 56 – 65).

Beutel, M.: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin 1988.

Beutel, M.: Coping und Abwehr – Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. In Muthny, F. A. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin u. a.: Springer 1990). (S. 1 – 12).

Bittner, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1994.

Bittner, G.: Kinder in die Welt, die Welt in die Kinder setzen. Eine Einführung in die pädagogische Aufgabe. Stuttgart: Kohlhammer 1996 a.

Bittner, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten. (2. Auflage). Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1996 b.

Bittner, G.: „Eine große Frage bin ich mir geworden ...“. Über die Anfänge autobiographischer Selbstvergegenwärtigung in Augustins „Bekanntnissen“. In Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition 1997. (S. 43 – 77).

Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition 1997.

Bittner, G.: Metaphern des Unbewussten. Eine kritische Einführung in die Psychoanalyse. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 1998.

Bittner, G.: Der Erwachsene. Multiples Ich in multipler Welt. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2001.

Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989.

Blankenburg, W.: Futur-II-Perspektive in ihrer Bedeutung für die Erschließung der Lebensgeschichte des Patienten. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 76 – 84).

Blankenburg, W.: Lebensgeschichte und Krankengeschichte. Zur Bedeutung der Biographie für die Psychiatrie. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 1 – 10).

Bohrn, U.: Partnerschaft und Herzneurose. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 162 – 165).

Bortz, J., N. Döring: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (3., überarbeitete Auflage). Berlin u.a.: Springer 2002.

Bräutigam, W., P. Christian: Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Thieme 1981.

Bräutigam, W.: Bemerkungen zur Lebensgeschichte in psychoanalytischen Therapien. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 24 – 28).

Broda, M.: Anspruch und Wirklichkeit – Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarus-Gruppe. In Muthny, F. A. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin u.a.: Springer 1990. (S. 13 – 23).

Bühler, K.-E.: Methodologische Aspekte wissenschaftlicher Biographik. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 29 – 46).

Buller, R., W. Maier, O. Benkert: Das Herzangstsyndrom – ein Subtyp des Panik-Syndroms. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 42 – 49).

C

Csef, H.: Die Herzangst aus Sicht der anthropologischen Medizin. Würzburg: Universitätsdissertation 1982.

Csef, H.: Herzangst-Syndrome. Die ätiologische Bedeutung von Orientierungskrisen und Orientierungskonflikten und ihre Konsequenzen für die therapeutische Praxis. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 31 (1985). (S. 320 – 338).

Csef, H.: Phobische Herzneurosen als Orientierungskrisen. In Wyss, D.: Der psychosomatisch Kranke. Zwischen Krisen und Scheitern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1987. (S. 261 – 279).

Csef, H.: Spätschicksale psychotherapeutisch unbehandelter Herzphobien. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 172 – 181).

Csef, H.: Klinik und Differentialdiagnose der phobischen Herzneurose. Deutsche Medizinische Wochenschrift 115 (1990). (S. 629 – 635).

Csef, H.: Psychotherapie phobischer Herzneurosen. In Nissen, G. (Hrsg.): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie als integrierte Behandlungskonzepte. Bern u. a.: Huber 1993. (S. 69 – 81).

Csef, H.: Angst als Motor psychosomatischer Krankheiten. In Nissen, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen. Prävention und Therapie. Bern u. a.: Huber 1995. (S. 126 – 136).

Csef, H.: Vom „Funktionellen Syndrom“ zur „Somatoformen Störung“. Die neue Klassifikation der ICD-10. Fortschritte der Medizin 113 (1995). (S. 275 – 277).

Csef, H.: Psychosomatik und Psychotherapie der Herzangst-Syndrome. Deutsche Medizinische Wochenschrift 121 (1996). (S. 771 – 776).

Csef, H.: Somatoforme Störungen in der inneren Medizin. In König, B. D., D. Reinhardt, H.-P. Schuster (Hrsg.): Kompendium der praktischen Medizin. Berlin u. a.: Springer 2000. (S. 393 – 402).

Csef, H.: Die Herzneurose, ihre Erkundung und Behandlung. In Nissen, G. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2002. (S. 109 – 123).

D

Danner, H.: Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. (4., überarbeitete Auflage). München, Basel: Reinhardt 1998.

Deister, A.: Angst- und Panikstörungen. In Möller, H.-J. und andere: Psychiatrie und Psychotherapie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme 2001 a. (S. 106 – 124).

Deister, A.: Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen). In Möller, H.-J. und andere: Psychiatrie und Psychotherapie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme 2001 b. (S. 242 – 253).

Deister, A.: Somatoforme Störungen. In Möller, H.-J. und andere: Psychiatrie und Psychotherapie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme 2001 c. (S. 254 – 267).

Deter, H. C.: Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker. Stuttgart, New York: Thieme 1997.

Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber 1991.

Dilthey, W.: Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Gesammelte Schriften, Band 5. Leipzig: Teubner 1923.

Dittmann, K. H.: Perspektiven der Lebensereignisforschung. Eine kritische Diskussion theoretischer und methodischer Probleme und Lösungsansätze. Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang 1991.

E

Eisenack, P., K. Hartmann, D. Schwarz: Biofeedback bei funktionellen Herz-Kreislaufstörungen. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 166 – 171).

Ermann, M.: Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Ein Manual auf psychodynamischer Grundlage. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 1999.

F

Faller, H.: Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden. Frankfurt a. M. u. a.: Lang 1990. (Zugleich Universitäts-Dissertation Freiburg im Breisgau 1989).

Faller, H.: Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie 1998.

Faltermaier, T.: Bewältigung und präventives Gesundheitsverhalten. In Heim, E., M. Perrez (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Göttingen u. a.: Hogrefe 1994. (S. 157 – 169).

Fatke, R.: Fallstudien in der Erziehungswissenschaft. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 56 – 68).

Fiegenbaum, W., H.-Chr. Gierschner, B. Renneberg: Untersuchung zur Langzeiteffektivität von Reizüberflutungsverfahren bei Herzphobikern. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 145 – 155).

Filipp, S.-H.: Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981. (S. 3 – 52).

Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981.

Flick, U., E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel, S. Wolff (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union 1991.

Flick, U., E. v. Kardorff, I. Steinke (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000.

Flick, U., E. v. Kardorff, I. Steinke: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Was ist qualitative Forschung? Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000. (S. 13 – 29).

Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH 2002.

Flor, H., N. Birbaumer, K. Hahlweg (Hrsg.): Grundlagen der Verhaltensmedizin. Göttingen u. a.: Hogrefe 1999.

Florin, I., C. Vögele, B. Tuschen-Caffier: Verhaltensmedizin. Eine Einführung. In Flor, H. und andere (Hrsg.): Grundlagen der Verhaltensmedizin. Göttingen u. a.: Hogrefe 1999. (S. 1 – 28).

Franke, A.: Psychosomatische Störungen. Theorien und Versorgung. Stuttgart u. a.: Kohlhammer 1981.

Freud, S.: Hemmung, Symptom und Angst. München: Kindler 1978. (Original 1926).

Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997.

Friebertshäuser, B.: Interviewtechniken – ein Überblick. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 371 – 395).

Friedrichs, J. (Hrsg.): 23. Deutscher Soziologentag 1986. Sektions- und Ad-hoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag 1986.

Fröhlich, V.: Lebensgeschichten verstehen. In Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition 1997. (S. 79 – 110).

Fuchs-Heinritz, W.: Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Opladen: Westdeutscher Verlag 1984.

G

Glinka, H.-J.: Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Weinheim, München: Juventa 1998.

Göppel, R.: „Meine Kindheit war nicht die eines Kindes“. Biographische Wurzeln pädagogischer Reflexion bei Jean Jaques Rousseau. In Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition 1997. (S. 79 – 110).

Gräser, H., H. Esser, H. Saile: Einschätzung von Lebensereignissen und ihren Auswirkungen. In Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981. (S. 104 – 122).

H

Hanses, A.: Biographik als Wissenschaft. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 105 – 125).

Harbauer-Raum, U.: Wahrnehmung von Herzschlag und Herzarrhythmien – Eine Labor-Feldstudie an Patienten mit Herzphobie. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 84 – 91).

Heim, E., M. Perrez (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Göttingen u. a.: Hogrefe 1994.

Henningsen, J.: Autobiographie und Erziehungswissenschaft. Essen: Neue Deutsche Schule Verlagsgesellschaft 1981.

Hermanns, H.: Narratives Interview. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union 1991. (S. 182 – 185).

Herzog, W.: Das moralische Subjekt. Pädagogische Intuition und psychologische Theorie. Bern: Huber 1991.

Hildenbrand, B.: Biographie als Fokus interpretativer Sozialforschung. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 47 – 51).

Hillmann, K.-H.: Wörterbuch der Soziologie. (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Stuttgart: Kröner 1994.

Hoff, P., H. Sass: Operationale Diagnostik in der Psychiatrie. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 139 – 158).

Hoffmann, S. O., H. Schepank, H. Speidel (Hrsg.): Denkschrift '90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Ulm: PSZ-Verlag 1990.

Hopf, C.: Qualitative Interviews – ein Überblick. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000. (S. 349 – 360).

Hultsch, D. F., S. W. Cornelius,: Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung: Methodologische Aspekte. In Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981. (S. 72 – 90).

J

Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner Verlag 1981.

Jacob, W.: Kranksein und Gesundsein. In Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner Verlag 1981. (S. 201 – 215).

Jacob, W.: Zur Bedeutung der Biographie für die innere Klinik. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 11 – 16).

Jakob, G.: Das narrative Interview in der Biographieforschung. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 445 – 458).

Janz, D.: Einführung. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 7 – 10).

Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999.

Janzarik, W.: Strukturdynamik. In Peters, U. H. (Hrsg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychiatrie. Band 1. Weinheim, Basel: Beltz 1983. (S. 99 – 114).

Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973.

Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende der Medizin. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1976.

Jüttemann, G., H. Thomae (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz 1999.

K

Kardorff, E. v.: Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union 1991. (S. 3 – 8).

Katschnig, W.: Sozialer Streß und psychische Erkrankungen. München: Urban & Schwarzenberg 1980.

Kelle, U., C. Erzberger: Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000. (S. 299 – 309).

Klafki, W.: Die Bedeutung der klassischen Bildungstheorien für ein zeitgemäßes Konzept allgemeiner Bildung. Zeitschrift für Pädagogik 32 (1986). (S. 455 – 476).

Kleining, G.: Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union 1991. (S. 11 --22).

Klußmann, R.: Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht. (2., neubearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin u. a.: Springer 1992.

Köhler, T.: Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 1995.

König, E., A. Bentler: Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozeß – ein Leitfaden. In Friebertshäuser, B., A. Prengel, (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 371 – 395).

König, B. D., D. Reinhardt, H.-P. Schuster (Hrsg.): Kompendium der praktischen Medizin. Berlin u. a.: Springer 2000.

Kohli, M., G. Robert (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler 1984.

Kohli, M.: Normalbiographie und Individualität. Zur institutionellen Dynamik des gegenwärtigen Lebenslaufregimes. In Friedrichs, J. (Hrsg.): 23. Deutscher Soziologentag 1986. Sektions- und Ad-hoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag 1986. (S. 432 – 435)..

Kowal, S., D. C. O'Connell: Zur Transkription von Gesprächen. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000. (S. 437 – 447).

Krüger, H.-H.: Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 43 – 55).

Krüger, H.-H., W. Marotzki (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske & Budrich 1999.

Kruse, A., E. Schmitt: Halbstrukturiertes Interview. In Jüttemann, G., H. Thomae (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz 1999. (S. 161 – 174).

L

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. (2., überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 1993.

Lamprecht, F.: Allgemeine Psychosomatik und Modellvorstellungen. In Machleidt, W. und andere (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. (6., komplett neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Thieme 1999 a. (S. 121 – 129).

Lamprecht, F.: Doppelte Buchführung: Eine Falldokumentation. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 159 – 168).

Lamprecht, F.: Spezielle Psychosomatik. In Machleidt, W. und andere (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. (6., komplett neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Thieme 1999 b. (S. 130 – 139).

Lang, H.: Zur Bedeutung der Biographie für die Psychotherapie. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 17 – 23).

Loch, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, Leipzig: Hirzel 1998.

M

Machleidt, W., M. Bauer, F. Lamprecht, C. Rohde-Dachser, H. H. Rose (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. (6., komplett neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Thieme 1999.

Marotzki, W.: Ethnographische Verfahren in der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In Jüttemann, G., Thomae, H. (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz 1999. (S. 44 – 69).

Marotzki, W.: Forschungsmethoden und Forschungsmethodologie der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In Krüger, H.-H, W. Marotzki (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske & Budrich 1999. (S. 109 – 133).

Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. München: Fischer 1982.

Mergenthaler, E.: Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript. (3., neu überarbeitete Auflage). Ulm: Ulmer Textbank 1992.

Michaelis, R.: Das Herzangstsyndrom. Klinisches Bild, Ursachen, Differentialdiagnose und Therapie in psychiatrischer Sicht. Basel u. a.: Karger 1970.

Möller, H.-J., G. Laux, A. Deister: Psychiatrie und Psychotherapie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme 2001.

Morschitzky, H.: Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien, New York: Springer 2000.

Müller, C.: Zur Geschichte der Krankengeschichte. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 93 – 104).

Muthny, F. A. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin u. a.: Springer 1990.

N

Nissen, G. (Hrsg.): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie als integrierte Behandlungskonzepte. Bern u. a.: Huber 1993.

Nissen, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen. Prävention und Therapie. Bern u. a. : Huber 1995.

Nissen, G. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2002.

Nutzinger, D. O., D. Pfersmann, T. Welan, H.-G. Zapotoczky (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987.

Nutzinger, D. O.: Klassifikation und Verlauf der Herzphobie. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 22 – 32).

O

Olbrich, E.: Methodischer Zugang zur Erfassung von Coping-Fragebogen oder Interview? In Muthny, F. A. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin u.a.: Springer 1990. (S. 53 – 77).

Oswald, H.: Was heißt qualitativ forschen? In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 71 – 87).

P

Peters, U. H. (Hrsg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychiatrie. Band 1. Weinheim, Basel: Beltz 1983.

Pfersmann, D., H. G. Zapotoczky: Behandlungsstrategien bei Herzphobikern an einer verhaltenstherapeutischen Station. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 156 – 161).

Pschyrembel, W., R. N. Braun (Hrsg.): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. (259., neu bearbeitete Auflage). Berlin, New York: de Gruyter 2002.

R

Reble, A.: Geschichte der Pädagogik. (18. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta 1995.

Reinecker, H.: Differentielle Effekte der Vermittlung plausibler Ätiologie- und Änderungsmodelle. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 126 – 135).

Richter, H.-E., D. Beckmann: Herzneurose. (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme 1973.

Roseman, R. H.: Der Einfluß von Angst oder Angstfreiheit auf das Kreislaufsystem. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 2 – 21).

Rüger, U., A. F. Blomert, W. Förster: Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht 1990.

S

Schelling, W. A.: Über heilsame Wirkungen einer erinnernden Vergegenwärtigung der Lebensgeschichte. In Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme 1989. (S. 96 – 100).

Schenker, D.: Kritische Lebensereignisse als Weiterbildungsanlaß im Erwachsenenalter. Aachen: Fischer 2000.

Schmidt, C.: Analyse von Leitfadeninterviews. In Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000. (S. 447 – 456).

Schön, K.: Coping/Bewältigungsmuster bei PTCA-Patienten. Würzburg: Universitätsdissertation 2001.

Schonecke, O., J. M. Herrmann: Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom. In Uexküll, T. v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. (2., durchgesehene Auflage). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981. (S. 464 – 475).

Schonecke, O.: Herzphobie. Ursachen und Behandlung. Göttingen u. a.: Verlag für Angewandte Psychologie 1998.

Schüssler, G., E. Leibing: Coping und Abwehr – Erste empirische Befunde einer multidimensionalen Erfassung. In Muthny, F. A. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin u.a.: Springer 1990. (S. 121 – 130).

Schübler, G., E. Leibing (Hrsg.): Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen u. a.: Hogrefe 1994.

Schübler, G., E. Leibing: Therapie- und Verlaufsstudien zur Krankheitsbewältigung – Quo Vadis? In Schübler, G., E. Leibing (Hrsg.): Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen u. a.: Hogrefe 1994. (S. 9 – 16).

Schütz, W.: Zur Differentialdiagnose der Herzphobie aus der Sicht der Intensivmedizin. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 33 – 41).

Speidel, H. (Hrsg.): Konzepte der Psychosomatik. In Nissen, G. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2002. (S. 9 – 23).

Spöring, W.: Qualitative Sozialforschung. (2. Auflage). Stuttgart: B. G. Teubner 1995.

Stengl, A.: „Prozesse des Erleidens“ in Lebensgeschichten von Patienten mit Herzangstsyndrom. Empirische Untersuchungen mit einer biographischen Forschungsmethode. Würzburg: Universitätsdissertation 1992.

Strian, F.: Psychiatrische Aspekte des Mitralklappenprolaps-Syndroms. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 66 – 74).

Sturm, J., M. Ehrhardt, C. Müller: Ein multimodales verhaltensmedizinisches Gruppenkonzept für die Behandlung von Herzphobikern. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 136 – 144).

Südmersen, I. M.: Hilfe, ich erstickte in Texten! – Eine Anleitung zur Aufarbeitung narrativer Interviews. In Neue Praxis 13 (1983), S. 294 – 305.

T

Terhart, E.: Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa 1997. (S. 27 – 42).

U

Uexküll, T. v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. (2., durchgesehene Auflage). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1981.

V

Vasconcellos, E. G.: Stress, Coping und soziale Kompetenz bei kardiovaskulären Erkrankungen. Eine empirische Untersuchung mit Herz- und Kreislaufkranken. München: Universitäts-Dissertation 1985.

Vescovi, G.: Gesundheitsbildung als Lebensführung. In Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner Verlag 1981. (S. 44 – 58).

W

Walcher, W.: Herzphobien im Rahmen von Depressionen. In Nutzinger, D. O. und andere (Hrsg.): Herzphobie. Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke 1987. (S. 50 – 55).

Weber, K.: Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1984.

Weizsäcker, V. v.: Diesseits und Jenseits der Medizin. Stuttgart: Koehler 1950.

Weizsäcker, V. v.: Pathosophie. (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1967.

Weizsäcker, V. v.: Krankengeschichte. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 169 – 183).

Weizsäcker, V. v.: Was soll Ganzheitsmedizin sein? Ein Brief. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann 1999. (S. 11 – 15).

Welker, L.: Gesundheit als pädagogischer Auftrag. In Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner Verlag 1981. (S. 99 – 111).

Wesiack, W.: Die Bedeutung der Psychoanalyse für die psychosomatische Medizin. In Loch, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und

Jugendlichen. (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, Leipzig: Hirzel 1998. (S. 289 – 347).

Wyss, D.: Der psychosomatisch Kranke. Zwischen Krisen und Scheitern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1987.

Z

Zepf, S.: Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung. Frankfurt am Main: Fischer 1973

Danksagung

Mit dieser Danksagung möchte ich allen danken, die an der Entstehung dieser Arbeit beteiligt gewesen sind. Ich bedanke mich herzlich bei

- Prof. Dr. G. Bittner für die Betreuung der Arbeit und die fachliche Beratung
- Prof. Dr. H. Csef für die Vermittlung eines Großteils des Patientengutes sowie für die Betreuung der medizinischen Teile der Arbeit und die Begutachtung der gesamten Arbeit
- Ilona Biendarra und sämtlichen Angehörigen des Instituts für Pädagogik I (Lehrstuhl I), die mir bei der Entstehung der Arbeit beratend zur Seite standen
- allen Patienten, die aus dem persönlichen Umfeld von mir stammen sowie den Patienten, die durch Prof. Csef und Mitarbeiter vermittelt wurden
- Frau M. Fölting, die meine zahlreichen Besuche und Anrufe in ihrem Sekretariat entgegengenommen hat
- Thomas Haselmann für die technische Unterstützung bei den Interviewerhebungen und der Hilfe beim Layout dieser Arbeit
- meinem Vater, der mich während der Promotion finanziell unterstützt und dessen Ehefrau, die die Korrektur der Arbeit übernommen hat
- und bei allen anderen Beteiligten, die ich nicht genannt habe, die aber auf irgendeine Weise zum Gelingen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben.

Lebenslauf

Name: Michael Hager
Anschrift: Kaiserstraße 25
97070 Würzburg
Geburtsdatum: 10. September 1974
Geburtsort: Würzburg
Familienstand: ledig
Konfession: evangelisch

1981 bis 1985: Besuch der Grundschule Edelfingen
Zum Grund 5
97980 Bad Mergentheim/Edelfingen

1985 bis 1992: Besuch des Martin-Schleyer-Gymnasiums
Becksteinerstraße 80
97922 Lauda-Königshofen

1992 bis 1994: Besuch des Gymnasiums Weikersheim
Laudenbacherstraße 20
97990 Weikersheim

21. 06. 1994: Abschluss des Gymnasiums mit dem Abitur
Leistungskurse Französisch und evangelische Religion

01. 08. 1994
bis 31. 10. 1995: Ableistung des Zivildienstes im Bereich der Kirchlichen
Nachbarschaftshilfe sowie als Betreuer einer an MS erkrankten Frau bei
der Kirchlichen Nachbarschaftshilfe
Härterichstraße 18
97980 Bad Mergentheim

Wintersemester 95/96 Studium der Rechtswissenschaft an der
u. Sommersemester 96: Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Wintersemester 96/97: Aufnahme des erziehungswissenschaftlichen (Grund-)Studiums (Diplom-Pädagogik) an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg mit dem Nebenfach Soziologie

12. 06. 1998: Erwerb des Vor-Diploms im Studiengang Erziehungswissenschaft

Sommersemester 98: Aufnahme des erziehungswissenschaftlichen Hauptstudiums an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg mit dem Schwerpunkt Erwachsenenbildung und außerschulische Jugendbildung und dem Nebenfach Pädagogische Psychologie

06. 11. 2001: Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Pädagogen (Univ.)

Praktikum, als Praktika anerkannte Tätigkeiten und studienbegleitende Tätigkeit:

24. 11. 1993 Tätigkeit im Studienkreis Bad Mergentheim als Lehrkraft in freier
bis 29. 06. 1994: Mitarbeit für das Fach Französisch (Anerkennung als Schulpraktikum)

01. 08. 1994 Ableistung des Zivildienstes im Bereich der Kirchlichen
bis 31. 10. 1995: Nachbarschaftshilfe sowie als Betreuer einer an MS erkrankten Frau (Anerkennung als sozialpädagogisches Praktikum)

10. 09. 1998 Vierwöchiges Praktikum an der Zivildienstschule Bad Staffelstein im
bis 09. 10. 1998: Bereich der Erwachsenenbildung und der außerschulischen Jugendbildung

01. 05. 1999 Studienbegleitende Mitarbeit als Lehrkraft in der
bis 31. 12. 2002: Würzburger Schule für Kranke

01. 01. 2003: Aufnahme einer Festanstellung als Lehrkraft in der
Würzburger Schule für Kranke

Anhang

Patient 1 (Herr A)

Interviewbedingungen: Herr A ist Direktor eines Gymnasiums im Landkreis Würzburg. Aus diesem Grund fand das Interview, das am 12. Mai 2003 geführt wurde, in einem Besprechungszimmer des Gymnasiums zwischen 13.10 und 13.55 statt.

Kontaktherstellung: Der Patient wurde von Prof. Csef vermittelt, weil er sich bei ihm zum Zeitpunkt der Befragung einer analytischen Gruppentherapie unterzieht. Der Kontakt zwischen dem Interviewten und dem Interviewer wurde telefonisch hergestellt. Nach der Absage des ersten vereinbarten Termins, den Herr A aus beruflichen Gründen nicht wahrnehmen konnte, kam es zum oben genannten Zeitpunkt zum Gespräch.

Gesprächsbedingungen: Der Patient zeigte sich der offen und berichtete ausführlich über seine Erfahrungen.

Anamnese: Der Patient ist in erster Ehe verheiratet und hat einen Sohn im Alter von 23 Jahren sowie eine Tochter im Alter von 21 Jahren. Beide Kinder leben noch zu Hause. Er selbst ist 1950 geboren. Seit 1997 leidet Herr A immer wieder unter generalisierten Angstzuständen, die seit dem Jahr 2000 schlimmer wurden. Auch hat er unter Panikattacken und einer depressiven Entwicklung zu leiden. Nach einem ‚Herzanfall‘ mit Atemnot erfolgte die Einweisung in ein Krankenhaus. Herzkatheteruntersuchung und Herzsintigramm waren unauffällig. Erwähnenswert ist hingegen, dass Herr A unter Minderwertigkeitsgefühlen gelitten hat, die das ganze Leben bestimmten und die erst nach einer psychosomatischen Kur weitgehend verschwunden waren.

Herr A lebt mit seiner Frau und den beiden Kindern in einer Mietwohnung. Der Vater von Herrn A ist 1979 mit 74 Jahren an den Folgen einer Lungenembolie verstorben, die Mutter verstarb 1989 an einer Herzerkrankung. Herr A hat zwei ältere Geschwister (Bruder und Schwester) sowie eine jüngere Schwester. Zum Vater existierte keine herzliche Beziehung, die Mutter wird als ängstlich und sensibel beschrieben.

Innerhalb der Ehe gibt es Probleme, ein chronischer Partnerkonflikt ist diagnostiziert und steht im Zusammenhang mit einem agoraphobischen Vermeidungsverhalten und den genannten Panikattacken.

Dissertationsrelevante Diagnose: Herr A leidet an einer Herzneurose.

A = interviewter Patient

I = Interviewer

I: und das läuft jetzt mit; ok; also jetzt möchte ich mich erst einmal ganz offiziell bei Ihnen bedanken dass Sie mitmachen bei diesem Projekt

A: ja ja

I: ähm das mir persönlich auch sehr am Herzen liegt und ähm ja Sie sind der der erste Patient, das ist also die Pilotstudie sozusagen und äh anhand von dem was Sie! sagen wird dann vielleicht auch nochmal unser Leitfaden überarbeitet das kann also gut möglich sein, und ich hab Ihnen ja gesagt am Telefon schon es geht um die Frage wie! Diagnosen Ihrer Art, also ich nehme an Sie haben ja die Diagnose Herzneurose im weitesten Sinne? wissen Sie gar nicht (Interviewer lacht)

A: gar nicht so genau ja

I: ähm also es handelt sich jedenfalls um um um eine Herzneurose bei Ihnen ähm wie die sich aufs Leben auswirkt und zwar wie die Patienten mit dieser Krankheit leben, wie sie sich auswirkt auf Beruf auf Partnerschaft auf die Ehe auf das soziale Umfeld diese ganzen Bereiche, weil es gibt viel Wissen über diese Krankheit aber nicht aus der Sicht des Patienten, und dem möchte ich gerne abhelfen: und da ein bisschen Licht ins Dunkle bringen.

A: hm

I: und vielleicht fangen Sie einfach mal an zu erzählen - wie diese Geschichte angefangen hat diese Krankheit

A: hmhm

I: wie sie sich weiterentwickelt hat und - was Ihnen da wichtig ist.

A: ja ich habe äh ohne da jetzt zu wissen dass äh die Diagnose Herzneurose da vorliegt ähm habe ich das war 81 hatte ich da einen Autounfall und habe dann anschließend äh ja riesen Ängste gehabt da wieder ins Auto zu steigen also ich wollte überhaupt nicht mehr fahren und ähm - habe dann auch gemerkt dass ich so ja - grundsätzlich äh richtige Angststörungen habe auch so mal in die ich habe damals in Grombühl gewohnt von Grombühl zum Beispiel in die Stadt zu gehen - ähm zum Friseur zu gehen oder die ganz normalen Dinge die man da so im Alltag macht, ich war zu dem Zeitpunkt auch krank geschrieben aufgrund dieses Unfalls noch und da habe ich dann irgendwie gemerkt so - ja immer so irgendwie so ein Stechen in der in der Herzgegend und ähm - und habe da einfach vermutet oh Gott da ist jetzt irgendetwas mit dem Herz und so und dann hat mich eben ja wie so Herzrhythmusstörungen habe ich da gespürt und dann bin ich eben - ja in Behandlung beim Hausarzt gewesen und der hat dann

gesagt also wir klären das mal ab und hat mich dann zum Kardiologen geschickt und - ähm der hat sich das angeguckt und hat halt EG (Versprecher) und was da alles gemacht wird äh durchgezogen und sagte dann also diese Herzrhythmusstörungen die sind da! aber sie sind nicht irgendwie bedrohlich oder so etwas ja? -

I: hm

A: und ähm - ja aber so richtig irgendwie hat mich das jetzt nicht beruhigt also es mit der Zeit wurde es dann wieder etwas besser ich habe dann irgendwie auch wieder ähm das Autofahren gelernt allerdings mit Hilfe! von einem Bekannten der Psychologe ist der hat dann gesagt 'du musst da wieder reinsteigen!' und so 'wir machen das' und dann haben wir in den Sommerferien sozusagen weil ich wieder an die gleiche Schule! wo der Unfall passiert war musste also musste ich ja immer da vorbeifahren und also hat er gesagt 'da müssen wir einfach jetzt so Stück für Stück das machen', dann ist halt er gefahren! ich war erst daneben gesessen also so richtig desensibilisierend

I: hm

A: und bis ich dann schließlich die Strecke dann alleine gefahren bin und dann hat sich das wieder so langsam irgendwie äh beruhigt.

I: hm

A: und - äh ja - und dann war es eigentlich ganze Zeit lang so ganz gut und dann war ich - muss ich einen großen Sprung jetzt machen 98! 1998! da war ich dann mit der Schulklasse und einer Erzieherin im Schullandheim,

I: hm

A: und dann bin ich nachts plötzlich mal aufgeschreckt - ja das war so nachts um drei etwa und dann habe ich so richtig so ein richtiges Pulsen da gespürt und so auch so ach Gott das ist der Herzrhythmus! oder so was ja? was also offensichtlich nur der Puls war aber da hab ich irgendwie gemerkt wow! also dass irgendetwas stimmt da nicht und bin dann am nächsten Tag auch total verspannt da durch die Gegend gelaufen wir waren dann zwar im Schwimmbad aber ich habe einfach gemerkt dass ich da immer wieder so äh auf das Herz hinhöre und und gar nicht so richtig - locker und frei bin und äh da habe ich dann auch so ab da! dieses Gefühl gehabt also irgendetwas ist da nicht in Ordnung, bin dann wieder zum Internisten! und aber da ist auch nichts gefunden worden und dann ist es in Verbindung mit - ähm - Stoffwechsel! mit Magen Darm gesehen worden dann hieß es das ist 'also typisch /' was ich habe also

I: hm

A: Luft! im Bauch und der drückt gegen die Herzspitze! und dadurch kommen diese diese äh dieses Engegefühl! und auch so das Gefühl so dieses Herzstolperns! dieses Herzrhythmus! äh Störungsgefühls und - na ja und dann äh war ich da wieder äh ein bisschen beruhigt und äh aber! die Geschichte mit Darm und so ist dann nicht irgendwie ruhiger geworden, also ich hab da richtig gemerkt so äh dass dann dass da das irgendwie nicht so in Ordnung ist und war dann auch mal bei der - Magenspiegelung - Darmspiegelung und da bei dieser Magenspiegelung ist ein ja ist festgestellt worden halt so ein kleines äh Geschwür am Zwölffingerdarm - und das ist halt dann äh auskuriert worden - - und ab! da war ich dann auch bisschen so unter der unter der Behandlung ähm nachdem also Stuhl und so weiter alles mituntersucht wurde also da sind Pilze! und sozus- also die ganz- der ganze Stoffwechsel ist halt irgendwie nicht so ideal!

I: hm

A: und dabei! äh habe ich halt eben auch so kleine Fastenkuren gemacht mal so in den Ferien! drei Wochen oder so was - und dabei habe ich - äh ja einmal früh es war in den Weihnachtsferien - 2000 ja genau 2000 wollte ich da eben in die Stadt laufen weil ich hatte den Bus versäumt und auf dem Weg auf einmal wurde es mir total schlecht und schwindelig und äh auch total verkrampft und da habe ich auch wieder so das Gefühl gehabt irgendwie mit dem Herz! und so das drückt irgendwie da ist was nicht in Ordnung da hat mich eben dieser Arzt! dann zum Internisten geschickt und dann hat der halt EKG wieder gemacht und dann stellte er fest also irgendetwas gefällt ihm da nicht! und hat er gesagt also das möchte er abgeklärt haben und hat mich dann von der Sache aus dann ähm - zum Herzkatheter geschickt und dann wurde also Herzkatheter gemacht und die haben aber jetzt da nichts festgestellt dass da Herzfehler was wäre,

I: befundfrei

A: ja äh, das war 2000,

I: hm

A: 2000 im Januar. ähm allerdings! wurde auch festgestellt dass ich ähm einen Linksschenkelblock habe,

I: hm ok

A: und das ist 98 zum ersten Mal entdeckt worden, wo ich von 98 da vorhin gesprochen habe; also 94 war davor eine Grunduntersuchung da ist noch nichts festgestellt worden, also 98, äh hat man mir auch nicht erklären können was ist das jetzt eigentlich? woher kommt das oder so was? wie gibt es einen Linksschenkelblock oder - vielleicht muss ich dazu sagen äh biographisch gesehen hab ich 95 - 94 - 95 begonnen hier mit der äh Leitung! der Schule,

I: hm

A: - und - ja - das war also wie gesagt dann diese ähm Herzkathetergeschichte - wo eben nichts festgestellt wurde und dann - - äh ist halt der Blutdruck der war auch erhöht das haben die ja in der Klinik festgestellt äh der wurde halt dann eingestellt und seitdem eben seit 2000 nehme ich da so ein Blutdruckmittel und - na ja und dann - lief das jetzt so die letzten Jahre immer so weiter ich habe aber gemerkt irgendwie so richtig fit - äh bin ich eigentlich nicht; und dann letztes Jahr im November war es dann so dass ich dann frühmorgens - plötzlich so richtig Schwindel hatte und so Schwächegefühl hatte und dann äh habe ich meinen Blutdruck in der Schule gemessen, hatte ich noch gar keinen Unterricht weil ähm bin immer etwas eher da und auf einmal merke ich so - äh 180 so 185 Blutdruck hatte ich eigentlich noch nie und dann

I: hm hoch!

A: ganz hoch! und dann plötzlich auch das Gefühl ich kriege keine Luft!

I: hm

A: totale Enge! und auch so ein Druck! (Herr A schnauft) auf der linken Seite so in Richtung Herzen so und dann kam die Sekretärin dazu und dann sagt die `ach Gott! sehen Sie blass aus!` und dann habe ich gesagt oh mir geht es gar nicht gut! und so und dann hab ich gemerkt also ich kriege gar keine Luft! dann wird immer schwindelig!

I: hm

A: konnte dann kaum noch sitzen und dann hat sie halt den Notarzt gerufen und dadurch kam ich halt in die Klinik! und dann haben die halt - erst einmal Richtung Herzinfarkt! äh ja erst einmal ähm tendiert gehabt und dann

I: hm

A: hat der aber schon unterwegs gesagt `also Herzinfarkt darf es eigentlich nicht sein` weil ich hab kein Stechen! oder kein oder wie sagt man so so eine Ausbreitung in den Arm oder so was ja das hatte ich nicht, und äh dann dort hm wollte man halt auch auf Nummer sicher gehen hat dann auch so ein Sintigramm (Versprecher) gemacht

I: hm

A: so ein Herzsintigramm (Versprecher), das war dann aber auch ohne Befund also die Herzspitze ist etwas dünner so vom Muskelgewebe gewesen aber es war nicht irgendwie es war also die Durchblutung war ok weil das war auch so ein Punkt äh sie konnten mir auch nicht sagen was es jetzt war! - ähm Herzdurchblutung Angina Pectoris äh fiel! und so verschiedene Begriffe aber so richtig - konnte mir keiner sagen auch der Arzt der Chefarzt nicht was das jetzt eigentlich war,

I: hm

A: und der hat mir nur eben geraten ich sollte mal also Richtung Kur oder so was

I: hm

A: machen ja? und dann hatte! ich so ein hab ich so so ein kleines Buch in die Hand gekriegt und ähm irgendwas über Angst so und dann da stand habe ich da von einem Fall gelesen der wo die gleiche! Symptomatik war, und da habe ich mir gedacht eben! das ist überhaupt nichts irgendwo du hast gar nicht am Herzen! oder so es ist jetzt wieder festgestellt worden dass da nicht ist, also jetzt musst du ran an die Angst! ja? das war mein nächster Punkt weil das habe ich gespürt dass ich mich eigentlich immer mehr zurückgezogen hatte - immer ängstlicher wurde schon gar nicht mehr auch Auto! fahren nicht mehr wollte,

I: hm

A: weite! Strecken Autobahn oder so was schon mal gar nicht mehr - und habe auch schon gemerkt dass ich die kürzeren Strecken ja schon mich äh anstrengen und dass ich da eben richtige Ängste da entwickle und dann war ich dann nach den Weihnachtsferien - sechs Wochen in der äh psychosomatischen Klinik in *Bad Mergentheim,

I: hm

A: und - äh das hat mir eigentlich ganz sehr gut getan diese sechs Wochen - und ich ging da auch aus der Klinik raus mit äh also war da unheimlich gut drauf also das da habe ich wirklich das Gefühl gehabt so das das ist wirklich psychosomatisch jetzt gewesen die ganze Geschichte deine ganzen Ängste und so, ich hab dann auch / Übungen gemacht wie ähm mir dann ein Auto gemietet dort und bin dann einfach rund um das *Taubertal gefahren,

I: hm

A: Tunnel gefahren,

I: hm

A: und so verschiedene Dinge ja? und habe da richtig wieder (holt Luft) Mut! Gekriegt und (holt Luft) bin dann gleich ein paar Tage später dann ähm nach München! gefahren mit dem Zug und dort mit dem Flugzeug nach Berlin! und so also richtige - größere Sprünge um einfach dieses Angstgefühl da jetzt mal ähm wegzukriegen - und ja - also! das ist also sicherlich äh äh eine ganz ganz tolle Sache gewesen, bin aber jetzt! wieder! jetzt bin ich vielleicht ähm im Dienst seit ähm Ende Februar - ja? und da! merk ich aber schon! wieder so so in den alten Gleisen wenn jetzt mal viel auf mich zukommt oder so - merke ich schon wieder so so ein Gefühl ja also es drückt gegen die - gegen das Herz! oder es ist zu viel Luft! im Bauch oder so, also diese! Symptomatik die taucht jetzt wieder auf ist also jetzt wieder (holt Luft) stärker! gekommen sagen wir mal so da habe ich also am Anfang nicht so viele

Probleme gehabt die ersten zwei drei Wochen da ging es eigentlich ganz gut, jetzt habe ich natürlich auch etwas vermehrt Stress und äh will auch ein paar Dinge angehen! die / halt da - von dort gelernt habe wo ich weiß also da sind so Konflikte da - die will ich aus der Welt schaffen und äh da merke ich dass das ganz schön ja das geht schon ganz schön ran! also jetzt gerade der Montag! ist immer relativ schwierig,

I: hm

A: da merke ich so äh, heute auch ganz vermehrt! Probleme mit mit mit Darm! und Ding! also das ist - ähm, obwohl ich gestern ganz guten! Tag hatte und so, nicht Sonntag dass es schon Sonntag losgeht, aber so Montag früh äh da heute war ich auch ein bisschen knapp dran da habe ich schon gemerkt oh jetzt irgendetwas - staut sich da wieder ja? so ein Gefühl habe ich da gehabt;

I: hm

A: ja ähm - was mir auch dann da in der Klinik aufgefallen ist war - - ja gut! ich war natürlich dort ohne jegliche Verantwortung! ich war auch jetzt von zu Hause! weg

I: (hustet)

A: weil ich / jetzt auch zu Hause in den letzten zwei drei Jahren relativ große Probleme mit meiner Frau, wir hatten also eine Menge Konfliktpotential! und äh das war - einige an einigen Stellen immer auf der Kippe gestanden die Partnerschaft (holt Luft) ähm - und ich merke! auch dass das das hat sich zwar jetzt so beruhigt! aber es ist irgendwie das Grundproblem ist glaube ich noch nicht gelöst irgendwie das ist - das ist auch! noch irgendwie da! so ein Stück weit von mir auf der einen Seite so was von - ich habe mich jetzt nach nach dem Aufenthalt da unten recht frei gefühlt und habe auch da ähm auch ganz locker und gut! neue Kontakte! - finden können und äh - egal wo ich da war, ob das in Berlin! war oder so und habe gemerkt Mensch! wenn wenn ich mich jetzt so mal ja reingebe in die Sache und einfach äh von mir! aus aktiv werde was ich ja vorher scho- lange! nicht mehr so gemacht habe // ja nur zurück und Arbeit! und ansonsten - nicht mehr so viel Außenkontakte - ähm dass das wunderbar geht und dass ich mich da sehr gut! fühle und und auch - ja natürlich in diesem behüteten Rahmen! natürlich auch relativ leicht sicherlich zu äh zu kriegen ähm und das habe ich die erste Zeit auch noch hier! so gemacht also dass ich halt alleine weg bin zum Jazz! und so was mir halt also Spaß macht und das habe ich wieder ein kleines bisschen eingeschränkt, meine Frau auch natürlich nicht so sehr begeistert davon dass da jetzt ein ganz anderer Kerl da kommt ja? ähm - und jetzt habe ich mich wieder ein bisschen so zurückgenommen habe ich jetzt schon gemerkt bringt viel Arbeit jetzt wenn man so Klassenbildung und solche Sachen

I: hm

A: da machen müssen und also äh ich habe zwar jetzt so - wochenends haben wir schon gemeinsame Sachen gemacht - äh wo ich auch bewusst! Auto gefahren bin und raus! bin und so ja um ja nicht wieder in so ein angstbesetztes! Loch da zu fallen, ähm aber so für mich! ähm habe ich jetzt doch wieder weniger! alleine gemacht ja?

I: hm

A: // also da! will ich wieder auch ran! also ich möchte auch nicht irgendwie jetzt ähm das missen dass ich jetzt Dinge die mir gefallen! die ich jetzt auch mal ganz bewusst alleine mache äh dass ich das jetzt wieder - total streiche oder so dann bin ich wieder genauso weit wie vorher, denn so diesen Freiraum den ich da irgendwie jetzt wieder - geschaffen habe so für mich auch so im Freizeitbereich und so das möchte ich also schon auch wieder ein bisschen weiterführen;

I: hm

A: was ich auch wieder begonnen habe ist Sport Sport zu machen

I: hmhm

A: da habe ich auch dort so eine Diagnose machen lassen da unten in *Bad Mergentheim wie jetzt so - na ja - Kreislauf und wie das so so beinander ist,

I: hm

A: und da war ich eigentlich ganz guten da hatte ich ganz guten Wert eigentlich so, da wurde ja auch mit Herzka- äh mit Herzfrequenzmesser und so weiter gearbeitet, und dann wurde so ein Plan aufgestellt für zwölf Wochen damit ich so mal ein bisschen Grundausdauer! etwas mehr wieder bekomme - und das habe ich aber nicht so konkret umgesetzt also das so konsequent - ich mach halt einmal in der Woche meinen Sport und dann fahre ich halt Fahrrad jetzt so zur Arbeit immer hierher und zurück so ein Grundmaß an Sport halt aber so was da so gedacht war immer ein bisschen weiter zusammen mit mit mit äh Walking und Schwimmen und so das habe ich also nicht in der Form was ich mir eigentlich vorgenommen hatte! ja um da auch bewusst! den Kreislauf irgendwie wieder in Schwung zu kriegen, oder auch - Richtung ähm Blutdruck! vielleicht ja?

I: hm

A: da zu arbeiten denn ich habe gemerkt wenn ich Sport mache oder wenn ich mit dem Fahrrad gefahren bin ist der Blutdruck wunderbar,

I: hm

A: ja? und bloß die letzten paar Tage war er früh halt - mal wieder // höher, ich messe so normalerweise frühmorgens einmal,

I: hm

- A: und da war er auch immer so 130 140 - jetzt ist er wieder auf 150 also trotz Medikament, also ist offensichtlich die Anspannung wieder etwas stärker! im Augenblick.
- I: hm
- A: - - ja - was kann ich noch dazu sagen? - -
- I: ja vielleicht gerade ähm in welchen Bereichen Sie! denken dass Sie am meisten! gehandikapt vielleicht auch sind durch diese Geschichte,
- A: ja ja
- I: Sie sagen ja zwar dass äh eine Besserung eingetreten ist
- A: hm
- I: aber diese Krankheit ist ja schon also Krankheit - immer mit Anführungszeichen ist ja schon eine Behinderung irgendwo auch,
- A: hm
- I: und wo fühlen Sie sich denn da am meisten beeinträchtigt oder was hat die Krankheit aus Ihrem Leben gemacht wie hat es Ihr Leben,
- A: hm
- I: so im Grundsatz! verändert? können Sie dazu etwas sagen?
- A: na ja also äh in der Form dass ich halt dass sich da halt auch eine Angst entwickelt hat ja?
- I: hm
- A: äh es könnte es könnte etwas passieren oder äh oder gerade bei vielen Menschen oder so was ja?
- I: hm
- A: dass ich da wesentlich angespannter dann dabei bin wenn so Führungen sind oder oder irgend-etwas,
- I: (räuspert sich)
- A: ähm oder ja überhaupt vor Menschen - grundsätzlich, äh auch hier! hier natürlich auch! in der Schule war es ja auch so dass ich dann immer wenn so Konferenzen oder so was waren, oder ich musste jetzt irgendwie so - ähm - ja - ähm meinen Mann stehen sozusagen, äh dass ich da einfach gemerkt habe also irgendwie hoffentlich hältst du das durch ja? also die ganze Litanei! vom von Gedanken die da kommen, hoffentlich kippst du nicht um und so,
- I: hm
- A: und habe halt einfach auch ähm gemerkt dass ich immer wieder! gedacht habe na rum: das Ganze muss rum rumgehen: rum sein ja? einfach abhaken: abhaken: abhaken: (Herr A zählt mit den Fingern mit).
- I: hm

- A: also ich konnte das dann auch gar nicht so richtig genießen! oder so ja?
- I: hm
- A: oder Auto fahren ja? irgendwo hinfahren und und oder in den Urlaub fahren, sondern immer wieder dann auch so ach Gott / die ganze Strecke musst du wieder und so ja?
- I: hm
- A: hoffentlich schaffst du das und so ja?
- I: hm
- A: also einfach diese - diese negativen Gedanken - ähm - ja dann halt auch umzukippen ja / in der Straßenbahn also immer da wo viele Menschen sind - äh,
- I: da wo Sie nicht rauskommen aus den Situationen.
- A: wo ich nicht richtig rauskomme ja ja,
- I: hm
- A: und ähm ja. - - und natürlich dann auch in dem Freizeitbereich! ja?
- I: hm
- A: dass ich dann einfach nur Dinge gemacht habe die mich halt nicht so anstrengen oder - wie gesagt ich habe dann Sport sogar! aufgegeben ja? weil ich dann manchmal so nach dem Sport das Gefühl hatte oh! (Herr A holt tief Luft) das ist ja irgendwie das ist ja total eng oder so was ja oder hast du dich zu viel angestrengt! oder wie auch immer oder - dass ich auch da: das was mir eigentlich wahnsinnig Spaß gemacht hatte,
- I: hm
- A: / ist eigentlich nur so ein so ein lockerer Volleyball und wenn man Zeit hat kickt man noch ein bisschen ja? so äh das ist eigentlich, geht ja auch um soziale! / nette Leute und so dass ich sogar das: weggelassen habe eben - aus Angst dass da jetzt irgendwie was passieren könnte, ja?
- I: hm also ganz schon ganz massive Einschränkungen?
- A: massiver Rückzug auch und Einschr-,
- I: Rückzug ja
- A: und Einschränken der eigenen äh des eigenen Bewegungsraums! auch ja?
- I: hm
- A: und äh - ich weiß noch wie ich da runterfahren sollte da wars, äh, da wollte ich dass mein Sohn mich fährt, dann hat es das Schneien begonnen da im Januar
- I: zur Kur meinen Sie jetzt?
- A: zur Kur! zur Kur!
- I: hm

- A: und dann dann blieb mir nichts anderes übrig als mit dem Zug! zu fahren, da habe ich mir gedacht das schaffst du nie: ja? ich soll alleine da
- I: hm
- A: mit Gepäck und so – also ich habe gedacht ich werde verrückt! ja?
- I: hm
- A: dazwischen mal habe ich mal so richtig so eine kleine Panik gekriegt irgendwo so bei *Lauda-Königshofen da unten, aber ich habe es dann ganz gut hingekriegt und das war sicher ein erster Schritt! Auch; aber auch dort! in der Klinik war es noch so die erste Woche – ich bin kaum um die Klinik herumgekommen da hatte ich solche! Beschwerden da habe ich gedacht jetzt wird es mir schwindelig jetzt falle ich um
- I: hm
- A: und falle in den Schnee!
- I: hm
- A: und jetzt ist es aus, so ein Gefühl hatte ich da, so ein Druck auf dem Herzen! ja?
- I: hm
- A: äh in den ersten paar Tagen ja?
- I: hm
- A: das war und dann durch das therapeutische Gespräch dann und so weiter und durch die verschiedenen Dinge die da gemacht wor- wurden – äh bin ich dann so langsam halt da aus dieser Geschichte herausgekommen habe mir dann schon nach einer Woche so so so ein so ein Rundweg dann alleine! zugetraut und habe zwar dann auch das so das Gefühl wieder gehabt oh Gott jetzt kommt wieder so ein – so eine Attacke oder wie wie so ein Stolpern und so und jetzt jetzt habe ich gedacht oh Gott was solls, irgendwo die Klinik ist in der Nähe da sind ja dann Leute da, also da habe ich dann halt so gedacht, da werde ich schon aufgefangen irgendwie;
- I: hm
- A: und das ist dann immer besser geworden – dort – vor allem auch durch solche Körperarbeit! also wie wie – Tanztherapie und so, das hat mir ganz gut äh getan, und halt dann überhaupt auch ein bisschen mehr Sport und dann habe ich Schwimmen jeden Abend gemacht und so also ich habe auch mehr durch Bewegung
- I: hm
- A: habe ich gemerkt das ist wichtig! das
- I: hm

- A: auch wenn ich manchmal das Gefühl habe ah jetzt kannst du nicht mehr oder so, aber irgend-
wie ist ja nie etwas passiert!
- I: hm
- A: ja und so bin ich halt Stück für Stück sicherer geworden ja?
- I: hm
- A: und habe halt eben auch diese anderen Aktionen da gemacht.
- I: das heißt wenn ich Sie jetzt fragen würde was was äh Sie! aus dieser Krankheit gemacht haben
im Umkehrschluss äh liege ich dann richtig wenn - äh ich so ein bisschen herausgehört habe
dass Sie sich doch ganz gut im Rahmen dessen was möglich ist damit arrangiert haben,
- A: hm
- I: oder das irgendwo ins Leben integriert! haben.
- A: hm
- I: würden Sie sagen?
- A: hm ja ja kann man sagen,
- I: hm
- A: also damals sowieso in den sechs Wochen ja?
- I: ja
- A: da habe ich / richtig gemerkt so - jetzt - jetzt das lasse ich jetzt gar nicht mehr so so wirken gar
nicht mehr so / und selbst wenn ich so ein so einen Herzstolperer habe,
- I: hm
- A: ja gut dann ist er da - ja?
- I: das haben viele - Extrasystolen ohne dass sie es merken;
- A: ja ja hm
- I: und ähm würden Sie sagen dass Sie irgendwie auch ähm eine positive Sache durch diese Ge-
schichten erfahren oder gelernt haben? denn es gibt ja so etwas wie einen Krankheitsgewinn.
- A: hm - ja also ich ich ähm also ich kann das jetzt nur mal jetzt ähm halt von *Bad Mergentheim
ausgehen mal wo ich halt so eine richtige Veränderung gemerkt habe, ist so dass ich jetzt
irgendwie ähm ich war ja vorher sagen wir mal auch relativ depressiv,
- I: ja
- A: bin ich dadurch geworden ja?
- I: hm
- A: also ziemlich - äh ist alles so schwer: gefallen habe gar keine Lust: mehr gehabt und so ja? also
so äh es war alles nur noch Last und Pflicht und und im Grunde alles zu viel! und ähm

und bin natürlich entsprechend auch immer mit ja so einer Laune hier durch die Gegend gelaufen,

I: hm

A: ähm und da! muss ich sagen da habe ich jetzt wieder so so so Lebensfreude habe ich da wieder gekriegt, Humor! und so was ja? also so habe gemerkt Moment äh - es gibt du hast auch das andere alles noch in dir! so du hast es irgendwie nur durch durch dein starkes Gucken auf die Symptomatik hast du eigentlich das alles äh - ja ich sage jetzt verschüttet!

I: hm

A: und ähm das ging dann so weit, ich habe dann da unten dann auch noch mal so Schlafentzug gemacht und so dass ich so richtig irgendwie total fast überdreht! war,

I: hm

A: ja und habe dann gemerkt Mensch! das ist ja du bist ja wirklich eigentlich wieder so wie du mal früher warst,

I: hm

A: so mit mit richtig lausbübschen Geschichten,

I: hm

A: und und und auch am Schluss so bei der Verabschiedung da da habe ich da mit so ein paar Leuten habe ich so einen Chor! gebildet und habe dann eben so so ein Lied umgedichtet und bin so richtig so - konnte so richtig locker aus mir raus! ja?

I: hm

A: und äh das war vorher undenkbar! also das war für mich undenkbar! dass dass dass ich das wieder so so /// kriege,

I: hm

A: wie ich das eigentlich so früher auch von mir gekannt habe ja? also und von daher ähm habe ich auch gemerkt so dass das auch so ein Punkt war ähm jetzt eben wie gesagt nicht auf die Symptomatik nur zu gucken sondern mal zu gucken was was ist denn eigentlich sonst mit dir wo sind deine ganzen Fähigkeiten wo sind denn deine ganzen äh auch deine Interessen und so das was du eigentlich so gerne machst dein- deine Vorlieben und so ähm - und d- ja! die Interessen und die Hobbys und so weiter dass das äh das wieder langsam so so zum Vorschein kommt, und natürlich auch wie mit / anders mit Leuten umgehen,

I: hm

A: anders mit mir natürlich umgehen, meine Ressourcen etwas besser äh achten und dass ich einfach auch mal sagen kann nein! das mit mir nicht! oder so ja?

I: hm

- A: das habe ich jetzt zum Beispiel auch so in so einem Konflikt mit einem Kollegen wo ich wo ich jetzt so ja irgendwie so seit 2000 mich da herumschleppe - ich habe da unten auch in diesen Konfliktgesprächen das irgendwie äh angesprochen wo dann der der äh //// 'wie kannst w- w- wie können Sie sich das eigentlich' äh ähm oder 'wie können Sie sich das überhaupt bieten lassen?' oder so ja das gibt es ja gar nicht und so ja? und das war auch so ein Punkt wo ich gesagt habe ok jetzt muss ich da durch und muss ganz klar sagen das lasse ich nicht mehr mit mir machen,
- I: hm
- A: da bin ich auch immer zu großzügig habe immer alles da eben erlaubt oder zugelassen oder wie auch immer - Augen zugeschlossen, und jetzt bin ich jetzt in die Offensive weil sich da nichts getan hat //// und habe dann auch ein Dreiergespräch mit dem Schulamt gewollt und so weiter und habe gesagt ok da mache ich nicht mehr mit,
- I: hm
- A: ja? also das ist zum Beispiel auch so etwas
- I: hm
- A: dass ich da jetzt irgendwie - da Grenzen setze und sage äh (Herr A holt tief Luft) irgendwo geht das so in der Art der Zusammenarbeit nicht mehr weiter ja?
- I: hm
- A: das hätte ich vorher auch nicht nicht so einfach gemacht, da habe ich halt einfach das Gefühl gehabt ich habe die Kraft gar nicht da nein! zu sagen,
- I: hm
- A: oder oder da irgendwie das ähm mal durchzustehen, ja? weil das ja auch teilweise ganz schön schwierig ist dann wenn man hier einen Kollegen aus dem Haus haben will ja? das ist gar nicht so leicht aber das war mir schon klar! das muss ich ändern
- I: hm
- A: das eine, und das andere natürlich zu Hause!
- I: hm
- A: auch da habe ich mir gleich einen anderen Freiraum erkaufte (Versprecher?),
- I: hm
- A: und und das war auch so wichtig dass ich also auch nicht immer so das das Gefühl haben musste ok jetzt bin ich schuld wenn irgendetwas war ja? das war immer so schnell bei mir da,
- I: hm

- A: so quasi äh ja bei jeder Sache die die die meiner Frau nicht gefallen hat so quasi hat sie halt immer so ein bisschen einen Sündenbock gesucht und ich bin sehr! schnell in diese Rolle hineingeschlüpft ja?
- I: hm
- A: und habe mich dann absolut schlecht gefühlt natürlich und dass ich da jetzt auch sage nein nein das ist deine Sache! damit habe ich nichts zu tun! ja?
- I: hm
- A: und ähm eben auch dass ich gelernt habe eigene Wege zu gehen ich kann auch alleine! mal etwas machen,
- I: hm
- A: so wie das mit Berlin oder mit rund um das *Taubertal das waren waren also wirklich wunderschöne Tage wo ich gemerkt habe Mensch! äh das geht ja alleine! ich ich ich kann alleine! leben ich könnte alleine auch meinen eigenen Weg gehen und ähm bräuchte keine Angst jetzt auch vor Partnerverlust oder so was zu haben ja?
- I: hm
- A: weil das Ang- Angst vor Alleinsein war ist ja auch immer ein bisschen mitgeschwungen ja? so äh ja (Herr A atmet tief aus!) das und ähm und dann kommt auch immer so was wo na ja das kannst du doch eigentlich nicht ja? dass du den anderen so äh jetzt mal wenn man weiterdenkt verlässt! oder so etwas ja? so so dieses Gefühl so ähm ja! du musst irgendwo als guter Mensch Mitleid irgendwie empfinden und na ja erträgst es halt so wie es ist ja?
- I: hm
- A: äh ähm dass es dass es dass ich da nicht auf dies- die äh diese Schiene muss sondern dass ich sage mal ok also ich muss auch an mich denken an mein Leben denken und kann nicht immer nur dass es dem anderen gut geht,
- I: hm.
- A: ja? oder sagen wir mal so damit! es den anderen gut geht äh dass es mir! dann schlecht geht,
- I: ja
- A: also das das versuche ich jetzt halt auch äh irgendwie immer wieder halt mir ins Bewusstsein zu rücken ja?
- I: das heißt dass äh diese Kur die ja die Folge der Krankheit dann auch war,
- A: ja,
- I: Sie also wirklich wieder in vielen Bereichen auch aufgebaut hat,
- A: ja,

- I: und dass Sie dann quasi letztlich durch die Krankheit ähm da auch viel gelernt haben,
- A: ja,
- I: über sich über Ihre Persönlichkeit,
- A: richtig,
- I: und über die Dinge die Sie vielleicht im Leben anders machen könnten sollten wie auch immer,
- A: ja,
- I: ohne das jetzt werten zu wollen.
- A: ja richtig genau auch die eigene Bewertung -
- I: ja.
- A: und und auch auch natürlich durch die Rückmeldung von den anderen ja? wo ich halt immer gedacht habe oh Gott! ich habe mich schlechter eingestuft oder so was ja?
- I: hm
- A: und jetzt komme ich ja bei den anderen gar nicht so schlecht an! ja?
- I: hm
- A: oder die die entdecken ja irgendwie positive Seiten an mir die die ich weiß der Herr wie viel Jahre nicht mehr gehört habe! ja?
- I: hm
- A: weil hier ist man auch ziemlich einsam ja? wenn man so an der Schulleiter- Schulleiterposition ist,
- I: hm
- A: da kriegt man ja auch nicht jeden Tag Lob und äh und äh auf der anderen Seite war halt vieles ganz selbstverständlich zu Hause wo ich halt einfach ähm ja auch mir sagen wir mal ein bisschen mehr an an an Mitdenken an bisschen na ja an überhaupt an Mitgefühl jetzt für meine Arbeit gewünscht hätte aber das war nicht ist nicht erwünscht ja?
- I: hm
- A: und ähm und ja und habe mich dann eher so so als ja fast schon so als Versager! so gesehen,
- I: hm
- A: weil meine Frau dann einfach halt ähm sich ja die ist viel ausgeruhter! auch weil sie lange nicht so einen Job hat und dann natürlich irgendwo am Wochenende das und das machen will oder da! und dahin will und so und ich bin dann eher nach Hause gekommen und habe gesagt ah! ich kann nicht mehr ich bin ja so und dadurch begann natürlich auch die Problematik;
- I: hm

- A: ja? und ähm das ist natürlich dann auch schwierig für mich gewesen weil ich dann gedacht habe also jetzt ähm werde ich ja als Person gar nicht mehr gesehen oder meine Arbeit oder jetzt auch in meiner Erschöpfung!
- I: hm
- A: äh sondern einfach ich habe halt zu funktionieren und wenn
- I: Funktionalisierung.
- A: ich nicht funktioniere genau dann dann bist du halt der Versager und dann bist du halt nicht mehr der Typ der da irgendwie - äh halt äh sozusagen etwas wert ist und so nicht?
- I: hm
- A: also da hatte ich auch schon ganz schöne Probleme damit mit so auch mit dem Thema na ja Selbstwertgefühl
- I: hm
- A: und so- solchen Dingen ja?
- I: hm
- A: also das ja Selbstwert Selbstbewusstsein und so
- I: hm
- A: das habe ich auch da unten wieder gekriegt - ich habe unheimliche Angst gehabt da ja sagen wir mal vor der Gruppe das waren ja 80 90 Leute wo da immer so eine Einstimmung war
- I: hm
- A: wo man dann halt einfach auch mal sich vorstellen musste und so weiter ja? und da habe ich obwohl ich ja eigentlich hier! immer mit Leuten auch zu tun habe aber ich das war unheimlich! schwierig - wo ich mir gedacht habe oh Gott ich habe ja richtig gezittert da vorher und dann habe ich mir überlegt jetzt musst du da vor gehen und musst mal ein bisschen was sagen oder so habe aber immer das dann auch von meiner Seite dann /// jetzt mache ich das, ich war da unten in *Bad Mergentheim und jetzt sage ich mal wie ich da das erlebt habe ja?
- I: hm
- A: äh von Berlin und dem anderen ähm mit dem mit dem Schlafentzug - das habe ich dann alles so ins Lustige gebracht habe mir gar nicht viel dabei gedacht und auf einmal kommt das total anders an! die haben da sich den den Bauch gehalten vor Lachen ja? weil ich habe halt das alles mit so Fachbegriffen (Herr A lacht) versehen wie wir halt irgendwie so die diese ähm Nacht da verbracht haben und so äh und dann ab da habe ich dann gemerkt also da brauchst du doch überhaupt keine Angst haben oder so!

- I: hm
- A: sei so wie du bist wenn du so bist wenn du dich so darstellst wie du bist und und und und äh das hat mir halt Spaß gemacht ich habe das so wiedergegeben wie ich es empfunden habe und musste nichts verstellen und gar nichts und
- I: hm
- A: das habe ich auch gemerkt
- I: hm
- A: so so quasi authentisch sein ja? authentisch und nicht immer so eine Rolle so eine Fassade die ich natürlich hier auch! habe als Schulleiter, denn wenn ein Kollege zu mir kommt und sagt `ah ich habe da riesen Probleme mit dem´ dann erwartet der natürlich dass ich durchgreife ja?
- I: hm
- A: aber es ist eigentlich nicht mein Ansatz ja? dass ich da immer so diesen harten äh autoritären äh äh Schulleiter spiele
- I: hm
- A: äh weil ich möchte eher so ich bin eher mit dem sozialintegrativen Stil da behaftet und möchte da eher mit den Schülern - auf einer auf einer humanen Art umgehen ja?
- I: hm
- A: als hier immer nur mit Strafe oder mit Daumen oder so etwas und weil ich halt immer auch diese diese Art in meiner Klasse durchführe und damit besser klarkomme ja?
- I: hm
- A: also das ist auch so ein Punkt äh Rolle! ja? welche Rolle! spiele ich? Und w-wieweit spiele ich hier die Rolle? oder kann ich da jetzt auch mal authentischer sein?
- I: hm
- A: also das ärgert mich jetzt oder so und nicht den Ärger irgendwo wieder - schlucken ja?
- I: hm
- A: ich habe mich dann einfach auch da in dem dem Fall zurückgezogen wenn ein Kollege irgend-etwas Mist gebaut hat ich habe ihn da irgendwie dabei erwischt ich habe mich kaum! getraut das zu sagen
- I: hm
- A: also das ist nicht in Ordnung jetzt was du bringst oder so,
- I: hm
- A: sondern äh und dann habe ich aber gemerkt dass ich dass ich dann irgendwie so ja ich schlucke zu viel! ich bin gekränkt! und so und was kommt aus der Kränkung ja? Krankheit

und den ganzen Geschichten also auch da! deutlicher zu sagen welche Gefühle ich dabei erlebe

I: hm

A: jetzt auch habe ja? wenn wenn einer so und so sich verhält ja?

I: hm

A: dass das nicht in Ordnung ist dass mich das ärgert - und ähm also so Gefühle auch auszudrücken!

I: hm

A: das habe ich auch da unten gelernt da habe ich viel zu viel - geschluckt beziehungsweise selber auch gar nichts rausgelassen an Gefühlen,

I: hm

A: ja? und die Angst die da war! die habe ich halt auch immer versucht irgendwie zu unterdrücken oder irgendwie halt zu überspielen! oder irgend- in irgendeiner Form halt äh damit sich zu arrangieren aber halt bloß nicht dass es irgendeiner merkt und so ja? und was mir ganz peinlich immer war war wenn einer gesagt hat 'Mensch! wie siehst aber heute blass aus' oder 'geht's geht's dir nicht gut?' oder so was ja?

I: hm

A: ah das war mir peinlich dass mich so einer fragt ja?

I: hm

A: und das aber das ist doch norm- das Normalste von von der Welt dass man einfach auch nicht ständig fit äh da s- äh da sein kann,

I: hm

A: also so so die Autorizität (Versprecher) äh Authentizität auch in Richtung Gefühle!

I: hm

A: Gefühle zeigen!

I: hm

A: Gefühle auch deutlich machen - äh kann man dann auch Gefühle von anderen besser wahrnehmen

I: hm

A: habe ich festgestellt

I: hm.

A: und das war jetzt - äh auch wichtig denke ich und ähm ich habe da auch gemerkt dass ähm da haben wir zu Hause jetzt ein bisschen so eine Geschichte weil das ist natürlich logisch! meine Frau ich wollte ja gerne dass sie runterkommt auch mal so am Wochenende ja?

I: hm

A: dass man mit einem Familientherapeuten mal so mal so ein Paargespräch macht und so das hat sie halt dann einfach abgelehnt

I: hm

A: und wollte absolut da nichts mit zu tun haben und so also sie ist da eher negativ eingestellt diesen ganzen therapeutischen Geschichten gegenüber - und äh und da bin ich natürlich anders! zurückgekommen und äh irgendwie - ich will auch die Kontakte die ich da unten geknüpft habe weiterhin haben

I: hm

A: und habe die auch noch und wir werden auch sicher - in München habe ich mal die eine eine Patientin da besucht, also ich möchte auch so dass man ein bisschen in Kontakt bleibt! und weil das ist - viele Dinge sind auch so von persönlicher Art hat man ja miteinander besprochen oder wahrgenommen oder erlebt! oder oder wie auch immer - und ähm da merke ich dass mir das gut tut wenn ich weiß wie die anderen da reagieren was die jetzt auch mit vielleicht ähnlicher Symptomatik ähm - im Augenblick machen wie es denen geht und so und das für mich schon ein ganz wichtiger Kreis auch den ich da so um mich hatte so ungefähr sechs sieben Leute - äh - und wo ich mich auch sehr gut aufgehoben gefühlt habe und auch wo so richtig so freundschaftliche Bande halt gewachsen sind,

I: hm

A: und das war ja auch ist bei mir ja auch zu kurz gekommen gewesen ich habe einen Freund hier

I: hm

A: äh mit dem war ich auch letztes Jahr im August im Urlaub äh aber um den halt auch noch mal ein bisschen besser kennen zu lernen /////////// aber ich merke halt das ist mir das ist zu wenig! das ist ein ein Punkt ich komme auch mit einigen Punkten bei ihm klar aber - - also Freund in dem! Sinn - dass man so eine ganze Herzlichkeit auch irgendwie so hat bis ins Körperliche hinein dass man den auch mal um-umarmen kann

I: hm

A: oder so etwas

I: hm

A: da ist er eher spröder Typ ja?

I: hm

A: und so das ist äh da hat er auch so seine

I: Grenzen.

- A: seine Grenzen und hat da auch jetzt auch auch so eine gescheiterte Beziehung hinter sich und da ist er auch sehr äh ist halt auch ein bisschen verhä- verherm- verhärtet äh und da! ähm das will ich will ich halt auch einfach ein bisschen so mal in einem weiteren Feld haben,
- I: hm
- A: dass ich mich nicht nur auf einen Einzigen mich
- I: hm
- A: so freundschaftlich da irgendwie konzentriere sondern einfach so die (Herr A schnauft) ja Freundschaften die da entstanden sind dass ich die halt auch pflege, ja?
- I: hm ähm (I will etwas fragen, Herr A fährt aber fort)
- A: und auch so etwas zulassen können ja? was ich so ein so ein auch so so etwas wie zärtlich sein
- I: ja
- A: oder so,
- I: ja
- A: oder jemanden umarmen
- I: hm
- A: oder so etwas ja?
- I: hm
- A: das habe ich eigentlich erst wieder einmal neu gelernt,
- I: hm
- A: und ohne dass man da jetzt irgendwie gleich da was denken muss aber nur so eine Herzlichkeit so eine Freundschaft- Freundschaftlichkeit dass man die so ausdrücken kann,
- I: das hört sich fast so ein bisschen an als ob als ob Sie sogar sagen wollen äh dass diese ganze Geschichte Sie ein bisschen ja menschlicher! gemacht hat also äh,
- A: ja
- I: ich habe mir hier notiert äh die Krankheit hat Sie! äh ja quasi zu sich selbst geführt und da entstehen Kontakte draus,
- A: hm
- I: ich meine das sind ja durchaus auch positive Aspekte! die da jetzt zur Sprache kommen,
- A: ja ja! ja ja! ja ja zur mir selbst! und auch dass ich mich jetzt plötzlich wieder mehr öffnen kann,
- I: ja ja
- A: ja? und dass ich äh äh ich meine Anteilnahme das konnte ich schon immer an jemandem dass er oder so so trösten! oder so,

- I: hm
- A: das ist ähm aber dass ich selber! auch so etwas erleben darf das war mir jetzt relativ neu da unten dass also jemand äh auch sagt also ähm 'komm mal her dir geht es heute nicht so gut' oder so ja? äh
- I: hm
- A: und ähm also dass das jemand merkt!
- I: hm
- A: und und und dass ich das auch zulassen kann
- I: hm
- A: dass dann jemand sagt äh 'komm jetzt gehen wir mal raus' oder so oder oder 'wir trinken mal einen Tee zusammen' oder so etwas ja?
- I: hm
- A: das - auch so etwas wie Hilfe zulassen! Ja? Hilfe annehmen! - da habe ich immer gedacht ok das machst du selbst das machst du alleine da kommst du durch das schaffst du schon alleine da kommst du ja schon klar und so ja?
- I: hmhm und da haben Sie sich da quasi selbst irgendwo auch unter Druck gesetzt,
- A: ja ja klar.
- I: und jetzt können Sie eher im im Kontext mit anderen Leuten umgehen und mit anderen Leuten leben und und mit: ihnen leben leben ja?
- A: hm
- I: Sie haben so also, was ich heraushöre ist einfach dass Sie nicht mehr sich selbst so unter Druck setzen und eben alles alleine machen wollen
- A: hm
- I: und das finde ich schon beachtlich, also
- A: das gelingt natürlich nicht immer das ist klar,
- I: hm
- A: und ich merke auch dass ich da äh ich habe ja vorhin gesagt ich bin schon wieder etwas mehr so so zu mir / gekommen
- I: ja ja
- A: dass ich da immer wieder kämpfen muss
- I: hm
- A: das merke ich auch dass mal ein Tag so geht oder mal so das ist glaube ich auch ganz normal!
- I: hm

- A: aber so dass ich es im Bewusstsein halt habe ja?
- I: hm
- A: und dass ich dann plötzlich auch wieder sage Mensch! jetzt rufst du mal den *Steffen an oder so etwas ja?
- I: hm
- A: und und so ja? also dass ich auch dann wieder einen Weg finde
- I: hm
- A: und sage äh ich gehe nicht wieder ganz so zurück sondern halt du musst ein bisschen entgegensteuern und so ja? oder lass es mal liegen!
- I: hm
- A: jetzt genieße jetzt mal mal etwas oder setze dich einfach mal auf den Balkon oder so etwas ja?
- I: hm
- A: und nicht immerzu schaffen! ja wie der Konrektor immer sagt `du hast ja immer etwas zu tun! du hockst immer! an der Arbeit!'
- I: hm
- A: ja? und so also dass ich halt einfach so auch mehr für mich! Sorge - sagen wir mal so, mehr für mich Sorge! in in in allen Bereichen halt, im materiellen wie wie auch äh jetzt so in dem ideellen oder jetzt gerade was so Gefühle angeht oder so ja? dass ich dann einfach jemanden anrufe und mal die Stimme wieder höre
- I: hm
- A: und dass man so einfach mal wieder Kontakt hat und äh - also das da liegt mir schon viel dran
- I: hm
- A: und das habe ich meiner Frau auch erklärt und so dass ich auch davon nicht weggehe! oder so etwas ja?
- I: hm
- A: und das äh muss sie akzeptieren und das kann sie gar nicht anders.
- I: hm
- A: sie hat sich jetzt aber auch! ein bisschen verändert das habe ich gemerkt dadurch dass ich jetzt irgendwie ein anderer Mensch geworden bin sagen wir es mal so vorsichtig (Herr A lacht) - äh ähm dass ihr das eigentlich auch natürlich äh besser gefällt wenn wenn jetzt sagen wir mal ich äh sagen wir mal von der Stimmung wesentlich besser drauf bin und und und

nicht so depressiv herumhänge ah! und alles was sie vorschlägt ja muss das sein? oder so etwas sondern ja klar! gehen wir mal hin und so

I: hm

A: also das da verändert sich auch das Verhältnis natürlich.

I: hm. also diese Kur scheint mir ein ganz zentraler

A: ja:

I: Punkt zu sein der Ihnen wirklich geholfen hat.

A: ja:

I: und jetzt sind Sie ja im Moment bei Herrn Csef auch noch,

A: jetzt bin ich beim Herrn Csef in der Gruppe,

I: hm. das ist dann quasi so eine Art äh äh längerfristige Sache,

A: ja;

I: um genau auch die Punkte aufrechtzuerhalten die Sie jetzt eben auch angesprochen haben, ja?

A: ja genau, na ja ich habe drei vier Gespräche alleine mit ihm gehabt und dann hat er eben diese Gruppentherapie vorgeschlagen und da war ich jetzt zwei Mal - und das ist da habe ich jetzt den Bescheid gekriegt das sind jetzt vierzig Sitzungen glaube ich sollen das sein jetzt die sind genehmigt worden, vierzig,

I: hm

A: und ähm ja und da denke ich geht es auch auch darum so ähm so Selbstwahrnehmung Fremdwahrnehmung und so ja und und um zu schauen wie wie gehe ich jetzt mit dem was da in der Gruppe ist um wie bringe ich mich selbst ein,

I: hm

A: halt so Dinge, also das ich denke schon das - das habe ich nämlich auch dort gemerkt dass die Gruppen mir eigentlich relativ viel gebracht haben,

I: hm

A: also da gab es mal so eine Selbstsicherheitsgruppe wo ich dann auch mal meinen Konflikt jetzt mit dem Kollegen! reingebracht habe und über andere Dinge äh da habe ich eben gemerkt dass dass ich da auch äh viel zu sehr zurückgehalten habe und immer mit mit Nackenschmerzen dasaß und gar nicht so richtig - ja - und konnte das aber nicht äußern die erste Zeit

I: hm

A: und äh aber dann so nach zwei Wochen etwa zwei drei Wochen ging das auch dass ich dann eben auch so meine Befindlichkeiten in der Gruppe äußern konnte

- I: hm
- A: weil das waren ja auch immer wechselnde Personen
- I: hm
- A: war also keine feste - und ähm dann eben auch versucht habe einen Zugang zu finden zu dem was ich da jetzt an psycho- an an an somatischen Problemen da habe
- I: hm
- A: und dass ich dann gemerkt habe oh! ich fühle mich jetzt einfach unwohl weil! und so weiter weil ich jetzt Angst hatte jetzt mich irgendwie darzustellen oder oder mal etwas von mir! preiszugeben
- I: ja ja
- A: oder oder mal etwas Negatives zu sagen
- I: hm
- A: oder so oder äh sondern halt immer so immer den Perfekten! halt spielen ja?
- I: hm
- A: das das ist immer diese Fassade die ich halt eben auch - zu Hause irgendwie immer so gespielt habe und spielen musste! äh weil ich irgendwie so Schwächen eigentlich das durfte man eigentlich bei uns nicht zeigen so in der Familie ja? sondern mein Vater war ein totaler Leistungsmensch
- I: hm
- A: und das musste halt immer klappen und äh und da haben Gefühle kaum eine Rolle gespielt,
- I: hm
- A: und das das ist mir auch da unten bewusst geworden dass ich da eigentlich immer diesem Muster! entsprechen wollte
- I: hm
- A: ja? es muss immer klappen, nie in der Schule sitzen bleiben eine Eins im Examen dann das Nächste und immer es muss alles so - laufen ja?
- I: hm
- A: das ist auch so ein wichtiger Punkt denke ich bei mir so perfekt sein wollen alles alleine machen wollen ja? und dann natürlich auch da das fehlende Vertrauen vielleicht was dann da ist ja? auch anderen etwas ähm ja oder an andere zu delegieren und zu gucken die können es doch auch und so ja?
- I: hm an andere abzugeben ja.
- A: an andere abzugeben,
- I: ja ja.

- A: ja ja. - - - da muss ich aber noch einiges tun das weiß ich - also was hier die Schule angeht da bin ich noch im Lernprozess - äh
- I: hm ein lernender Lehrer (I lacht).
- A: ja genau, das muss auch jeder Lehrer sein finde ich,
- I: ja ja.
- A: ich würde vielen Kollegen wünschen dass sie mal da unten drei Wochen sind oder so etwas damit ////.
- I: ja es hört sich also wirklich gut an weil Sie es jetzt auch so oft erwähnt haben mit dieser Kur und ich denke da hat bei Ihnen schon äh ein Umdenkprozess auch angefangen und wenn Sie das weitermachen das ist jetzt meine Meinung meine persönliche Meinung - ich glaube da sind Sie wirklich auf dem richtigen Weg, und im Herrn Csef haben Sie da auch äh den! Kompetenten schlechthin der Ihnen da wirklich auch helfen kann, da bin ich mir ziemlich sicher.
- A: hm ich war jetzt ein bisschen überrascht weil ich jetzt mit dieser Herzneurose! weil ich da jetzt wir haben da gar nicht darüber gesprochen ja mit dem Herrn Csef so so direkt eigentlich
- I: hm
- A: na klar die Symptomatik habe ich sicherlich geschildert und so und es kommt ja immer wieder vor in den ganzen medizinischen
- I: ja ja.
- A: Berichten und so weiter und das ist ja nie etwas Organisches zu finden gewesen - dann spricht man wohl davon:
- I: also das Problem ist eben dass also äh ich ich kenne ja Ihre Diagnosen
- A: ja
- I: und die gehen ja alle in Richtung dieser agoraphobischen Störungen,
- A: hm
- I: Panik und Depression;
- A: ja ja
- I: und ich habe auch noch einmal mit dem Herrn Csef darüber geredet und habe gemeint wo ist denn jetzt bitte schön die Herzneurose?
- A: hm
- I: und dann sagt er `na ja da haben Sie im Prinzip genau das Problem angesprochen`, das ich jetzt in meiner Arbeit schon auf hundert Seiten auch ausgebreitet habe - es gibt! da keine eindeutige Einordnung, es kommt immer darauf an bei manchen ist es eben eher diese

Herzsymptomatik verbunden mit dieser Agoraphobie - bei anderen ist es völlig ohne Agoraphobie - bei Ihnen ist ja auch noch diese soziale Phobie! dabei ein bisschen,

A: hm

I: und ähm das ist also ähm ein Gebiet - es gibt! sehr viel darüber aber es ist eigentlich auch ziemlich unbekannt,

A: hmhm

I: und es gibt viel Streit über die Einordnung, deswegen wundert es mich jetzt überhaupt nicht dass Sie das Wort nicht gehört haben äh und

A: (Herr A lacht), also in meinem! Zusammenhang, gehört habe ich das schon dass es so etwas gibt

I: in Ihrem! Zusammenhang,

A: aber für mich persönlich war das jetzt so nicht so, aber es ist mir schon eigentlich klar jetzt ja ja, ja ja.

I: hm und dann hat es auch noch die Gründe der Ab- Abrechenbarkeit weil äh die Herzneurose wohl bei Krankenkassen äh nicht so! hoch im Kurs steht wie jetzt äh diese anderen vergleichbaren Störungen,

A: hm

I: oder man kriegt nicht so viele Stunden bewilligt oder sonst irgendetwas.

A: hm ja ja. - - -

I: ja aber ich würde sagen jetzt haben wir hier mal äh einen breiten Einblick bekommen, dann würde ich sagen wenn Sie nichts mehr zu sagen haben mache ich jetzt hier mal das Aufnahmegerät aus,

A: ja

I: oder wollen Sie noch etwas Wichtiges hinzufügen?

A: nein ich glaube jetzt haben wir so wichtige Dinge schon genannt.

I: ich denke auch, also so im Überblick,

A: ja ja!

I: ist wirklich ziemlich alles gefallen.

A: ja ja.

I: ok - dann mache ich hier jetzt einfach mal aus.

In einem kurzen Nachgespräch hat sich Herr A dafür bedankt, dass er an der Studie mitwirken durfte. Er hat die Adresse des Interviewers bekommen ,um sich für den Fall zu melden, dass ihm noch wichtige Details einfallen sollten.

Patient 2 (Herr B)

Interviewbedingungen: Herr A ist früh pensionierter Beamter. Das Interview, das am 07. Juli 2003 geführt wurde, fand in den Privaträumen des Interviewers zwischen 15.05 und 15.45 Uhr statt.

Kontaktherstellung: Der Patient wurde von Prof. Csef vermittelt, weil er sich zur Zeit bei ihm einer Gruppentherapie unterzieht. Der Kontakt zwischen dem Interviewten und dem Interviewer wurde telefonisch hergestellt. Nach einem ersten vereinbarten Termin, den Herr B vergessen hatte, kam es zum oben genannten Zeitpunkt zum Gespräch.

Gesprächsbedingungen: Der Patient zeigte sich offen und berichtete über seine Erfahrungen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass er bereits am Telefon sagte, dass während des Interviews doch auch Fragen gestellt werden sollten – der Forscher hatte dabei das Gefühl, dass sich Herr B im freien Erzählen unsicher fühlt.

Anamnese: Der Patient ist von seiner Ehefrau geschieden und lebt nun mit seiner neuen Lebensgefährtin im Eigenheim. Seine drei Kinder sind volljährig und leben zur Zeit noch bei seiner geschiedenen Ex-Frau. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr B 60 Jahre alt. Herr B leidet seit vielen Jahren unter seelischer Erschöpfung, die sich nach der Scheidung von seiner Ehefrau verstärkt hatte.

Ferner beklagt Herr B anfallsartig auftretende Herzbeschwerden, die mit Tachykardien und starker Angst verbunden seien und überwiegend in Ruhe oder nachts auftreten würden. EKG-Untersuchungen in Ruhe und unter Belastung waren befundfrei, eine Herzkatheteruntersuchung wurde nicht durchgeführt. Der Patient ist depressiv verstimmt und zeigt einen deutlichen Leidensdruck.

Herr B wuchs mit einem um 7 Jahre jüngeren Bruder auf und schildert aus der Kindheit vor allem die Zeit bis zum 6. Lebensjahr, als er von seiner Mutter und zahlreichen Verwandten umsorgt wurde. Im 4. Lebensjahr kam sein bis dahin für ihn unbekannter Vater aus der Gefangenschaft nach Hause, blieb aber fremd für ihn. Die Mutter wird als kränklich geschildert – sie übertrug dem Patienten viel Verantwortung für den Haushalt. Auch seinen Bruder empfand er als störend. Nach dem Abitur begann er, als Beamter im Landratsamt zu arbeiten. 1970 heiratete er seine Ehefrau, von der er mittlerweile geschieden ist. Gerade in der Kindheit

mussten Emotionen unterdrückt werden, der fehlende Vater ermöglichte keine Entwicklung zum selbstständigen, erwachsenen Mann. In der ehelichen Partnerschaft zählte für Herrn B mehr die Tatsache, eine Ehefrau zu haben als die wirkliche Auseinandersetzung mit ihr als Lebenspartnerin. Auf die Scheidung reagiert Herr B mit depressiven Reaktionsmustern und der Entwicklung von Symptomen. Ferner zeigt Herr B Suchttendenzen, weil er in psychischen Belastungssituationen wiederholt zu Psychopharmaka greift.

Dissertationsrelevante Diagnose: Der Patient leidet an einer Herzneurose.

B = interviewter Patient

I = Interviewer

I: ja und jetzt läuft es auch. ok.

B: ok

I: also noch einmal ganz offiziell! danke schön das wird also dann also alles transkribiert dass Sie jetzt hier teilnehmen und ja vielleicht fangen Sie einfach einmal an von dem was Sie jetzt an Vorinformationen wissen einmal im Überblick zu erzählen wie es mit dieser Herzangst angefangen hat bei Ihnen.

B: hm gut ich denke äh dass man oder dass ich das Ganze natürlich aus der Rückschau! äh ganz anders begreife und verstehe als ich es damals als meine ersten Beschwerden so eben deutlich geworden sind äh ahnen konnte ja?

I: hm

B: äh heute weiß ich dass das äh zu tun hat ja mit meinen ganz persönlichen Strukturen ähm also ja leistungsorientiert ähm genau! zu sein, möglichst äh ja hundert Prozent, also auch ein Stück weit äh wie sagt immer der Herr Professor Csef äh na wie heißt der Begriff wieder? - - jetzt fällt er einem nicht ein (Herr B lacht und weiß nicht weiter) - -

I: äh also was ich eben weiß wenn ich da kurz einhaken darf

B: hm

I: ist eben dass Sie jemand sind der sehr pflichtbewusst eben einfach ist

B: ja genau! genau

I: und der ähm immer versucht hat alles so hundertprozentig wie möglich zu machen

B: ja genau! und das ist auch heute noch so ja?

I: hm

B: also ich bin ähm seit ungefähr drei Jahren jetzt in einem ähm Vorstand in einem Sportverein also in *Margetshöchheim - äh da kann ich das absolut nicht haben so Schluderei! oder so na 'vielleicht' und 'na ja, machen wir es einigermaßen' und äh gut damit handelt man sich natürlich manchmal auch viel ein! also im Sinne von aufladen ja? beziehungsweise dass man sich auch selbst! mehr auflädt als machmal gut ist weil man denkt 'nein das mache ich lieber selbst' dann weiß ich dass es gemacht ist

I: hm

B: so wie ich wie ich es halt ja erwarte oder mir wünschen würde,

I: hm

B: und äh - übrigens der Begriff ist zwanghaft!

- I: hm danke! gut
- B: (Herr B lacht) ja das stimmt auch – aber das habe ich eigentlich nie vorher so gesehen, erst als mich der Professor Csef darauf aufmerksam gemacht hat dass ich zwanghafte Strukturen! habe dann habe ich nachgelesen – ähm woran man das denn äh erkennen könnte
- I: hm
- B: und dann ist mir eigentlich klar geworden ja hm das stimmt! ja?
- I: hm
- B: das stimmt.
- I: hm
- B: ja gut also wie gesagt äh – damit hängt es zusammen und dann auch durch ähm – Verhaltensweisen die man so mitbekommen hat bei den Eltern,
- I: hm
- B: also insbesondere bei meiner Mutter – äh ich habe also als Einziger in der Familie schon sehr früh mit Sport! angefangen
- I: hm
- B: ich habe immer Sport geliebt bis zum heutigen Tag und habe auch sehr viel gemacht – und meine Mutter, immer wenn ich vom Training heimkam, hm war halt noch ein bisschen verschwitzt oder habe mal ein bisschen geschafft ausgesehen, 'o: mein Bub mein Bub mein Bub' ja? 'und du holst dir noch einmal irgendetwas mit dem Herz' oder, weil sie selbst auch Herzprobleme hatte,
- I: hm
- B: ich habe das zwar nie wirklich ernst genommen,
- I: hm
- B: aber es scheint doch nicht so gänzlich ohne Wirkung geblieben zu sein – denn ich kann jetzt das genaue Alter nicht mehr sagen, als ich dann erstmals selbst Herzprobleme verspürte! und ich denke das war also ich will es jetzt nicht auf Jahr und Monat sagen – aber ich denke das war das erste Mal so wie ich etwa zwanzig war,
- I: hm
- B: – – – da habe ich gemerkt dass das doch bei mir nicht völlig an der Oberfläche sitzt – – –
- I: hm
- B: und habe dann eigentlich – – ja mich zurückgenommen,
- I: hm
- B: habe auch – in unterschiedlichen Situationen – manchmal eher Schonhaltung eingenommen,

- I: ganz typisch ja.
- B: - - - - habe dann sogar nachdem ich äh geheiratet habe - - - Sport völlig: aufgegeben,
- I: hm
- B: - - - - einerseits weil ich gedacht habe meine Frau hielt nicht viel von Sport - und ähm also ich wollte einerseits ihr einen großen Gefallen das gebe ich ohne weiteres zu dass das ein Beweggrund war, aber andererseits auch habe ich irgendwie halt da schon gemerkt, da war ich dann siebenundzwanzig, dass ich nicht mehr so so leistungsfähig! war,
- I: hm
- B: also wie relativ schnell erschöpft, Herzrasen! und und und ja?
- I: hm
- B: und da habe ich gedacht 'oh! da muss ich mich zurücknehmen!' - - und ja das wie ich heute weiß war das eigentlich genau das Falsche, - - -
- I: hm
- B: weil ab da: - - dann kam also mit Eheschließung kam noch so der selbst gemachte Druck bei mir auf, ja eben auch möglichst gut! möglichst perfekt! äh möglichst keine Angriffsflächen bieten für mögliche Kritik
- I: hm
- B: und und und;
- I: hm
- B: da habe ich mich also auch wahnsinnig selbst unter Druck gesetzt und äh - - ja habe dann - - öfter ähm ja - - habe gedacht bis zu sieben acht Mal schätze ich oder gar oder gar noch mehr hatte ich immer so grippale Infekte bekommen,
- I: hm
- B: - - - die also ähm ja häufiger dann dazu führten dass ich mich sogar ja einige Tage in die Koje (Umgangssprache: Bett) gelegt habe / legen musste also ich da habe ich mich wirklich krank! gefühlt,
- I: hm
- B: ja? und - gut davon habe ich mich dann aber immer relativ schwer! erholt,
- I: hm
- B: - - - - bis ich dann mal in *Würzburg zu einem Arzt gegangen bin - - und /// so geht das nicht mehr weiter ich äh ähm bin zu immer weniger fähig,
- I: hm
- B: und na gut dann hat er mich erst einmal internistisch durchgecheckt (Umgangssprache: untersucht) von der der Zehe bis zur Haarspitze - und äh hat eigentlich dann nur festgestellt

gehabt äh ich hätte ein bisschen ähm erhöhten Grundumsatz also das heißt äh Überfunktion der Schilddrüse,

I: hm

B: und dann habe ich dafür etwas bekommen - hat aber eigentlich auch keinen nennenswerten Erfolg gehabt,

I: hm

B: und dann hat er gesagt 'so jetzt gehen Sie mal zum Nervenfacharzt',

I: hm

B: so dann bin ich dorthin - - na ja der hat mich dann zunächst eine Weile nur mit Medikamenten behandelt was aber auch nicht viel gebracht hat,

I: hm

B: und dann habe ich zu ihm gesagt also dass ich das auch nicht mehr als die Lösung ansehe und dann hat er mich erstmals, 1977 war das, - in Moment im Mai - - in eine psychosomatische Klinik geschickt,

I: hm

B: nach - *Bad Mergentheim im Taubertal

I: hm

B: - - - - da war ich etwa elf zwölf Wochen - - - -

I: hm

B: und da haben die mit mir; also ich muss dazu sagen neben dieser Herzangst! hatte sich bei mir noch eine so genannte Erkältungsphobie! entwickelt,

I: hm

B: eben weil ich wie ich vorhin erwähnt habe ja äh bis zu zehn Mal im Jahr mehr oder weniger starke Erkältungen hatte ja?

I: hm

B: bis hin zu stärkeren Infekten so ja?

I: hm

B: und ja diese Dinge ist man dann dort angegangen ich habe da wirklich ein das Glück gehabt einen exzellenten Arzt äh zu haben - - der mit mir die Sache so angegangen ist dass ich mir selbst Ziele setzen musste äh wie ich mich also ja jetzt den natürlichen Wetter-Witterungseinflüssen zum Beispiel aussetze ja?

I: hm

- B: also musste zunächst ganz leicht anfangen bis zu hundert Prozent dann also hundert Prozent waren dann äh das war ja damals - - Moment es stimmt nicht ich äh habe etwas verdreht das war nicht,
- I: 77 haben Sie gesagt
- B: das war nicht äh Mai sondern das war Februar!
- I: hm
- B: äh genau Februar! 77 war das, da bin ich dann äh also als Extrem äh - - ja nur mit einem T-Shirt bekleidet und einer Turnhose es hat draußen fast schon geschneit und Kuhbatzen (Umgangssprache: sehr sehr große Tropfen) geregnet, bin ich dann noch durch einen ein Flüsschen gewatet nasse Füße mir geholt,
- I: hm
- B: können Sie sich vorstellen? ich habe nichts bekommen!
- I: hm
- B: also das war für mich ein unglaubliches Aha-Erlebnis!
- I: hm
- B: - - - -
- I: ähm - gut jetzt haben Sie ja erzählt von den Anfängen
- B: ja
- I: mit ähm was habe ich notiert mit zwanzig hatten Sie zum ersten Mal diese Herzprobleme,
- B: hm
- I: wie hat sich dann speziell das! weiterentwickelt also wie kam es denn dann überhaupt zu so einer ja Diagnose Herzangst! weil von anfänglichen Herzproblemen oder Herzrasen bis dahin ist es ja noch ein Schritt, also wann hatten Sie Angst also das gehört ja zu diesem Krankheitsbild dazu ähm zum Beispiel eine Herzerkrankung zu haben oder Angst an einem Herzinfarkt zu sterben oder Beklemmungsgefühle in der Öffentlichkeit wie auch immer, das sind ja ganz verschiedene Facetten die da eine Rolle spielen.
- B: hm also ich denke dass das erstmals hochkam - - - - so im Jahre - - 66 etwa.
- I: hm - - und wie hat es sich da gezeigt oder was war da charakteristisch?
- B: gut äh ich hatte halt äh - - Schweißausbrüche also ich bei der geringsten körperlichen Anstrengung ähm - - ja wie soll ich denn sagen habe ich mir gedacht das packe ich nicht,
- I: hm
- B: also ich kam mir manchmal vor als Zwanzigjähriger wie ein äh wie ein Siebzigjähriger,
- I: hm

- B: und da habe ich halt immer gedacht 'Mensch! da muss doch irgendetwas sein mit dem Herzen'
ja?
- I: hm
- B: 'das kann doch nicht sein',
- I: hm
- B: gut äh wie gesagt ich war ja dann ähm bei diesem Internisten gewesen in *Würzburg ich war dann auch in der Folgezeit also EKGs auch Belastungs-EKGs hatte ich einige! hinter mir,
- I: hm
- B: die waren alle total unauffällig ja? äh begreifen konnte ich das eigentlich nicht - - ich habe immer gedacht das müssen Fehldiagnosen! sein,
- I: hm
- B: 'das kann doch nicht sein!'
- I: hm
- B: - - - -
- I: und das hat sich dann über die Jahre manifestiert und
- B: ja und dann dann also immer mehr zu Einschränkungen geführt äh also ich habe mir dann immer weniger zugetraut,
- I: hm
- B: zum Beispiel ha- habe ich auch mal ganz gerne getanzt,
- I: hm
- B: äh das habe ich alles sein lassen - - - also das ging sehr weit also nicht so weit dass ich jetzt nicht mehr vor die Türe gegangen bin ja?
- I: hm
- B: und mir überhaupt nichts mehr zugetraut, das nicht aber zum Beispiel was ich nicht mehr gemacht habe waren auch lange Wanderungen,
- I: hm
- B: die ich eigentl- im Grun- die ich eigentlich vorher oder früher auch gerne gemacht habe - also all das habe ich ähm ja weitestgehend eingestellt und ja mein Leben hat sich immer mehr eingeschränkt,
- I: hm
- B: ja? also das ist klar sodass dann ja letztlich auch meine Frau irgendwie ja weil die das nicht verstanden! hat - - äh ich würde nicht sagen sauer ob das jetzt der richtige Ausdruck ist weiß ich nicht aber also sie war sicherlich nicht begeistert ja? und das hat natürlich wiederum - - äh Druck erzeugt ja? das ist ja klar,

- I: hm
- B: also selbst- selbst gemachten Druck natürlich ja?
- I: hm
- B: weil man sich dann eben nicht ähm genügend gefühlt hat ja?
- I: hm
- B: also das war wirklich wie ein Teufelskreis das kann man so sagen,
- I: wurde also dadurch immer schlimmer
- B: ja
- I: dass auch dann Erwartungen von der Ehefrau kamen
- B: ja
- I: und Sie fühlten sich dann unter Druck und dann ging gar nichts mehr irgendwann.
- B: ja dann ging gar nichts mehr.
- I: hm - - das heißt Sie haben den den den Freizeitbereich mal also jetzt sind wir bei diesem Kernpunkt ja?
- B: hm
- I: auf den es mir ankommt,
- B: ja
- I: nämlich wie! ähm hat sich das auf Ihr Leben ausgewirkt jetzt haben Sie genannt in der Freizeit die Einschränkungen mit Tanzen Wanderungen aus der Angst heraus vermutlich,
- B: auch Sport hatte ich ja völlig aufgehört ich habe das völlig! aufgegeben,
- I: hm
- B: also was mir ja der Sport hatte mir ja unglaublich viel bedeutet seit Kindesbeinen,
- I: hm
- B: also das war eigentlich das war im Grunde die größte Einschränkung - - - -
- I: hm deswegen weil Sie Angst hatten dass äh Sie irgendwie herzkrank sein könnten das war so der der Gedanke um den sich alles gedreht hat,
- B: ja
- I: in Verbindung mit dieser mit dieser - Einbildung! in Anführungszeichen der mangelnden Leistungsfähigkeit
- B: ja
- I: hm
- B: ja genau.

- I: äh gibt es da noch andere Bereiche wo Sie sagen neben diesen sportlichen Aktivitäten ähm Sie sagten vorhin so schön es war nicht so! schlimm dass Sie das Haus nicht verlassen konnten,
- B: ja genau
- I: es ist ja oft so dass Patienten dann sagen sie haben Angst äh vor Menschenansammlungen oder vor Situationen aus denen sie nicht herauskommen - Fahrstuhlfahrten Straßenbahnfahrten allerlei Dinge.
- B: nein: das konnte ich machen ich habe allerdings äh sagen wir mal äh große Menschenansammlungen!
- I: hm
- B: die habe ich auch eher gemieden,
- I: hm warum wenn ich fragen darf? was war die konkrete Angst vor diesen Menschen?
- B: (Herr B zögert) das kann ich jetzt eigentlich nicht so nicht beantworten ich mochte das einfach nicht,
- I: hm
- B: also - - - so äh scharf darauf bin ich ja heute noch nicht,
- I: hm
- B: ob- obwohl ich kann zum Beispiel äh in München oder egal in jedes Bundesligastadion gehen ich habe kein Problem,
- I: hm
- B: äh - - - wo ich also nicht: so gerne bin also zum Beispiel äh ich bin all die Jahre gerne auf das Afrikafestival gegangen,
- I: hier in Würzburg
- B: hier in Würzburg und das habe ich mir auch nie nehmen lassen - - und wenn man da ja sich förmlich so durchwinden (Herr B gestikuliert) musste ja?
- I: hm
- B: das ich will nicht sagen dass mir das ein Gräuel war aber das mag ich einfach nicht.
- I: hm
- B: ob jetzt dahinter auch eine konkrete Angst! steht das kann ich vermag ich gar nicht zu sagen.
- I: hm - - oft ist es so dass diese diese Herzangst ganz andere Ängste noch auslöst also dass da ganz viel noch folgt,
- B: ja

- I: das nennt sich dann Symptomstreuung also dass im Hintergrund immer diese Angst ist vor diesem Herztod oder wie auch immer,
- B: ja
- I: und daraus entwickelt sich dann die Angst das könnte mir ja auch in der Menge passieren und dann ist niemand da dann bin ich hilflos niemand hilft mir ich ich muss sterben,
- B: hm
- I: oder was weiß ich
- B: nein also ähm das war es nicht! also ähm,
- I: hm
- B: also wenn Sie jetzt das so konkret ansprechen - nein diese Befürchtung hatte ich eigentlich nie!
- I: hm - - - und wenn wir jetzt noch einmal trotzdem zurückgehen auf diese äh Herzgeschichte insgesamt äh wo waren denn noch Auswirkungen, hat es sich ausgewirkt auf Ihren Beruf
- B: ja
- I: ich nehme an dass Sie damals waren Sie ja auch noch im Beruf.
- B: ja ja ja
- I: hm
- B: äh also ich habe mich äh zeitweise nicht so leistungsfähig gefühlt wie ich das gerne gewesen wäre also um es vielleicht einmal so zu formulieren - ich hatte Phasen ähm - - - da hab hatte ich um einen Sportvergleich zu nehmen,
- I: hm
- B: da habe ich mich gefühlt und da habe ich auch wirklich so die Leistung gebracht wie ein Weltmeister:
- I: hm
- B: dann wiederum ähm wenn der Dynamo über eine gewisse Zeit äh sehr sehr hoch gelaufen ist,
- I: hm
- B: dann kam da so eine Abwärtsphase,
- I: hm
- B: und da habe ich dann manchmal das Gefühl gehabt jetzt bist du nur noch Kreisklasse!
- I: hm
- B: da habe ich dann auch schwere Dinge also äh fachliche Dinge die habe ich dann eher zurückgestellt,
- I: hm

B: was also soweit es ging ja?

I: hm

B: - - - aber auch da war dann ähm die geistige Arbeit mit also so kam es mir vor mit mehr Energieaufwand verbunden also ich muss äh mir schien es so als müsste ich mich wesentlich mehr anstrengen als sonst.

I: hm und das bringen Sie jetzt doch eher wieder in Richtung dieser Herzangst auch dass es damit also die Angst vor dieser Leistungsminderung einfach.

B: ja ja

I: auch Stichwort Alter ja?

B: ja

I: was wir jetzt öfter genannt haben ja? Ok, ich meine das ist natürlich eine ganz massive Auswirkung wenn ich im Beruf dann sagen muss ähm dass ich die die schwierigeren Dinge hintenanstellen muss,

B: ja

I: oder anderen Kollegen übergebe,

B: hm na gut das habe ich nicht gemacht äh - - weil äh das hätte mein Stolz nicht zugelassen,

I: hm

B: das habe ich schon selbst gemacht und wenn ich dann Sachen mit nach Hause genommen habe wenn ich die also sagen wir mal im normalen Tagesablauf nicht geschafft habe; also ich bin dann auch langsamer geworden ja?

I: hm

B: also muss man ganz klar sagen, und dann habe ich das mit nach Hause genommen auch am Wochenende also das wollte ich mir nicht nachsagen lassen dass ähm ja bei mir die Dinge nicht laufen ja?

I: hm

B: - - - was aber auch dann auf der anderen Seite wieder Einschränkungen im ähm Familienleben auch bedeutet hat ja?

I: hm ja klar weil die Zeit einfach gefehlt hat ja? für die Familie dann.

B: ja

I: ähm also das heißt schon dass Ihr Beruf dadurch ganz massiv beeinträchtigt gewesen ist wenn ich es jetzt richtig verstanden habe.

B: ja ob das jetzt massiv war kann ich jetzt selbst gar nicht so beurteilen aber er war mit Sicherheit mehr oder weniger stark äh beeinträchtigt,

I: hm

- B: doch denke ich schon.
- I: ähm was haben die Kollegen das mitbekommen?
- B: also mich hat nie: jemand darauf angesprochen,
- I: hm
- B: weder ein Vorgesetzter noch ein Kollege,
- I: hm
- B: - - - äh mit Ausnahme der der letzten Zeit die äh wo dann diese Dinge auch äh zu meiner Pensionierung geführt haben wobei ich die selbst beantragt habe,
- I: hm
- B: weil ich habe gemerkt also ich war dann auch Vorgesetzter von 25 Leuten und ich habe dann gemerkt dass ich meinen Laden nicht mehr im Griff habe so wie das sein müsste und dann habe ich mir gesagt Mensch da leidet das ganze Arbeitsgebiet darunter ähm eventuell wenn ich jetzt äh ausfalle länger dann muss das mein Stellvertreter mitmachen und und und und ich war ich habe mich dann so extrem ausgebrannt gefühlt,
- I: hm
- B: dass ich dann zu meinem big boss (Umgangssprache: oberster Vorgesetzter) damals gegangen bin also Präsident und habe ihm gesagt also äh dass ich mir mich der Aufgabe nicht mehr gewachsen fühle und // dann haben wir ganz offen da geredet das war ein sehr verständiger Mensch,
- I: hm
- B: und dann habe ich meinen Antrag auf äh Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit gestellt und äh der Professor Csef der hat damals dann irgendein Gutachten auch gemacht das den beiden Gutachtern dann bei der Regierung vorgelegt worden ist und dann ist dieses Verfahren so gelaufen,
- I: hm
- B: mit dem Ergebnis dass ich äh ja vorzeitig in den Ruhestand versetzt worden bin wegen Dienstunfähigkeit.
- I: hm und die führen Sie um das jetzt noch einmal hier jetzt im Interview ähm hervorzuheben vordergründig auch auf diese Herzgeschichte zurück weil die ja der Grund dafür war wenn ich Sie richtig verstanden habe dass Sie sich so leistungsgemindert gefühlt haben
- B: ja! ja! also Herz-Kreislauf-System ähm hat bei mir immer die entscheidende Rolle gespielt.
- I: obwohl Sie eigentlich gesund waren also organisch! gesund.
- B: ja ja!

- I: was hat denn Ihr Ihr Umfeld dazu gesagt Ihr Ihr soziales Umfeld außerhalb der Familie wenn Sie sagen der Sport war reduziert das Wandern war eingeschränkt kam da ja sicherlich auch irgend-etwas oder?
- B: (Herr B schweigt und überlegt)
- I: oder haben die das gar nicht mitbekommen?
- B: das könnte ich also jetzt gar nicht sagen ähm - - - kann das jetzt nicht sagen.
- I: hm ähm aber über Ihre Ihre Ehesituation sicherlich oder?
- B: hm
- I: die war ja dadurch beeinträchtigt
- B: die
- I: und das wirkt sich ja dann nach außen wiederum aus,
- B: ja ja ja
- I: hm - - ähm auf die Zukunftsplanung hat es sich da irgendwie ausgewirkt damals? ich meine gut Sie sagten ja Sie sind dann haben den Antrag auf diese Pensionierung gestellt
- B: hm
- I: hm wie hat es sich denn auf die Zukunftsplanung ausgewirkt was haben Sie sich denn damals vorgestellt dann wie es weitergeht vielleicht mit Ihrem Leben?
- B: gut äh zu dem Zeitpunkt wusste ich ja ähm dass also meine Beschwerden psychosomatischer Natur sind,
- I: hm
- B: und das habe ich ja auch dem Professor Csef abgenommen,
- I: hm
- B: und von daher gesehen äh hat sich natürlich ab dem Zeitpunkt als ich das erkannt hatte und begriffen habe und auch angenommen habe ähm war natürlich die Angst wesentlich! gemindert,
- I: hm
- B: also ich würde jetzt nicht behaupten dass sie v- gänzlich weg war und nie wieder hochgekommen ist aber ich konnte ab da anders damit umgehen!
- I: hm und in jüngeren Jahren? weil da wussten Sie ja um den Umstand noch nicht unbedingt Bescheid.
- B: ja da konnt- da konnte ich nicht und das ging bis zur Panik!
- I: hm - - also Panik im Sinne von Panikattacken oder dass Sie einfach Angst vor der Zukunft hatten? wie soll das weitergehen?
- B: ja natürlich! ja ich habe ganz massive Angst vor der Zukunft gehabt ja?

- I: hm
- B: gut ich hatte dann äh ja auch äh Kinder!
- I: hm
- B: und gut ich habe halt wie das wohl normal ist ein Verantwortungsbewusstsein und meine Kinder geliebt ,
- I: hm
- B: //// und natürlich! da habe ich häufig Angst gehabt wie wird das?
- I: hm - - - ja das ist ein interessanter Aspekt weil man sich natürlich auch Sorgen um die Kinder macht,
- B: ja!
- I: was wäre wenn Sie wirklich glauben ich bin herzkrank was wird aus den Kindern wenn ich sterben muss,
- B: ja sicher!
- I: oder so das ist ein interessanter Aspekt!
- B: ich meine auch äh zunächst einmal der finanzielle Aspekt und äh dann aber auch äh eben aufwachsen ohne Vater also diese Überlegungen haben da eine Rolle gespielt.
- I: hm - - also wir haben jetzt den Bereich Beruf dann die Kollegen die Pensionierung die Sie angesprochen haben das soziale Umfeld Zukunftsplanung Freizeit Ehe und das Leben im Allgemeinen, also da haben Sie jetzt schon einen schönen Überblick gegeben ähm wie sich die Krankheit auf Ihr Leben ausgewirkt hat, also schon eine ganz so wie ich es jetzt sehe massive Einschränkung bis! zu dem Zeitpunkt interessanterweise wo Sie wussten eigentlich ist es eine psychosomatische Angelegenheit,
- B: hm
- I: und das ist natürlich toll wenn es sich dann bessert ja?
- B: hm - - - (Herr B nickt zustimmend und fügt nichts mehr hinzu).
- I: ähm wollen Sie da noch etwas hinzufügen oder wollen wir zu dem Punkt übergehen wo Sie vielleicht noch etwas dazu sagen könnten was Sie aus der Krankheit gemacht haben? also wie Sie dann damit umgegangen sind oder wie Sie da zurückgewirkt haben?
- B: ja gut ich habe - - mir vorgenommen oder ich war der Meinung wenn ich dann mal jetzt den beruflichen Druck nicht mehr habe dass ich mal eine Menge von dem was ich mir so mal ähm vorgestellt hatte oder erträumt habe dass ich das dann machen kann,
- I: hm
- B: äh weil da bin ich halt einfach nicht mehr dazugekommen ähm - - gut ich habe dann zum Beispiel äh ich ich habe eine gewisse denke ich äh Fähigkeit Sprachen zu lernen,

- I: hm
- B: oder eine gewisse Begabung denke ich, ich habe also dann angefangen Italienisch zu lernen,
- I: hm
- B: das mache ich heute noch,
- I: hm
- B: weil mir die Sprache unwahrscheinlich gut gefällt und das Land,
- I: hm
- B: ja ich habe angefangen - - zu lesen ich habe sehr sehr viel gelesen - - - äh ich bin was ich früher ja eher eingeschränkt habe auch wegen meiner Herzproblematiken ich habe dann angefangen zu reisen,
- I: hm
- B: jetzt ich habe keine Extremreisen gemacht also in in die fernsten Länder also da! habe ich wieder eher Bammel! (Umgangssprache: Angst) immer noch ein Stück!
- I: hm
- B: wobei da aber auch äh sogar mehr die Angst mir eine Infektion! zu holen noch vorherrschender ist als jetzt dass mein Herz nicht mitspielen könnte,
- I: hm
- B: also das glaube ich eher weniger.
- I: hm
- B: aber ich habe ähm in jungen Jahren da war ich also in der Ausbildung da habe ich eben mitbekommen wie eine Kollegin damals von mir nach einem Afrikaurlaub sich eine ganz mysteriöse Infektion geholt hat die man nie klar definieren konnte aber die daran gestorben ist,
- I: hm
- B: und das hat seine Wirkung nicht verfehlt.
- I: hm - - - aber oder was ich so heraushöre ist dass Sie dann durch den Ruhestand der ja auf dieser Krankheit basiert auf dieser Herzangst,
- B: hm
- I: ähm dann quasi aus der Krankheit doch auch einen Gewinn gezogen haben in dem Moment also damit meine ich jetzt nicht dass Sie jetzt bewusst! auf diesen Ruhestand angespielt haben weil das ist ja Quatsch aber ähm Sie haben dann schon! quasi die die Sekundärfolgen dieser Krankheit als Gewinn nehmen können, als Krankheitsgewinn.
- B: ja kann man so sehen.

- I: hm
- B: kann man so sehen.
- I: hm
- B: ja? gut äh ich musste zwar äh mit Abzügen leben ist ja wohl klar,
- I: hm
- B: und äh aber für mich war das also ein ähm Abwägungsprozess damals,
- I: hm
- B: ähm da habe ich mir gesagt was will ich? weiterhin mehr Geld oder vielleicht ähm mehr Lebensqualität,
- I: hm
- B: und da habe ich mich für das andere entschieden obwohl es für mich ein ganz schwieriger Prozess war ich habe fast vier Monate dazu gebraucht bis ich mich dazu durchgerungen habe diesen Antrag zu stellen.
- I: hm
- B: (Herr B schweigt).
- I: und ähm würden Sie sagen dass die noch einmal auf die Frage was Sie! aus der Krankheit gemacht haben, ist die ein Teil von Ihnen? können Sie Sie können es ja jetzt offensichtlich besser annehmen nachdem Sie wissen es ist psychosomatisch,
- B: ja
- I: ähm ist es ein Teil von Ihnen? sehen Sie es als Behinderung nur an? weil hier lese ich ja heraus dass Sie die Lebensqualität doch auch dadurch jetzt im Ruhestand gesteigert haben.
- B: ja.
- I: also da stelle ich mir einfach die Frage haben Sie das dann für sich anerkannt ok ich habe diese Geschichte diese Herzangst?
- B: ja ja ich habe das angenommen.
- I: hm
- B: ich glaube dass das auch die einzige Chance ist äh das so hinnehmen zu können und äh ja vielleicht eine bessere Lebensqualität zu haben,
- I: hm
- B: indem ich das annehme und sage ok das ist so aber ich weiß es zu handeln und damit umzugehen,
- I: hm
- B: denke ich schon.

- I: und da interessiert mich vielleicht so als Abschluss die Frage noch wie machen Sie das dann nach außen jetzt noch einmal in Bezug auf Ihr soziales Umfeld, Sie sagen für sich haben Sie es anerkannt.
- B: ja.
- I: ähm wie würden Sie zum Beispiel reagieren wenn Sie jetzt im Freundeskreis so einen so genannten sympathikovasalen Anfall haben, ich weiß nicht ob Sie den Begriff kennen, das ist dieses Herzrasen diese Todesangst die dann da kommen kann,
- B: hm
- I: wie würden Sie damit umgehen? wie würden Sie es verkaufen sozusagen? würden Sie dann auch sagen können ähm 'tut mir Leid ich muss mich jetzt hier einmal kurz ausklinken aber es ist ein Teil von mir' oder würden Sie versuchen es irgendwie zu unterdrücken und dadurch noch schlimmer werden zu lassen letztendlich?
- B: ich kann heute dazu stehen, ich hätte kein Problem,
- I: hm
- B: ähm das zu sagen. - - -
- I: also das finde ich eine schöne Sache dass Sie sagen können äh es ist so ähm 'ich habe das in mein Leben integriert ich kann damit umgehen',
- B: ja
- I: gut bis auf einige Dinge die mich noch immer behindern wie ferne Länder wobei Sie da ja sagen das ist eigentlich eher diese Infektionsphobie die Sie haben,
- B: ja
- I: ähm aber das finde ich schon eine Leistung weil da liegt glaube ich wirklich das Problem bei den meisten Leuten, einmal die geringe Einsicht in die psychosomatische Verursachung oder Mitverursachung, und dann eben diese Unkenntnis über diese Krankheit in der Öffentlichkeit dass eben die meisten Leute nicht wissen was ist denn das, der markiert oder ähm der ist Hypochonder,
- B: ja
- I: bildet sich irgendetwas ein, aber die Probleme sind ja faktisch vorhanden, nur lässt sich eben organisch einfach nichts nachweisen,
- B: ja
- I: und da finde ich es eine tolle Leistung ähm wenn das jemand dann so integriert hat.
- B: hm gut ich denke auch dass ich jetzt mal äh wenn so etwas wäre rein sprachlich gut damit umgehen kann ja? also äh ich könnte jetzt auch sagen vielleicht könnte ich es auch ganz gut verkaufen, verkaufen in Anführungsstrichen,

- I: hm
- B: also ähm ich würde das nicht so plump machen,
- I: hm
- B: würde das schon ich will nicht sagen gut verpacken das wäre jetzt sicher übertrieben aber ich würde jetzt nicht sagen mich hat jetzt die Herzangst überfallen,
- I: ja hm
- B: äh das würden wahrscheinlich noch immer die wenigsten begreifen,
- I: hm
- B: äh – – – also das würde ich wahr- also sagen wir einmal mindestens in Kreisen wo ich annehmen könnte oder müsste dass das auf Kopfschütteln! stoßen würde da würde ich das halt anders darstellen; aber äh also bei meinen Kindern oder bei Menschen die mich gut kennen die ich gut kenne hätte ich überhaupt keine Probleme damit.
- I: hm wie würden Sie es bei anderen Leuten verkaufen?
- B: mein Kreislauf spinnt!
- I: hm – – – das habe ich noch nie gehört dass es jemand so! so verkauft, aber es ist natürlich klar unter Kreislaufproblemen kann sich der Mensch mehr vorstellen
- B: ja
- I: als unter Herzangst!
- B: ja
- I: das ist ja ganz klar.
- B: ja
- I: wobei Kreislaufprobleme ja somatisch sind ja?
- B: ja ja
- I: das ist gut ja! also ich habe wirklich den Eindruck äh jetzt hier in dem ganzen Gespräch dass Sie wirklich sich damit ganz gut arrangiert haben,
- B: doch
- I: und das ist ja im Prinzip auch das Ergebnis jeder äh psychosomatischen Kur oder jeder Psychotherapie.
- B: ja also wie Sie ja wahrscheinlich wissen ich w- habe ja auch eine ähm – – Gruppentherapie beim Professor Csef mitgemacht und auch einige Einzelgespräche gehabt und ähm ja und die haben eigentlich haben halt zu diesem Ergebnis geführt ja?
- I: hm
- B: muss ich sagen; und also ein gewisses Aha-Erlebnis oder dass es zu einem besseren Verständnis beigetragen hat hatte ich ja auch schon 1977 da in in *Bad Mergentheim,

- I: hm
- B: und zwar dieser Arzt der für mich da zuständig war also den Namen den habe ich heute noch behalten ja?
- I: hm
- B: zu dem habe ich einmal gesagt beweisen Sie mir doch einmal dass das wirklich alles so psychosomatisch ist - - würden Sie einmal mit mir ähm wie soll ich denn sagen so ein so ein Lauf machen über weiß nicht 1500 Meter
- I: hm
- B: oder 3000 Meter
- I: hm
- B: oder so ja? ///gesagt `ja mache ich mit Ihnen!' ja?
- I: hm
- B: und dann habe ich festgestellt a)! ich habe das glänzend durchgehalten
- I: hm
- B: und b)! der war genauso kaputt wie ich!
- I: hm
- B: da habe ich mir gedacht `hm! also jetzt ist doch alles klar!'
- I: hm
- B: `das ist alles psychisch!'
- I: hm - - - ja das ist eine geschickte Vorgehensweise! weil dadurch haben Sie ja quasi wirklich ihn gefordert in seiner Verantwortung, kann er es verantworten
- B: ja
- I: mit Ihnen als Herzpatienten so einen Lauf zu machen?
- B: ja
- I: und das war natürlich
- B: ja
- I: eine gute Kur!
- B: wobei ich natürlich schon nach langem Mensch wenn ja: etwas ist ja? Dann habe ich ja so einen Experten! dabei!
- I: eben dann ist er ja dabei hm.
- B: und der hatte dann sogar noch jemanden mitgenommen der war so ah (Herrn B fehlt der richtige Begriff) also jetzt kein Arzt aber auch so ein
- I: Rettungssanitäter
- B: ja so was! ja? und ich muss sagen das mit mich dermaßen überzeugt damals ja?

- I: hm
- B: und äh gut ich muss sagen ich bin damals auch von diesem Klinikaufenthalt zurückgekommen schier wie neugeboren ich habe dann kurz danach wieder mit dem Sport angefangen ja?
- I: hm (beiderseitiges Schweigen). gibt es noch Punkte ähm die Sie in irgendeiner Form ergänzen wollen oder zu denen Sie noch etwas sagen möchten? was Sie bewegt in der Sache mit der Herzangst?
- B: nein wüsste ich jetzt so spontan nicht.
- I: hm
- B: also ich will nicht ausschließen dass es vielleicht noch irgendetwas geben könnte
- I: hm
- B: aber das ist im Moment nicht parat!
- I: hm – – oder vielleicht noch einmal nachgefragt irgendwie einfach wie diese äh Krankheit oder wo ist denn der einschneidendste Punkt gewesen bei Ihnen in der Beeinflussung des Lebens? war es waren es die Kinder? war es die Ehefrau? war es der Beruf? war es ähm irgendwie eine andere Angst? oder wo ist würden Sie sagen dass es das Zentrum! der Veränderungen ist?
- B: das Zentrum war äh Beruf und Ehe
- I: hm
- B: eindeutig eindeutig.
(beiderseitiges Schweigen)
- I: ja gut! also wenn Ihnen jetzt im Moment nichts mehr einfällt würde ich sagen wir halten jetzt hier die Aufnahme einfach an weil die wesentlichen Punkte sind vorhanden und ähm
- B: es sei denn Sie hätten noch weitere Fragen.
- I: nein also die Kernpunkte sind äh wirklich ähm was was mich eben einfach immer interessiert ist die Frage ähm dieser Angst also Herzangst
- B: hm
- I: da ist ja das Wort Angst! dabei wie wirkt sich denn diese Angst auf das Herz bezogen in diesem Fall auf auf die Lebensgestaltung aus weil es wird immer als Behinderung dargestellt, ist es auch auch!
- B: hm
- I: also es führt ja sehr häufig zur Chronifizierung und Frühberentung und ähm ja da interessiert mich eben einfach die Fragestellung ganz zentral ähm welche Einschränkungen haben die Leute, und auf der anderen Seite wo ist der Gewinn! aber das haben Sie ja schon im

Grunde aufgeführt wo die zentralen Punkte sind und ähm ich denke einfach da gibt es einfach viele Facetten, da gibt es jeden Tag wahrscheinlich andere Situationen

B: ja

I: wie es sich auswirken könnte.

B: ja stimmt.

I: also da hätte ich keine konkrete Frage mehr es sei denn dass von Ihnen da noch irgendwie etwas kommen würde.

B: nein.

I: nicht mehr. ja gut dann bedanke ich mich offiziell für die Aufnahme dass Sie hier so offen erzählt haben und dann beende ich die Aufnahme hiermit.

B: gern geschehen.

Patient 3 (Frau C)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Frau C, das am 20. 08. 2003 in der Zeit zwischen 9.50 und 10.27 Uhr geführt wurde, ist in den Räumlichkeiten der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg im Anschluss an eine therapeutische Sitzung der Patientin aufgezeichnet worden.

Kontaktherstellung: Die Patientin wurde von Prof. Csef vermittelt. Der Kontakt zwischen der Interviewten und dem Interviewer wurde telefonisch hergestellt.

Gesprächsbedingungen: Die Patientin zeigte sich offen und berichtete ausführlich über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung.

Anamnese: Die Patientin leidet interessanterweise an einer organischen Herzerkrankung, die sie 2002 zu einer Operation zwang. Aus diesem Umstand und der Tatsache, dass die Patientin schon vor dieser Erkrankung Angstsymptomaten gezeigt hatte, entwickelte sich ein sekundäres Herzangst-Syndrom mit Panikattacken.

Die Patientin ist 40 Jahre alt und lebt mit ihrem australischen Ehemann zusammen; das Paar ist kinderlos. Zum Zeitpunkt des Interviews ist den Akten lediglich zu entnehmen, dass Frau C schon in ihrer Kindheit phobisches Verhalten, z.B. vor Spinnen, gezeigt hat. Ferner neigt sie auch schon vor ihrer Herzoperation zu übersteigert Nervosität, zu Stressanfälligkeit und unterschiedlichen Angstsymptomaten. Frau C ist zum Zeitpunkt des Interviews arbeitsunfähig, zuvor arbeitete sie in ihrem erlernten Beruf als Physiotherapeutin.

Dissertationsrelevante Diagnose: Die Patientin leidet an einer Herzneurose, die sich in diesem Fall aus einer organischen Herzerkrankung entwickelt hat.

C = interviewte Patientin

I = Interviewer

I: so - - - jetzt warten wir noch einen Moment - - - ok also jetzt läuft das Aufnahmegerät mit;

C: hm

I: ich bedanke mich offiziell bei Ihnen dass Sie jetzt bei dieser Studie mitmachen, Sie sind die dritte Patientin die ich zu befragen habe und ähm ich habe Ihnen ja schon kurz erklärt dass es mir darum geht dass Sie einfach einmal was Ihnen einfällt zu Ihrer Erkrankung erzählen wie es angefangen hat wie die Weiterentwicklung war und wie sich das auf Ihr! Leben in irgendeiner Form auswirkt, vielleicht fangen Sie einfach einmal an zu erzählen.

C: ok meine Krankheit hat so ungefähr vor fünf sechs Jahren hat das angefangen mit Schmerzen im äh oberen Brustbereich und ich bin also von Arzt zu Arzt gegangen und am Anfang war das nicht immer klar wo die Schmerzen herkommen, es wurde gastroenterologisch es wurde meine Lunge äh gesagt dass ich ähm / habe es wurden also verschiedene Diagnosen gestellt und man ging also von Arzt zu Arzt und äh auch psychische Probleme bis dann ähm ein Kardiologe da einmal festgestellt hat dass es äh Verengungen der Herzkranzgefäße sind die eventuell diese Schmerzen verursachen könnten! darauf wurde eine Dia- äh Diagnose natürlich gestellt ähm Tabletten wurden verordnet und äh ich meine verschiedene Kardiologen haben verschiedene äh Diagnosen gestellt die einen haben gemeint die Verengung ist höhergradig die anderen haben gesagt `das ist nicht so schlimm`; also es war dann ähm so weit dass im Laufe der Jahre die Schmerzen also immer schlimmer geworden sind und äh ich daraufhin äh na ja mir dann gesagt habe ok wenn die einen Kardiologen sagen ok eine Bypassoperation wäre notwendig und es würde vielleicht Erleichterung bringen, dann habe ich mich also dann letztes Jahr dazu entschlossen eine Bypassoperation machen zu lassen, die wurde auch dann gemacht und äh hat also für kurze Zeit vielleicht etwas Erleichterung gebracht aber im Grunde genommen waren nach einigen Monaten die Schmerzen wieder! da und äh es wurden also wieder Katheteruntersuchungen gemacht und so weiter und so weiter und äh psychische Mitbetreuung wurde angeraten und äh die es ist also sehr schwer! äh zu sagen wo die Schmerzen genau herkommen weil es die Ärzte auch nicht so genau wissen also es sind äh Herzschmerzen Angina-pectoris-Anfälle sind äh dabei! also man lebt halt mit äh mit ständigem Auf und Ab, von einem Arzt zum anderen Arzt und hofft also dass einem irgendetwas hilft aber im Grunde genommen sind

die Ärzte dann auch schon so weit dass sie sagen 'ok das ist ein Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren!' und man muss einfach irgendwie das Beste daraus machen.

I: hm

C: diese Krankheit also seit ich Bypassoperation gehabt habe habe ich also nicht mehr bin ich also nicht mehr in meinen alten Beruf zurück habe ich also nicht mehr zurückkehren können,

I: hm

C: was also für eine Frau meines Alters schon äh etwas deprimierend ist und äh ich möchte halt auch äh sagen wir einmal so frage mich wie das so denn so weitergehen! soll, ich bin jetzt äh wie gesagt vierzig Jahre alt bin schon einmal am Bypass operiert worden habe also deswegen trotzdem nicht irgendwie dass es mir besser geht, jetzt äh steht die Diskussion an dass man mich also praktisch äh Erwerbsminderungsrente beantragen lassen will, was ich davon halte weiß ich nicht weil das ist irgendwie so das - zugeben dass man also praktisch krank ist und äh na ja wie gesagt so ganz klar komme ich damit nicht!

I: hm

C: und natürlich äh wenn man immer diese Beschwerden hat und äh besonders wenn es im Herzbereich ist hat man natürlich immer so irgendwie Angst, ok weil man denkt 'ok es ist das letzte Stündchen hat geschlagen!' obwohl man je länger man dann sagen wir einmal so sich mit der Angst auseinandersetzt dass es dann schon irgendwie auch sagen wir einmal auch so mit psychosomatischer also Mitbetreuung man kann über die Angst reden, ich will nicht sagen dass es leichter wird aber man kann besser! sagen wir einmal so mit A- Angst umgehen weil man weiß ok! wenn wieder so etwas kommt man hat also wieder diesen Schmerz in der Herzgegend wo sich dann alles so zusammenzieht! dass äh dass das auch wieder irgendwann vergeht! dass man also nicht irgendwie in Panik geraten soll sondern dass man sich ganz ruhig verhalten soll und äh wenn es schlimmer wird natürlich äh hat man immer irgendwie so schaut man immer irgendwie dass irgendwie ein Telefon! in der Nähe ist oder dass immer dass man immer irgendwie irgendwie immer unter Leuten ist oder oder oder irgendwie man ist also immer irgendwie besorgt dass man also irgendwo nah am Telefon ist nah bei Leuten ist, dass man halt nicht zu viel alleine ist weil wenn wirklich etwas passieren würde äh dass jemand da ist,

I: hm

C: obwohl natürlich wenn man wenn man andauernd äh sagen wir einmal so immer so auf dem Sprung! lebt ist natürlich auch nicht gerade äh ideale Lebensqualität

I: hm

C: ok? na ja und äh (Frau C holt tief Luft) was das Familienleben betrifft ist es natürlich hat es A- natürlich Auswirkungen auf äh den äh den Partner! der ja auch ständig mit dieser Angst leben! muss und und äh bei mir ist es halt so weil bei mir kommen noch diese anderen Schmerzen dazu wo also die Ärzte nicht genau sagen können ob sie nun vom Herzen kommen oder nicht! fühlt man sich dann halt ewig äh irgendwie nicht so ganz wohl man kann auch bestimmte Dinge nicht Ausflüge oder oder sagen wir einmal so spontan essen gehen man kann kein normales Leben führen: mit dieser Krankheit, man muss immer irgendwie Rücksicht nehmen was also nicht unbedingt immer sehr schön ist, ok die Leute manche Leute die wissen gar nicht wie gut sie es haben die die ganz ungezwungen einfach sagen können `ok wir fahren jetzt irgendwo hin! und bleiben jetzt von mir aus da ein paar Tage!' aber wenn man wie gesagt wenn man immer irgendwie Beschwerden hat und wenn man irgendwie na ja immer mit dieser Krankheit konfrontiert ist ist das nicht ganz so na ja ganz so einfach; und natürlich auch die anderen Familienmitglieder leiden darunter also in meinem Fall sind das meine Geschwister und äh Verwandtschaft und so ich habe keine Kinder, aber ich bin sicher dass das also für Kinder dann - - /// ja extrem schlimm wäre wenn die wenn die Mutter andauernd krank wäre oder so aber trotzdem ich meine irgendwie ist das beeinträchtigt das die die Partnerschaft doch sehr! - - und äh ich habe Gott sei Dank einen Mann der also sehr viel Verständnis aufbringt und der auch unwahrscheinlich äh zu mir steht - - sonst glaube ich äh - - würde das äh wäre das alles noch schlimmer - - und äh ich meine ich bin also schon darüber froh dass also mein Mann auch so viel Geduld! aufbringt

I: hm

C: für das ja?

I: hm

C: im äh auf der anderen Seite auf der positiveren Seite glaube ich dass es also diese Krankheit dann sagen wir einmal so ein Ehepaar auch etwas mehr zusammenschweißt weil dann doch immer irgendwie - - also das im Hintergrund ist dass man weiß es man weiß es ja nicht wie lange man das wie lange man diese Zweisamkeit noch hat: ok? weil

I: also Sie leben intensiver quasi wollen Sie dadurch sagen, das höre ich jetzt so heraus.

C: ja! das also wie gesagt man man hat eine intensivere Partnerbeziehung

I: hm

C: weil man denkt sich halt ja! ok man weiß ja nicht wie lange das noch so äh wie lange das denn noch so anhält ok?

I: hm

C: aber natürlich wäre mir das viel lieber wenn ich diese Krankheit nicht hätte!

- I: hm
- C: ok?
- I: hm
- C: und äh man fragt sich halt immer wieder `warum? warum ich?' ok?
- I: hm
- C: und äh - - man muss halt wirklich das Leben also umgestalten und äh immer irgendwie sich danach äh richten! nach dieser Krankheit äh was natürlich sagen wir einmal so im Laufe der Zeit vielleicht etwas einfacher wird weil äh je länger man mit der Krankheit lebt je einfacher wird es äh na ja sich mit dem Umfeld und äh das darauf also wenn sich darauf einzu- (Frau C findet das passende Wort nicht)
- I: einzustellen
- C: einzustellen und so,
- I: hm
- C: ok aber ich meine - - - .
- I: also ich muss jetzt noch einmal ganz kurz nachfragen ich äh was ich von Ihnen weiß ist dass Sie ähm also tatsächlich eine organische koronare Herzerkrankung haben oder hatten und daraus hat sich quasi diese Angsterkrankung bei Ihnen entwickelt ja?
- C: hm
- I: ähm und mir kommt es natürlich hauptsächlich auf diese Angst! an ja? also diese körperliche Variante die ist zwar da! aber was ich meine und das beschreiben Sie sehr schön in allen Facetten ist ähm eben einfach die Frage wie diese Angst Sie eventuell einschränkt, und Sie haben da ja jetzt viel gesagt, Sie sagen Beruf! ist nicht möglich, ähm Sie können das Haus! nicht unbedingt verlassen weil Sie Angst haben oder es sollte jemand dabei sein, Telefon muss in der Nähe sein,
- C: hm
- I: diese ganzen Dinge das sind ja eigentlich ganz typische ähm Anzeichen dieser Angst- oder Panikerkrankung ja?
- C: hm
- I: und das ist genau der Punkt den Sie jetzt wirklich wunderbar! geschildert haben; fällt Ihnen da noch irgendwie etwas dazu ein?
- C: die na ja mit der Angst ist es so ok man setzt dadurch dass man Angst hat setzt man sich natürlich damit auseinander mit dem Sterben,
- I: hm

- C: die Angst vor dem Sterben, - - das ist also äh die ist manchmal sehr groß da denkt man ok in meinem Fall `ich bin vierzig Jahre alt, das kann es doch wohl nicht gewesen sein!'
- I: hm
- C: ok? man setzt sich auch damit auseinander wie wird das Leben wohl weitergehen wenn man gestorben ist das ist irgendwie das ist verrückt! aber man man denkt sich `ok was ist jetzt wenn ich jetzt sterbe oder so etwas was machen die äh ohne dich?' oder so oder oder man man setzt sich sich ja irgendwie hin und denkt darüber nach `ok was könnte ich irgendwie vielleicht aufschreiben damit die das so machen wie du das gerne also haben willst?'
- I: hm
- C: das finde ich ich meine auf der einen Seite ist es äh ist es nicht es ist wirklich nicht gesund!
- I: hm
- C: also das ist irgendwie glaube ich ist es nicht normal! aber auf der anderen Seite wenn man wenn man älter wird oder so etwas oder wenn man vielleicht achtzig ist oder so etwas setzt man sich ja auch damit auseinander aber - - irgendwie das ist irgendwie nicht fair dass ich schon so in jungen Jahren schon diese Angst! haben muss zu sterben ok?
- I: hm
- C: und äh manchmal oder sagen wir so noch vor ein paar Monaten hat diese Angst wirklich hat mich also wirklich lahm gelegt also habe ich also wirklich so Panik - - Panikattacken ist vielleicht etwas weiß ich nicht! sagen die Ärzte dass das Panikattacken waren aber dieses äh da hatten da hat man wirklich die Überzeugung dass das ist also das ist jetzt das Ende
- I: hm
- C: man stirbt! jetzt,
- I: hm
- C: ok?
- I: hm
- C: und äh das ist also etwas - - das ist äh also so etwas von grausam! ok? ich kann mir das äh ich kann mir das dann immer sehr gut vorstellen äh Leute die also Krebs haben und äh dann auch mit dieser Angst leben zu müssen also vielleicht bald zu sterben oder so etwas also - - das ist wirklich etwas äh - - das schlimmer ist als die Krankheit selbst! ok?
- I: hm
- C: die Angst ok. - - - -
- I: hat sich die Angst dann auf Ihr Herz bezogen? waren das wieder irgendwelche Herzsensationen die Sie da hatten?
- C: ja! also da waren zuerst die Herzsensationen und dann war die Angst,

I: hm

C: ok?

I: hm, kann ich mir ganz gut vorstellen, Sie sagten gerade die Ärzte sagen also die Ärzte! sagen es sind Panikattacken ähm ich denke da ist schon ganz viel Wahrheit drinnen! also Sie hatten ja in dem Moment dann auch die Panik 'Mensch! da könnte jetzt etwas passieren ich könnte vielleicht sterben!', dann wieder diese Herzgeschichte

C: hm

I: das ist ja ein Teufelskreis das spielt ja alles irgendwie zusammen!

C: ja! und besonders wenn Ihr Puls dann 120 ist

I: ja: wollte ich ja: das ist ganz wichtig! weil äh das ist eben auch ein Punkt

C: hm

I: dieser Herzneurose oder Herzangst ja? weil das spielt alles zusammen!

C: hm

I: das nennt sich einmal Herzneurose einmal nennt es sich Panikattacke man könnte es vielleicht auch Todesangst nennen, das ist alles ähnlich es hat nur ganz viele verschiedene Namen

C: hm

I: also Sie passen da in dieses Bild vollkommen! hinein also Sie entsprechen diesem Bild ganz gut!

C: hm

I: das finde ich haben Sie jetzt wirklich auch ähm sehr eindrucksvoll beschrieben und bei Ihnen! steht ja wirklich diese Angst vor dem Sterben im Vordergrund

C: hm

I: also andere Patienten die ich bisher befragt habe die haben dann gesagt 'nein!' sie hatten irgendwie äh Angst vor der Angst, die hatten quasi Angst davor dass so ein Anfall kommen könnte aber jetzt nicht direkt Angst davor zu sterben oder die hatten Angst wenn sie in der Straßenbahn gefahren sind irgendwie dass sie da nicht herauskommen ähm ja diese diese Klaustrophobie auch diese Platzangst!

C: hm

I: die vielleicht da mitschwingt oder so, aber bei Ihnen ist es ja wirklich so wie ich es herausgehört habe dass eher die Angst des Sterbens im Vordergrund steht.

C: hm weil wie gesagt dann denke ich mir was wird was wird mein Mann was macht mein Mann ohne mich ok?

I: hm

- C: das ist das wäre ja so etwas von schrecklich! ok?
- I: hm
- C: das ich meine diese das ist wie gesagt das ist mein vordergründiges äh Anliegen! äh also ich meine was macht mein Mann?
- I: ja
- C: also nicht dass er hilflos wäre und könnte sich nicht mehr selbst weiterhelfen aber wie gesagt unsere Beziehung ist doch sehr eng!
- I: hm
- C: und äh der wäre also - - wirklich äh am Boden zerstört! ok?
- I: hm
- C: das weil wie gesagt weil wir keine Kinder haben und weil nun einmal unsere Zweisamkeit sehr eng ist und äh das ist also - - das wäre und und darüber! ich meine äh - - mache ich mir natürlich Gedanken und und und äh und so wenn man zum Beispiel wenn man ich glaube ich habe erst so richtig Angst vor dem Tod seit meiner Bypassoperation! weil dieses äh ich meine ich habe ähm man ist ja doch klinisch irgendwie tot! für ein paar Stunden während der Operation,
- I: hm
- C: und ich habe also immer irgendwie ich glaube ich habe nicht so viel Angst vor der Bypassoperation gehabt wie vor der Narkose!
- I: hm
- C: weil ich habe mir immer gedacht ich bekomme eine Narkose, was ist wenn ich sterbe? ich merke das nicht einmal!
- I: hm
- C: das ist also so etwas von von macht überhaupt keinen Sinn!
- I: hm
- C: ok? weil es merken wer weiß ob man das überhaupt merkt! aber meine! Angst war immer wenn ich die Narkose bekomme und ich wache nicht wieder auf ich merke das nicht einmal dass ich gestorben bin (Frau C lacht)
- I: hm
- C: also das ist aber so vor der vor der Operation vor dem Aufschneiden vom Brustkorb oder so etwas das war mir eigentlich nicht so - - aber dieses äh Narkose und Wegsein und dann sterben ohne das irgendwie - - wahrzunehmen ich weiß nicht das war für mich also nicht mehr aufwachen
- I: hm

- C: von der Narkose
- I: hm
- C: war für mich das Schlimmste und irgendwie -- dieses äh dieses Gefühl wie gesagt beim Sterben wacht man ja auch nicht mehr auf!
- I: ja
- C: wenn man gestorben ist
- I: hm
- C: nicht mehr aufwachen!
- I: hm also was ich da heraushöre ist einfach dass diese Krankheit im Prinzip Ihr ganzes Leben insofern ähm beeinflusst hat dass der zentrale Punkt in Ihrem Leben war die Frage ähm des Sterbens ja? vielleicht 'wann werde ich sterben?' oder 'ich habe Angst vor dem Sterben!' 'was passiert wenn ich aus der Narkose nicht aufwache?'
- C: hm
- I: die Krankheit hat quasi die Angst in Ihr Leben hineingebracht,
- C: hm
- I: verstehe ich Sie so! richtig?
- C: ja ja!
- I: und ähm Sie haben dann quasi das auch wirklich ähm nicht absichtlich sondern es ist passiert zum Zentrum Ihres Lebens gemacht
- C: hm
- I: weil alle anderen Bereiche sind ja betroffen!
- C: hm
- I: Sie sagten ja schon Beruf, vor allem die Ehe die Partnerschaft soziales Umfeld Kontakte nach außen ähm also die Krankheit hat in dem Punkt Sie schon immens beeinträchtigt auch.
- C: hm
- I: ja, ähm umgekehrt! äh was ja auch Teil der Frage ist haben Sie! das Gefühl! in irgendeiner Art und Weise dass Sie auch aus dieser Krankheit etwas gezogen haben? Sie sagten ja vorhin schon den Punkt mit Ihrer Partnerschaft, Sie leben intensiver
- C: hm
- I: ja? mit Ihrem Mann zusammen und weil man sich fragt 'wie viel Zeit haben wir noch miteinander?' gibt es noch irgendwelche anderen Dinge wo Sie sagen würden ähm 'da habe ich vielleicht die Krankheit ins Leben integriert' oder 'da habe ich etwas Gutes irgendwie aus der Krankheit gemacht' ? gibt es da etwas?

- C: ja! also ich würde auf alle Fälle sagen man ist anderen Leuten toleranter und hat also viel mehr Sympathie also bei mir ist es so älteren Menschen gegenüber weil sie halt viele von denen auch krank sind ich kann also viel mehr äh mit mit Leuten mitfühlen die die also krank sind und kann auch etwas mehr Rücksicht! nehmen
- I: hm
- C: auf Menschen weil sie Gebrechen haben ok?
- I: hm
- C: ich bin also da ich will nicht sagen ein besserer Mensch geworden aber in dem Sinn kann ich also wie wie gesagt mich äh in andere hineinversetzen und einfühlen und bin also nicht irgendwie so würde sagen oberflächlich sondern kann also da das intensiver nachvollziehen.
- I: sehr interessant! da sind Sie die Erste die in der Art und Weise auf diese Frage antwortet weil die meisten ähm können was heißt die meisten die die zwei Patienten die ich bisher befragt habe ähm konnten damit nicht so richtig etwas anfangen, also zumindest nicht auf andere Menschen bezogen die haben gesagt `ok, ich habe einen Krankheitsgewinn auf mich bezogen zum Beispiel durch eine Frühberentung habe ich jetzt mehr Freizeit`, aber Sie sagen ja dass Sie jetzt andere! Menschen besser verstehen können, mehr Toleranz weniger Oberflächlichkeit, also das finde ich einen ganz interessanten Aspekt!
- C: ja ja! also ich meine sicherlich habe ich mehr Freizeit aber ich würde ich sage ich empfinde das nicht als positiv! sondern das ist eher negativ! für mich
- I: hm
- C: ok? weil ich meine seit meiner Bypassoperation bin ich also nicht arbeitsfähig! aber das wie gesagt das ist mehr negativ!
- I: hm
- C: das würde ich also nicht als positiv bewerten, weil das hat ja äh das ist ja das schneidet ja in mein Leben ein!
- I: hm
- C: ich meine das ist ja nicht mein normales! Leben mein mein normales Leben war mein Beruf!
- I: hm
- C: aber das äh - - ich meine und das finde ich auch also sagen wir einmal so das! das muss ich das Positive was ich aus meiner Krankheit gewonnen habe das finde ich also sagen wir es einmal so ich finde das nicht dass das gut! aber das ich meine diesen Teil finde ich gut dass ich so geworden bin weil wie gesagt man ist viel zu oberflächlich als Mensch wenn man also so sein Leben so lebt also und man es geht einem gut! man hat einen tollen Beruf! man hat

Karriere und so etwas, aber wenn man dann krank! wird ok? dann ist es ganz: ganz: anders ok?
dann hat man viel mehr kann hat man viel! mehr Zeit zu überlegen

I: hm

C: ok was ist eigentlich wichtig im Leben? ok? - - ist es /// das Wichtigste ist der Mensch und nicht
ok ob er nun gelähmt ist oder oder ob er blind ist oder ob er wie gesagt herzkrank ist oder ob er
Krebs hat oder ob er vielleicht ob er nicht so gut dasteht und so,

I: hm

C: das äh das sind alle etwas wir sind uns es kann uns allen passieren!

I: hm also das fasziniert mich jetzt wirklich das sage ich nicht nur so sondern das meine ich ganz
ehrlich dass ähm diese Einstellung äh eigentlich eine wunderschöne ist wenn ich wirklich trotz
so einer Erkrankung die einen ja wirklich einschränkt und auch gerade Sie! ähm sagen kann `ich
habe dadurch wirklich auch etwas gewonnen! ich bin vielleicht bewusster, ich gehe vielleicht
anders mit meinen Mitmenschen um' ja? also das finde ich wirklich das beeindruckt mich
tatsächlich! finde ich toll! ähm - - ja wollen Sie dazu noch etwas sagen oder vielleicht zu der
zur Zukunftsplanung oder

C: also die Zukunftsplanung sagen wir einmal so die Zukunftsplanung ist also etwas //// als äh zur
Zeit ist es so ich leb- wir leben unser Leben von Tag zu Tag also ok? an einem Tag geht es mir
besser an einem Tag geht es mir schlechter; sicherlich in die Zukunft plant man schon aber man
plant vielleicht etwas sagen wir es einmal so man hat also nicht diese / also diese Ideen dass
man jetzt irgendwie etwas Großartiges macht sondern sicherlich man schaut halt irgendwann in
die Zukunft wie im Fall von meinem Mann ok wann er dann in Pension geht wo wir dann
vielleicht leben entweder *Australien oder Deutschland oder so etwas

I: hm

C: also das schon, aber trotzdem ist da immer dann noch im Hintergrund wo gibt es die besten äh
also sagen wir es einmal so Krankenhäuser für mich! ok?

I: hm

C: in *Australien oder hier oder in Würzburg oder unten am *Bodensee oder so ok?

I: hm

C: also das das steht im meiner Zukunftsplanung drin! äh wo gibt es die besten äh Ärzte oder so
ok? oder wo gibt es überhaupt die Versorgung! ich meine ich kann nicht irgendwo in in
*Australien irgendwo in der Pampa wohnen wenn weit und breit kein Krankenhaus ist!

I: hm

- C: ok? also das steht in der Zukunftsplanung trotzdem noch immer im Vordergrund! aber was so ist
- man plant halt so vielleicht noch die nächsten vier Monate, was ist bis Weihnachten oder so
etwas
- I: hm
- C: aber großartige Zukunftsplanung nein.
- I: würden Sie sagen das würde auch unter der Überschrift Gewinn machbar sein dass Sie also wo-
rauf ich hinauswill ist ja man plant die nächsten zehn zwanzig dreißig Jahre, gerade so die
deutsche Mentalität `ich baue ein Haus! ich ich zahle ein Leben lang dieses Haus ab! ich habe
vielleicht doch irgendwann Kinder Punkt, und dann gehe ich in Rente` ähm da kommt ja so eine
Art ja äh Phlegmatismus rein ja äh das Leben läuft halt irgendwie so dahin! man macht und tut
aber man hat eigentlich nicht richtig etwas davon,
- C: hm
- I: und bei Ihnen kommt so eine so eine unheimliche Vitalität rüber, deswegen frage ich Sie ganz
konkret, ist das was Sie gerade gesagt haben mit diesem Nicht-Planen! mit dem Leben von Tag
zu Tag - - für Sie positiv zu bewerten? oder - -
- C: na ja positiv würde ich würde ich es nicht nennen ok?
- I: hm
- C: es ist etwas äh man man findet sich damit ab ok? man macht es halt einfach so weil es halt ein-
fach nicht anders geht, man findet sich damit ab ok?
- I: hm
- C: positiv - ich meine kann man positiv sehen - kann man negativ sehen ich sehe das als neutral
- I: hm
- C: das wie gesagt man man gibt sich halt den Umständen entsprechend muss man halt äh dement-
sprechend leben.
- I: das heißt Sie haben die ganze Geschichte quasi angenommen, Sie finden das natürlich nicht toll
- wer findet es schön dass er krank ist? aber ich höre so ein bisschen heraus und korrigieren Sie
mich wenn ich da falsch liege dass Sie im Rahmen des Möglichen Ihres Möglichen sich damit
soweit es geht arrangiert haben und sagen `ok ich gebe mich da hinein, ich habe ja keine andere
Möglichkeit aber ich versuche daraus das Beste zu machen.`
- C: na ja ich würde sagen ich habe mich vorübergehend damit arrangiert
- I: hm
- C: ok? weil ich habe ja so immer noch so irgendwann einmal die Hoffnung dass man mir halt doch
einmal etwas helfen kann ok?

I: hm

C: aber bis! das so weit ist weil ich habe ich werde das auch weiterhin werde das also anstreben und so ich meine ob ich nun in die Schmerzambulanz gehe oder in die die in die hierher! oder so etwas aber auf alle Fälle habe ich schon noch irgendwie die Hoffnung dass es irgendwann einmal besser wird

I: hm

C: ok? aber sagen wir einmal so in der Zwischenzeit - - bin ich ja schon so weit dass ich also weiß ok das ist jetzt der jetzige Stand und damit muss ich also leben!

I: hm

C: ok? äh das ist äh manchmal schlechter manchmal besser! ok?

I: hm

C: das kommt auch auf die die Tage an wie es einem geht! ok? - - aber sicherlich ich meine man muss - - muss sich irgendwie arrangieren - - bis man vielleicht doch einmal jemand findet oder oder bis dann doch einmal irgendwie etwas Besserung eintritt - - - ich meine vielleicht gibt es ja irgendwann in der Zukunft einmal irgendwie etwas äh mit äh mit Stammzellen oder sonstige Dinge wo man Herzpatienten vielleicht äh besser helfen! kann ok?

I: hm

C: man soll ja die Hoffnung nicht aufgeben!

I: hm also das höre ich gerade heraus dass Sie ähm eine große Hoffnung auch ich sich tragen und das also zeigt ja auch Lebensmut und zeigt 'Mensch ich ähm' ja was Sie sagten! 'vorübergehend arrangiere ich mich damit aber ich habe mittel- und langfristig die Hoffnung ähm dass sich da vielleicht irgendwie etwas ändert indem die Medizin Fortschritte macht' oder so.

C: ja ja! - ich meine man darf die Hoffnung nicht aufgeben ok?

I: hm

C: und äh // äh ist einem ja auch bewusst ok wenn man also immer ständig in dieser Angst lebt man kann sein Leben sagen wir einmal so nicht ständig in Angst leben! weil wie gesagt den! Tag wo man in Angst gelebt hat der kommt nicht wieder den kann man nicht mehr wieder leben ok?

I: hm

C: also muss man ja irgendwann über die Schwelle treten ok und sagen ok ich muss halt nun einmal das Beste daraus machen ok und muss den heutigen Tag na ja! so so hinbringen damit er für mich irgendwie äh Lebensqualität hat ok?

I: hm

- C: weil dieser Tag kommt nicht zurück!
- I: hm
- C: und wenn man dann wenn man dann über das Sterben nachdenkt dann denkt man ja `ok hättest vielleicht die letzten paar Monate wärst du nicht andauernd so deprimiert gewesen hättest du ein bisschen mehr getan dann´ ok? (Frau C lacht).
- I: hm
- C: aber man kann halt das nicht mehr zurückdrehen und das ist natürlich nicht immer so einfach, man nicht einfach sagen `so und jetzt lebe ich!´ ok?
- I: hm ja klar es hängt von der Tagesform ab so wie Sie es gesagt haben!
- C: hm
- I: ähm das Einzige das mir jetzt noch einfallen würde im Moment es sei denn Sie wollen auch noch mehr dazu erzählen wäre so äh das soziale Umfeld also Sie haben jetzt eigentlich sehr viel schon erzählt von von dem was als Leitfaden vorhanden ist aber so Ihr Ihr Umfeld: Ihr Ihr Bekanntenkreis Sie haben gemeint die leiden da natürlich darunter
- C: hm
- I: ähm wie sieht das aus? vielleicht können Sie dazu noch einmal etwas sagen?
- C: - - ja also das äh weiß ich jetzt nicht so weil mein mein soziales Umfeld ich meine ich bin ich bin da schön äh sagen wir einmal so was meinen Bekanntenkreis! angeht ich meine meine engeren Bekannten die wissen natürlich über meine Krankheit, nur wenn es dann so so weiterläufig ist will ich nicht unbedingt äh dass die also das geht die genau wissen was ich habe oder wie oder was,
- I: hm
- C: da will ich also dann schon als ganz normal wirken oder ganz normal behandelt werden!
- I: hm
- C: ok? also aber natürlich meine Freundinnen und so mein Gott äh die wissen das natürlich ich meine viele von denen haben auch Probleme also kann man ja manchmal so so Scherze darüber früher haben wir uns über alles Mögliche unterhalten und jetzt unterhalten wir uns über unsere Krankheiten und so! (Frau C lacht)
- I: hm
- C: also man kann das auch ein bisschen so irgendwie ins - - also ich will nicht sagen ins Lächerliche aber irgendwie so in in Humorvolle ziehen!
- I: so ein bisschen Selbstironie?
- C: ja ja!

- I: dass man nicht alles immer so pingelich ernst nimmt sondern auch einmal sagen kann 'ja Gott wir haben alle unsere Zipperlein!' irgendwie
- C: ja ja! und unter dem Motto wie die Golden Girls weiß ich nicht ob Sie die kennen
- I: ja ja kenne ich! (beide Interviewteilnehmer lachen) also wenn Sie es so hinbekommen das finde ich ja wirklich beneidenswert weil die gehen ja auch glänzend damit um!
- C: ja ja die gehen glänzend gut damit um! mit dem Altern also ich habe eine Freundin wir machen das seit mehr oder weniger die hat MS (Multiple Sklerose, M. Hager) und äh also von daher!
- I: also das ist ja klasse! die Golden Girls!
- C: (Frau C lacht herzlich)
- I: als Vergleich. - - ja ich denke ähm Sie haben jetzt im Prinzip alle Bereiche angerissen und auch ausführlich ähm behandelt - - wollen Sie noch irgendetwas von sich aus sagen? also ich habe jetzt so den Eindruck es ist eine runde Sache, Sie haben jetzt wirklich gesagt was Sache ist, wie es Ihnen geht wie die Krankheit sich auswirkt auf Ihr Leben was Sie! wiederum aus der Krankheit machen - - wollen Sie noch irgendetwas sagen? - - Fällt Ihnen irgendetwas ein?
- C: - - - eigentlich eigentlich nicht mehr! außer Sie müssten mich irgendwie konkret nach etwas fragen also ich meine ich habe das glaube ich - - ich meine es ist wie gesagt was Krankheit ist //// ich meine die Krankheit ist das Vordergründigste in also wenn sagen wir einmal so wenn man eine schwere Krankheit hat so wie zum Beispiel eine Herzgeschichte ist das natürlich immer im Vordergrund ok?
- I: hm
- C: in allem was man tut! ok?
- I: hm
- C: das kann man nicht einfach irgendwie abschalten und kann es vergessen! ok?
- I: ja das ist das was Sie vorhin sagten mit die- oder was ich! interpretiert habe vielmehr dass das Ganze das Zentrum! ist in Ihrem Leben, es kreist sich irgendwie alles um diese Herzgeschichte!
- C: hm wobei man dann ja weiß ok irgendwann es geht ja dann auch einmal weiter, ok man kann das zwar aufhalten mit Medikamenten und so weiter und so weiter aber es geht dann ja irgendwann einmal weiter man weiß ja irgendwie im Hintergrund weiß man ja irgendwann braucht man dann vielleicht einmal wieder! einen Bypass und dann muss man wieder durch das Ganze durch und dann wird es vielleicht wieder nicht besser und so weiter und so weiter
- I: hm

- C: ok? da darf man da darf man dann nicht viel darüber nachdenken weil sonst ähm würde man irgendwie ein bisschen verrückt werden glaube ich oder würde sich noch mehr Sorgen machen!
- I: man macht sich dann halt einfach mehr Gedanken ja? und das machen Sie aber auch schön dass Sie sagen Sie geben sich da jetzt hinein, bleibt Ihnen im Moment nichts anderes übrig Sie machen was Sie können und haben die Hoffnung in Zukunft vielleicht könnte da
- C: ja also man gibt die Hoffnung nie auf und das habe ich auch ich meine Sachen sind vielleicht nicht ganz gesund wenn man äh immer wieder versucht äh bei Ärzten immer wieder weiterfragt und vielleicht auch wo- woanders hinget und so weiter und dann vielleicht äh vielleicht kann der einem helfen, ich meine ich bin halt der Typ ich sage ok es muss irgendwie eine Ursache geben für meine Schmerzen oder so vielleicht findet ja doch jemand irgendwann einmal dieses kleine Fünkchen das oder diesen kleinen Nerv oder sonst irgendetwas in meinem Körper das nicht richtig funktioniert!
- I: hm
- C: / oder vielleicht kann man es auch irgendwie durch durch Gespräche vielleicht kann man auch da dann irgendwie Linderung bringen! weil ich meine die Psyche und und so ich bin - - das ist etwas das das halt für mich manchmal schwer verständlich ist dass sie Psyche so viel so eine große Rolle spielt bei solchen Sachen
- I: hm
- C: ich bin halt mehr dafür ok! das und das ähm die die Herzkranzgefäße sind verengt! da geht man rein und macht einen Bypass und dann ist das wieder ok! aber so geht es halt nun einmal leider nicht! also
- I: zumindest nicht immer! ich meine es gibt sicherlich solche Fälle in denen man sagen kann da hat jemand fünfzig Jahre geraucht ähm da ist so etwas verständlicher aber es gibt einfach auch die Fälle in denen dann doch die Psyche eine große Mitverursachung hat ja?
- C: hm und das ist halt manchmal das ist auch für mich! immer etwas schwer zu verstehen ok?
- I: hm
- C: dass man da, aber wie gesagt m- man lernt! man lernt nie aus! (Frau C lacht) - - - -
- I: würde ich sagen war ein schönes Schlusswort denn jetzt haben wir wirklich alle Bereiche abgehakt - - und ähm ja ich denke das ist eine gute Sache geworden; ich danke Ihnen dass Sie mitgemacht haben! wenn Ihnen noch irgendwie etwas einfallen sollte dann sagen Sie es Ihrem Psychologen der kann sich dann mit mir in Verbindung setzen ähm aber ich denke das ist jetzt hier in dem Rahmen wirklich alles zur Sprache gekommen!
- C: ok
- I: dann stoppe ich jetzt hier die Aufnahme.

Patient 4 (Herr D)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Herrn D, das am 17. 09. 2003 in der Zeit zwischen 13.25 und 14.24 Uhr durchgeführt wurde, ist in den Räumlichkeiten der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg aufgezeichnet worden.

Kontaktherstellung: Der Patient sowie der Kontakt zu ihm wurde von Prof. Csef vermittelt, der Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in klinischer Behandlung.

Gesprächsbedingungen: Der Patient zeigte sich offen und berichtete ausführlich über seine Erfahrungen mit der Erkrankung.

Anamnese: Herr D ist 1965 geboren und 38 Jahre alt. Der Patient ist von seiner ersten Ehefrau, mit der er eine gemeinsame Tochter hat, geschieden und lebt nun mit einer 3 Jahre älteren Frau zusammen, mit der ihn seine Angststörung verbindet und die er im Rahmen seiner ersten psychosomatischen Kur kennen gelernt hat. Herr D war lange Zeit selbstständig und arbeitet mittlerweile als Angestellter in einer Firma.

Weitere biographische Angaben sind dem Interviewer nicht bekannt – im Interview äußert Herr D aber noch, dass seine Mutter wohl auch an einer Herzneurose litt – er habe hier sicherlich viele Verhaltensweisen übernommen.

Der Patient leidet seit mehreren Jahren an funktionellen Herzbeschwerden, Herzrasen und Schwindelgefühlen. Ebenso ist eine Panikstörung mit Agoraphobie und herzphobischer Fixierung diagnostiziert. Anhaltspunkte für eine organische kardiologische Erkrankung lassen sich nicht finden.

Dissertationsrelevante Diagnose: Der Patient leidet an einer Herzneurose.

D = interviewter Patient

I = Interviewer

- I: so jetzt warten wir einmal also es müsste eigentlich jetzt - - mitlaufen ja ok also ich äh bedanke mich jetzt offiziell dass du hier bei dem Interview mitmachst und ähm die groben Dinge habe ich genannt und vielleicht beginnst du einfach einmal zu erzählen.
- D: ja im Prinzip sagen wir einmal der erste Punkt ist ja im Prinzip äh der Beginn und ja relativ schwer festzustellen weil sagen wir einmal derjenige der das vorher gehabt hat kennt die Symptome nicht und deswegen weiß er auch nicht wann es genau angefangen hat man kann das dann hinterher! wenn man das alles äh ja durchgegangen hat und inzwischen eine gewisse Zeit vorbei ist kann man verstehen wann es begonnen hat aber in dem Moment in dem es begonnen hat weiß man es nicht!
- I: hm
- D: also äh der Beginn war quasi ich bin ähm - - ich war ungefähr so neunundzwanzig äh bin ich beruflich nach äh Thailand geflogen und habe also vor dem Abflug noch einmal Windpocken gehabt und war also da ziemlich sagen wir einmal angegriffen gewesen und hatte aber drüben die Termine stehen und der Arzt hat mir also Medikamente verschrieben und hat gesagt 'ok jetzt ist es in Ordnung'
- I: hm
- D: und bin ich geflogen und dann wie ich drüben in Thailand war ähm habe ich also festgestellt dass ich äh oft Schwindelattacken gehabt hatte äh die die Beine irgendwie schwach waren und dann auch äh irgendwie wenn ich nachträglich kann ich jetzt sagen auch Angstgefühle äh dabei gehabt habe aber ich habe einfach die Situation so erlebt im Prinzip waren es definitiv dann Angstgefühle waren Schwindelgefühle und ähm Schwäche in den Beinen und äh daher ich das vorher noch nicht gekannt hatte äh ja habe ich auf alle möglichen Krankheiten getippt bloß nicht auf irgendetwas Psychisches oder eine sonstige Sache äh ja und war halt dann irgendwo auch zusätzlich in einer Gegend in der halt nicht einfach ins Krankenhaus gehen konnte und sagen 'ja hoppla, was was machen wir jetzt denn da?' also das hat die Situation natürlich etwas schwieriger gemacht, äh habe mich also dann das war ein Aufenthalt von vier Wochen in Thailand,
- I: hm
- D: damals das war so ein Beginn wo wir also begonnen haben Sommerbekleidung zu produzieren - - ich wollte also die vier Wochen dazu nutzen um Firmen kennen zu lernen und

zu schauen äh äh ist es eine ordentliche Firma mit dem Partner mit dem man in Zukunft zusammenarbeitet ist es eine nicht so ordentliche Firma und habe einfach für die vier Wochen an die fünfzig Termine gehabt - - pro Tag zwei Termine äh um Firmen kennen zu lernen, das hört sich jetzt viel an aber es war sagen wir einmal doch wenn man es dann erlebt hat relativ locker weil man hat also noch irgendwie keinen Stress vom Job gehabt, man hat erst einmal geschaut dass man die Firmen kennen lernt - - aber trotzdem wenn ich so aus der Rückschau das betrachte war es natürlich ein neuer Einschnitt beruflich gewesen und äh - - ja vielleicht war da auch ein bisschen Angst was kommt da auf einen zu oder sonstige Sachen, ich kann es nicht genau sagen wodurch es dann da ausgelöst worden ist - - - ähm ja, das war das erste Mal an dem das aufgetreten ist äh da habe ich mich dann also öfter auch dann bin ich ins Hotelzimmer gegangen, ein Freund von mir war noch dabei gewesen ähm auf der Tour und der hat dann auch im Prinzip nicht verstanden worum es geht ja? irgendwann nach vielleicht einer Woche nachdem das immer wieder aufgetaucht ist bin ich dann äh zum Arzt gegangen in Thailand - - der der hat also so mehr oder weniger gesagt dass das - - eine psychische Erkrankung sein könnte,

I: hm

D: und ich so - habe dann äh irgendwelche Valiumtabletten bekommen - - die ich dann im Ernstfall nehmen sollte mit dem Hinweis dass wenn das nicht innerhalb sagen wir einmal von zehn Tagen oder vierzehn Tagen verschwunden ist dass ich dann nach Hause fliegen sollte und es äh mehr! behandeln lassen sollte.

I: hm

D: das war also so ich denke ziemlich das erste Auftreten von dieser Geschichte.

I: hm

D: - - - ja wie ich nach Hause gekommen bin äh ja es ist dann mir die nächsten Tage auch immer wieder schlechter gegangen aber ich habe dann - - weil so ein Trip natürlich auch mit gewissen Kosten verbunden ist - habe ich das dann - - im Prinzip doch die vier Wochen durchgezogen und bin zurückgeflogen, äh was aber ziemlich anstrengend war, wie ich zurückgekommen bin äh - - bin ich zum Hausarzt und der Hausarzt hat mir dann irgendwelche Tabletten gegeben - - und hat das eigentlich am Anfang nicht so richtig erkannt

I: hm

D: muss ich ganz ehrlich sagen also das ist das ist einfach äh so na ja 'du bist eigentlich ein junger Kerl du kannst jetzt so etwas nicht haben' oder so in die in die Hinsicht ist das übergegangen worden es ist also in der Hinsicht /// so - - wie jetzt der normale Hausarzt oftmals ist 'ach komm nimm das einmal und schau einmal' also es ist im Prinzip nicht viel ist

im Prinzip nicht viel erkannt worden und dann ist zusätzlich bei mir noch etwas dazugekommen also meine Frau war damals schwanger gewesen

I: hm

D: äh und ich habe noch einen Berufspartner in Holland gehabt so nachdem ich dann vierzehn Tage hier war musste ich für einen Tag nach Holland fahren und äh bin dann auch gefahren weil man äh durch die Tabletten ist es ein bisschen besser gegangen manche Tage waren wieder in Ordnung

I: hm

D: war dann in Holland und wie ich dann in Holland auf der Messe war hat meine Frau angerufen dass also sie im Krankenhaus liegt und die Herztöne von der Tochter weg waren und – ja dann bin ich im Prinzip zurückgefahren und äh mit der Tochter war alles Gott sei Dank in Ordnung gewesen die ist dann auch danach auf die Welt gekommen war dann Gott sei Dank alles in Ordnung, aber am gleichen Tag ist dann auch äh meine Oma die äh an der ich sehr gehangen habe die mich im Prinzip auf- äh aufgezogen hat noch gestorben ja?

I: hm

D: also ich bin zurückgekommen Frau kommt aus Krankenhaus äh wegen dem Kind und Oma ist über Nacht gestorben ja?

I: hm

D: und ähm das war auch noch einmal zusätzlich – zu dem beruflichen Stress also persönlicher persönlicher Stress auch mit also,

I: hm

D: und ab da waren dann die Attacken einfach öfter da;

I: hm

D: dann habe ich versucht meinen Job weiterzumachen habe also – oft mit Tabletten gearbeitet habe da weitergearbeitet und – es sind bestimmt vier bis fünf Monate vergangen – äh in denen der Hausarzt immer gesagt hat 'das geht vorbei das geht vorbei' ja? äh ja und in den vier bis fünf Monaten habe ich mich also ziemlich durchgequält – und äh dann sind immer mehr Gedanken gekommen 'ja Mensch da könnte doch körperlich irgendetwas sein, es könnte ja – es könnte ja irgendetwas am Magen sein, es könnte ja etwas am Herzen sein, es könnte ja etwas an der Lunge sein' weil im Prinzip – du bist im Prinzip zum Hausarzt gegangen und der Hausarzt konnte dir nur eine Tablette geben, konnte dir auch nicht weiterhelfen, dann hast du irgendwann angefangen an dir selbst zu zweifeln ja? vor allem bist du dir dann schon – – ja wie ein Hypochonder vorgekommen wenn du zum Arzt gegangen bist und der dir irgendetwas – dem du erzählt hast wie es dir geht und der dir eigentlich

keinen Tipp dann geben konnte – – äh war einfach der Druck beruflich äh sehr groß gewesen die die Beschwerden sind im Prinzip auch nicht verschwunden also habe ich dann versucht den Hausarzt ein bisschen unter Druck zu setzen zu sagen 'ich möchte jetzt Untersuchungen haben! weil ich kann mir nicht vorstellen dass das eine normale Sache ist sondern hier muss irgendetwas sein!' – – dann hat man angefangen mit – – ja sehr sehr vielen Untersuchungen – – und die ich aber auch persönlich haben wollte ja? das muss ich auch sagen ja? weil wenn dir der Hausarzt im Prinzip keine Informationen geben kann und du bist in einer Situation in der du aber immer wieder diese Attacken oder so hast dann beginnst du von dir aus zu drängen und sagst 'ich möchte da jetzt Untersuchungen haben!' und äh ja dann ging das so weit dass ich also an allen Ecken und Enden des Körpers gesucht habe was es sein könnte.

I: hm

D: der Hausarzt hat natürlich dann auch schon ein bisschen ins Psychische hineingearbeitet – – ähm – – bloß also in dem Moment in dem man also diese Symptome hat und kennt das mit der Psyche nicht – – ist es also auch in den Kliniken in denen ich war hat also im Prinzip jeder! jeder im Prinzip gesagt dass er sich einmal komplett den Körper durchsuchen ließ (Herr D lacht) um erst einmal das wahrzunehmen dass er wirklich psychisch ein Problem hat,

I: hm

D: also das ist irgendwie so ein Punkt an dem man sagen will 'also psychisch kannst du jetzt überhaupt nicht haben!' sondern es muss erst einmal alles untersucht sein um am Schluss vielleicht irgendwann das anzunehmen dass das etwas Psychisches sein könnte

I: hm

D: also da muss also wirklich auch schon alles wegfallen um dann für sich selbst zu akzeptieren dass es psychisch ist,

I: hm

D: und das ist also das kann ich jetzt aus der Erfahrung so in den Gesprächen mit anderen Patienten und so sagen die haben alle die gleiche Sache durchlebt also die also – – erst wurde ewig untersucht und – – und auch dann Zweifel an den Untersuchungen gehabt noch ein zweites Mal die Untersuchungen gemacht und so weiter ja; – – und wenn ich dann auf den Punkt äh im Prinzip schaue was den Alltag betrifft ja?

I: hm

D: das hat natürlich den Alltag total eingeschränkt ja?

I: hm

- D: das ist dann im Prinzip so weit gegangen dass ich äh mich also wirklich mit Tabletten voll gestopft auf die Arbeit geschleppt habe und dann sobald ich das Arbeiten aufgehört habe und sobald noch mehr Ruhe! in das Leben gekommen ist die ganze Sache noch schlimmer war,
- I: hm
- D: also - - ich habe im Prinzip vor jedem das ist fast schon wie ein Workaholic fast vor jedem Wochenende Angst gehabt - - so zwei- dreimal in der Woche ist mit Sicherheit der Notarzt gekommen oder ich bin zum Notarzt gegangen,
- I: hm
- D: weil man einfach die Situation nicht mehr ausgehalten hat weil - - - ich äh vorher ich habe also vorher sehr viel Sport gemacht und ähm war eigentlich immer agil und unterwegs gewesen und in dem Moment in dem das so massiv war war eine absolute Einschränkung da gewesen ja? also das - - es war im Prinzip schon eine Angst vor die Haustüre zu gehen - - - also das ich weiß nicht das kann sich vielleicht kein Mensch vorstellen dass jemand vorher mit seinen Kumpels unterwegs ist und im Urlaub von der Klippe herunterspringt und sich keine Gedanken darüber macht und dann auf einmal ins Schwimmbad geht und äh und nicht weiter als mit den Zehenspitzen ins Wasser kommt weil er Angst vor dem Wasser auf einmal hat ja?
- I: hm
- D: also es sind also extreme! Einschränkungen.
- I: wenn ich da kurz fragen darf, war es die Angst dass da außerhalb des Hauses etwas wieder passieren könnte?
- D: also die Angst war auch im Haus da waren auch diese Angstattacken da, aber man hat sich in der Umgebung der in der Umgebung der Verwandten oder Bekannten einfach noch sicherer gefühlt das war - man hat gewusst es ist jemand da und der kann vielleicht einmal einen Arzt rufen oder
- I: hm
- D: also und sobald man dann ganz! alleine auf sich gestellt war dass man vor die Türe gegangen ist und es war keiner mehr da oder sonst etwas war der Angstpegel ich beschreibe das so der Angstpegel kann bis zur Brust oder er kann bis zur äh Oberlippe gehen
- I: hm
- D: der war dann bis zur Oberlippe gestanden ja?
- I: hm
- D: also da musste nur der Funke kurz überspringen und dann war die riesige Angstattacke da!

- I: hm und die hat sich dann so geäußert wie du vorhin gemeint hast also zum Beispiel die Angst dass die Füße da jetzt wegrutschen oder Herzrasen?
- D: es hat natürlich damals zum Anfangszeitpunkt hat sich das so geäußert äh dass also -- ja also dass im Prinzip -- ich würde es so beschreiben wie ein Arzt es beschreiben würde wie jemand der hyperventiliert und noch einen Schweißausbruch bekommt und absolute Angstzustände hat
- I: hm
- D: und da hat also auch Schwindel und alle möglichen anderen Dinge hineingespielt es war also ein übelster Zustand wie wenn jemand sagt 'ich stehe total vor dem Zusammenklappen!'
- I: hm
- D: und das ist immer bei den Angstattacken das Gefühl dabei dass man -- man hat einfach irgendwie das Gefühl man müsste jeden Moment davonlaufen -- aber man weiß gar nicht wohin man rennen soll! ja? (Herr D lacht) weil man kann ja eigentlich nicht vor sich selbst davonlaufen.
- I: aber das Gefühl vor der Angst davonlaufen zu müssen ist es ja?
- D: hm
- I: gut --
- D: also man hat irgendwie immer das Gefühl -- ja 'was soll ich jetzt eigentlich machen? soll ich jetzt zum einhundertsten Mal zum Notarzt rennen der dich für total bescheuert hält'?
- I: hm
- D: ja ähm oder wohin soll man überhaupt in der Situation ja?
- I: hm
- D: dann bin ich zu einer anderen Ärztin gegangen und habe versucht mir dort helfen zu lassen und die hat gesagt 'also da muss im psychischen Bereich etwas getan werden!'
- I: hm
- D: und ich sollte in -- in in ein- in eine Klinik gehen
- I: hm
- D: äh die hat mich dann in eine Klinik überwiesen in in der Gegend von *Bad Mergentheim (Herr D schnauft) in dieser Klinik war ich dann gewesen -- da muss ich sagen also es war einfach so dass ich denke wenn jemand so etwas hat dann versucht er sich den ganzen Körper durchuntersuchen zu lassen ob alles in Ordnung war und ich bin einfach für meine Begriffe in diese Klinik gekommen als ich einfach zur Hälfte untersucht war
- I: hm

- D: ja? ich war dann wieder in der Klinik gewesen habe die ganzen Sachen mitgemacht und habe versucht auf die Sache mich einzulassen - - äh wobei - - - - die Klinik für mich nicht optimal angelaufen ist, in der Klinik waren sehr viele Patienten gewesen die also äh - - ähm die also im Prinzip nicht ihre Arbeit machen konnten und versuchen wieder in das normale Leben hineinzukommen
- I: hm
- D: und bei der Klinik war der erste Punkt was also äh war im Prinzip denjenigen in einen Arbeitsprozess einzufügen ob es jetzt StraÙekehren Schneeschieben oder irgendeine andere Sache ist in den Arbeitsprozess zu führen, und ich bin eigentlich in die Klinik gekommen und natürlich da ich die ganze Zeit weitergearbeitet habe war ich eigentlich durch Arbeit und diese Herzneurose total erschöpft gewesen ja? also mich hätte im Prinzip ein Zimmer irgendwie Ausstattung oder so etwas irgendwie hätte mich überhaupt nicht interessiert wie das ist! mich hätte man in eine dunkle Besenkammer stellen können Hauptsache ich hätte einmal meine Ruhe gehabt ja?
- I: hm
- D: und ich bin in die Klinik gekommen und habe einen Besen und eine Schaufel in die Hand bekommen um äh im Prinzip das Arbeiten zu lernen!
- I: hm
- D: also der Schuss ist wirklich ein bisschen nach hinten losgegangen, war dann aber sechs Wochen in der Klinik und habe dann auch viele Dinge gemerkt dass also auch durch die Psyche sehr viele Dinge ausgelöst werden können und so weiter, aber weil ich nur zur Hälfte untersucht war für meine für meine eigene Vorstellung
- I: hm
- D: ähm habe ich mich mit dem Gedanken trotzdem trotz sechs Wochen Aufenthalt einfach nicht anfreunden können dass es psychisch ist dass also diese Situation psychisch ist;
- I: hm
- D: - - - - im GroÙen und Ganzen was die Klinik betrifft da waren einfach so ein paar Leute die immer gedacht haben ja das sind schon ein bisschen Verrückte fast schon
- I: hm
- D: und es waren aber auch gute Leute da die also versucht haben mit den Leuten gut zusammenzuarbeiten also im GroÙen und Ganzen kann ich mich jetzt da nicht beschweren, aber ich habe ich habe einfach das Gefühl ge- jetzt wenn ich danach zurückschaue ich habe drei Klinikaufenthalte jetzt gehabt ähm - - - also im Prinzip auch die anderen Leute wieder in der Kur die ich getroffen habe die eine Herzneurose haben die haben ihren ersten

Klinikaufenthalt einfach - - - der muss irgendwo sein aber man kommt auch selbst nach sechs Wochen oder so heraus und hat das Gefühl 'nein das ist es nicht' ja?

I: hm

D: äh man schafft es also meiner Meinung nach nicht mit einem Klinikaufenthalt, das ist einfach auch andere Menschen die so etwas in der Art gehabt haben, von fünf Leuten die in die Klinik gekommen sind sind zwei Ta- äh sind zwei Stück innerhalb einer Woche wieder abgereist weil sie gesagt haben sie halten die ganze Situation nicht aus, weil das trotzdem man sagt 'na gut die machen ja nur Gespräche' und so weiter das so sehr anstrengend ist und wenn man selbst noch nicht auf dem Punkt ist äh dass man daran glauben kann! und das wirklich annimmt ja? äh fällt es sehr sehr schwer beim ersten Mal in der Klinik überhaupt zu bleiben

I: hm

D: das - - - um einfach zu sagen 'nein das kann es nicht sein';

I: hm

D: - - - also da waren auch Situationen dabei wo also wie ich da zu der Klinik sind also mehr Brustschmerzen! schon dazugekommen ja? wo man dann auf dem Zimmer sitzt und hat Brustschmerzen und man will! dann zum Arzt und die Klinik sagt man darf nicht zum Arzt gehen man muss also quasi eine Situation beim Herzangstpatienten im Prinzip über- überstehen! derjenige denkt er stirbt! dabei und der und dann steht ein Helfer vor Ort wo man eigentlich in einem normalen Krankenhaus erwartet zu dem geht man jetzt hin, der hilft und man kommt hier weiter und der sagt zu dir 'nein, legen Sie sich hin, bleiben Sie liegen!'

I: hm

D: und das - - - wenn diese Situation wenn diese Situation neu ist versteht man die Situation gar nicht

I: hm

D: versteht man es gar nicht ja? weil das ist so ungefähr wie wenn jemand wirklich für sich selbst denkt er bekommt jetzt einen Herzinfarkt, rennt ins Krankenhaus und alle anderen Leute rennen von ihm weg und niemand ist mehr da!

I: hm

D: und das ist also unwahrscheinlich schwierige Situation - - und ja gut! wie die sechs Wochen zu Ende waren bin ich dann wieder nach Hause zurückgekommen, muss auch sagen wenn man aus der Klinik herauskommt man nach diesen sechs Wochen hat man irgendwo dann auch das Gefühl dass das wieder wie Geborgenheit das das Heim das Zuhause ersetzt,

I: hm

- D: und man fühlt sich am Anfang sehr unsicher weil man ja immer zurückgedrängt wird `nein das was ich jetzt genau machen will das darf man nicht machen`,
- I: hm
- D: und nach einer gewissen Zeit kommt der Punkt an dem man sagt man fühlt sich da gewissermaßen sicher weil man Leute kennen gelernt hat, über die Probleme gegenseitig gesprochen hat und so weiter
- I: hm
- D: also man fühlt sich dann im Prinzip sicherer
- I: hm
- D: und dann kommt nach den sechs Wochen genau das das genau Gegensätzliche wo man am Anfang am Anfang sagt `na ja was soll ich jetzt in diese Klinik hineingehen?` und dann hat man Angst aus dieser Klinik wieder in den Alltag hinauszugehen
- I: hm, also so ein gewisses Sicherheitsempfinden in der Klinik gehabt ja?
- D: man hat dann dann irgendwie mit der Zeit hat man dann ein gewisses Sicherheitsempfinden irgendwie gewonnen und wenn man wenn man dann hinausgeht - - ist plötzlich das Umfeld draußen das normale Alltagsumfeld äh empfindet man ein Stück ich würde jetzt nicht sagen feindlich aber ja man geht wie ein kleines Kind durch und entdeckt wieder alles neu so ungefähr so `wo könnte hier etwas sein?` /// also man schaut nicht darauf was ist schön sondern man schaut nur wo könnte etwas gefährlich werden im Prinzip,
- I: hm
- D: und das fängt davon an dass man mehr Angstgefühle in der Straßenbahn hat oder im Zug wenn man fährt wie wenn man auf der Straße läuft, oder es ist also bei verschiedensten Patienten also ganz anders gewesen, bei mir war es einfach so gewesen dass wenn ich mich dann in einen Zug gesetzt hatte, wenn Menschenansammlungen waren zum Beispiel an einem Bahnhof und so weiter dass dann die Gefahr einer Angstatacke weil man versucht ja immer diese Angstatacke zu unterdrücken und - - und äh dass da die Gefahr einer Angstatacke wesentlich höher ist;
- I: hm
- D: ja gut dann bin ich ins Alltagsleben wieder zurückgekommen in die Familie wieder zurück bei der Familie war es so da ist dann das Kind gekommen und - - - äh ja dann war es da so ich habe dann versucht meinen Job einigermaßen zu machen und dann ist das Kind gekommen und in dem Moment in dem das Kind gekommen ist ist für mich total die Welt eingestürzt weil ich gemerkt habe ich schaffe ja eigentlich kaum meinen Job um mit mir selbst zurechtzukommen und jetzt kommt eine total neue Verantwortung noch mit dazu,

I: hm

D: und das hat glaube ich so den letzten Kick für mich gegeben - - - wo ich gesagt habe 'das schaffe ich jetzt gar nicht mehr!' und da sind dann haben diese Angstattacken noch mehr zugenommen also ist also noch massiver geworden, und dann habe ich dann bin ich auch wieder zum Arzt habe mich noch im Prinzip die andere Hälfte untersuchen lassen sagen wir einmal so

I: hm

D: und noch einmal die andere Sache was vorher untersucht hat noch einmal mituntersuchen

I: hm

D: ähm - - - und dann war es eigentlich eher so gewesen dass dass ich mich dann so ein Stückchen versucht habe damit anzufreunden äh äh nicht anzufreunden einfach einmal obwohl ich da sechs Wochen in der anderen Klinik war da habe ich nie ein Buch in die Hand genommen was sind Angstattacken? oder so etwas, und dann habe ich mir selbst einmal ein Buch gekauft habe mir ein Geo-Magazin gekauft und so weiter und habe darüber nachgelesen was das eigentlich ist und dann habe ich mich schon! ein Stück dabei daw- darin wiedergefunden aber habe gesagt 'ja könnte auch könnt- könnte natürlich das sein aber könnte natürlich auch diese körperliche Erkrankung oder diese körperliche Erkrankung sein!' ja?

I: hm

D: also ich habe schon gemerkt dass die Merkmale die da auftreten natürlich auf diese Sachen zutreffen aber natürlich auch auf tausend andere Sachen zutreffen die eine organische Erkrankung sein könnte;

I: hm

D: und äh - - - ja dann habe ich also äh in dem Geo-Magazin einen Bericht über äh *Taubertalklinik im Taubertal und über die /-Stiftung da gelesen,

I: hm

D: und da war mir eigentlich klar dass ich also eigentlich von dem Arzt um wirklich weiterzukommen wenn es wirklich eine psychische Angelegenheit ist in die falsche Klinik geschickt worden bin;

I: hm

D: ich bin mir aber auch nicht sicher wenn ich in die! Klinik gekommen wäre ob ich diese Klinik dann gleich hätte so annehmen können ja?

I: hm

D: also ich weiß nicht ob die andere Klinik jetzt vergeudet war oder nicht, vergeudet würde ich nicht sagen sondern äh vielleicht wäre es sogar so gewesen dass ich in der *Schönblick-

Klinik in die ich dann später gegangen bin vielleicht dann nach zwei Tagen schon weggelaufen wäre ja?

I: hm

D: weil man hier noch wesentlich mehr konfrontiert wird wie in der anderen Klinik;

I: hm

D: ja dann ist es einfach immer schlimmer geworden und dann habe ich bin ich mit einem speziellen Wunsch zum Arzt gegangen und habe gesagt 'ich möchte in diese *Taubertal-Klinik gehen zum Beispiel', also es war für mich nachträglich wenn ich darüber nachdenke sehr wichtig dass ich mich selbst damit beschäftigt habe und dass ich überhaupt eine Information hatte was ist denn die richtige Klinik dafür?

I: hm

D: äh weil wenn ich über die Klinik davor nachdenke waren einfach auch viele psychisch Kranke da die nicht unter Angstattacken gelitten hatten sondern unter Depressionen oder unter Scheidung oder unter sonstigen Sachen,

I: hm

D: und äh - - ich war eigentlich mit noch einem Mann zusammen der einzige Angstpatient in dieser Klinik gewesen

I: hm

D: also - - wenn ich jetzt nachträglich über die Kliniken wieder nachdenke ist es denke ich sehr wichtig dass man am Anfang wenn man dann also wenn man wenn der Arzt merkt das ist eine Angsterkrankung den auch wirklich dann nicht nur einfach in eine psychologische Klinik schickt in der alle möglichen Sachen sondern gezielt in eine Angstklinik schickt

I: hm

D: ich glaube das ist sehr wichtig

I: hm

D: ob der Patient dann beim ersten Mal wegläuft und sagt 'ich komme nicht wieder' und dann doch wiederkommt weil er nicht weiß nicht mehr weiterweiß das ist ein anderer Punkt aber ich glaube dass der Ansatz direkt in eine Angstklinik geschickt zu werden sehr wichtig ist

I: hm

D: - - - und ich glaube dass es also bei mir im Prinzip eigentlich dieser Weg! vom Hausarzt äh vom Hausarzt bis über die Klinik die doch nicht die richtige Spezialklinik war bis dann dahin dass ich dann mich selbst erlesen habe wo ich hingehen könnte auch wenn ich selbst noch nicht so daran geglaubt habe aber einfach an dem Strohhalm gezogen habe

I: hm

D: einfach zu lang war!

I: hm

D: da konnte sich sehr viel schon aufbauen und ähm dieser Bogen dieser Bogen wo man immer mehr macht äh nach körperlichen Sachen sucht einfach zu stark ausgebreitet wurde schon davor weil ich im Prinzip gar nicht in die richtige Klinik gekommen wäre

I: hm

D: ob ich es dann jetzt selbst gewollt hätte diese ganzen Untersuchungen weiß ich nicht

I: hm

D: vielleicht ist es ja auch einfach ein Los wenn jemand so etwas hat dass er einfach genau diesen Weg einfach geht,

I: hm

D: vielleicht jetzt nicht noch vorher in eine andere Klinik die vielleicht nicht zutreffend ist aber dass einfach weiß der Herr vielleicht ein halbes Jahr alleine nur für Untersuchungen verwendet wird oder so dass man es irgendwann einmal wahrnimmt ja?

I: hm

D: in der *Schönblick-Klinik war es dann so - - ähm ja gut das war einfach - - da bin ich hingekommen und am Anfang hat alles genauso ausgesehen wie die andere Klinik und äh dann sind Punkte gekommen an denen man also doch dann in Gruppen unterteilt sind in Panikgruppen waren auch depressive Leute da aber dann gab es da eine Panikgruppe plötzlich gab es eine Gruppe für die Sache von der ich eigentlich nicht gewusst habe was ist es eigentlich davor

I: hm

D: und äh da hat man sich dann mehr mit Leuten unterhalten können die so etwas haben

I: hm

D: und hat dann auch verschiedene Denktechniken beigebracht bekommen ja? dass also im Kopf umgeschaltet werden muss ja? dass also - - ja wie soll ich das beschreiben so ungefähr wenn man das Gefühl hat man bekommt im nächsten Moment einen Herzinfarkt dass man einfach nicht sagt dass man einfach wenn der Gedanke kommt `Mensch du könntest jetzt einen Herz- äh Herzinfarkt bekommen` äh dass einfach der Gedankengang oben gewechselt werden muss dass man dann sagt `ja gut, die ganze Situation habe ich jetzt ungefähr fünfzig Mal erlebt und es ist nichts passiert also passiert jetzt auch nichts` um da positive Gedanken wieder von dem ganz schlimmen Weg wieder abzukommen, also das hat natürlich sehr lange gedauert um im Prinzip sich da einmal mit anzufreunden aber das war der erste Weg der mir

eigentlich geholfen hat dass man also diese Schwelle also von den Angstattacken oder davor abwälzen und sich wieder beruhigen

I: hm

D: die erste Hilfe die ich eigentlich hatte wo ich einmal sagen konnte ich komme nicht unbedingt sofort! wieder in diese Situation in der ich zum Arzt renne oder so

I: hm

D: dieses Umdenken war sehr wichtig;

I: hm das ist ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen dass man einfach dann im Kopf sich die Muster zurechtlegt und

D: dass man einfach sagt 'gut! äh ich habe' dass man einfach sagt äh ja welche Gedanken kommen in dem Moment auf in dem ich das habe? und mit welchen Gedanken kann ich gegensteuern?

I: genau!

D: aber diesen diese steuernden Gedanken müssen natürlich ich denke für den Patienten auch logisch sein

I: hm

D: wenn der sich sagt äh weiß der Herr wenn der sich sagt 'das ist mir wirklich schon fünfzig Mal passiert und es ist nie etwas passiert!' und es stimmt auch wirklich dann kann er natürlich den Gedanken viel besser umleiten als wenn er sich irgendetwas vormacht und selbst gar nicht daran glaubt, also ich glaube dass es ganz wichtig ist dass derjenige auch von der Antwort die er sich gibt dann auch ein Stückchen überzeugt ist

I: hm

D: weil ich glaube dass es nicht einfach so ist dass man sich dann selbst zurechtlegen kann und sagt 'ja das lasse ich mir jetzt als Ausrede einfallen!'

I: hm

D: ich sage einmal in dem Moment in dem man da umdenken will zählt eine Ausrede nicht wenn man weiß das ist eine Ausrede dann geht das - - Ding weiter

I: hm

D: also dann geht es zur Panikattacke weiter

I: ja man muss davon überzeugt sein einfach und auch die Erfahrung schon gemacht haben dass es vielleicht wirklich hilft und dann läuft das auch ja?

D: dann ist es in der *Schönblick-Klinik auf der Basis weitergegangen dass also äh man hatte dann also so gewisse Punkte die man total vermeidet

I: hm

- D: wo man also sagt also 'ich bin ja eigentlich jetzt' äh ein Herzneurosenpatient hat ja immer das Gefühl dass er irgendwie überlastet wird weil, das ist ungefähr so wie wenn wie soll ich das beschreiben - - wenn jemand gerade aus einer Herzoperation herauskommt (Herr D lacht)
- I: hm
- D: und sagt 'was kann ich mir denn überhaupt zumuten?'
- I: hm
- D: und so viel mutet sich ein Herzneurosepatient im Prinzip zu ja?
- I: hm
- D: der sagt 'kann ich jetzt die drei Stufen dort hinauflaufen oder kann ich sie nicht hinauflaufen?' ja?
- I: hm
- D: und dann gibt es natürlich also auch Horrorvorstellungen! dann gibt es also für jeden eine gewisse Horrorvorstellung, der sagt 'ich habe vielleicht den Mut diese drei Stufen dort hinaufzugehen aber ich habe jetzt nicht den Mut in die Stadt München hineinzugehen oder ich habe jetzt nicht den Mut in ein Flugzeug hineinzugehen oder ich habe nicht den Mut den Berg hinaufzulaufen' oder irgendetwas, und ähm - - - da äh sind dann wieder Gruppen gebildet worden in denen man dann im Prinzip diese Sachen die man absolut vermeidet im Alltag und der Alltag hat sich ja immer enger zusammen also der Kreis ist vorher sagen wir einmal ein weiter Kreis wo man sich gar keine Gedanken macht und dann bildet sich zuerst ein Kreis und der wird immer enger also - - - äh es ist die Einschränkungen werden immer mehr also bis auf das dass man dann irgendwann nur noch im Zimmer sitzt und sagt 'wenn ich jetzt aus dem Haus gehe fällt mir die Welt auf den Kopf' ja?
- I: hm
- D: und äh so hat man also gesagt wo sind die Einschränkungen und hat versucht diesen Kreis wieder zu erweitern
- I: hm
- D: hat also dann ja wenn jemand gesagt hätte er kann nicht nach München gehen dann ist er nach München geschickt worden
- I: hm
- D: oder wenn ich gesagt habe 'ich traue mir nicht zu den Berg dort hinaufzulaufen' wo ich vorher nur beim Skifahren unterwegs war dann haben die mich einfach zum Paragliden geschickt ja? und das sind dann halt die absoluten Konfrontationen ja? also man steht dann auch wirklich angstgebadet vor der Geschichte dort ja? und schweißgebadet und muss genau in diese Situation hinein in die man nicht will ja?

I: hm

D: und aber dieses Erleben! daraus dass man es eigentlich kann und es ist nichts passiert, man ist danach fix und fertig oder ist also wirklich schweißgebadet gibt einem neuen Mut dass man es ja eigentlich kann und man braucht einfach da die Hilfe einmal vom Kopf umzudenken wenn die Panikattacke kommt das ist für die Panikattacken selbst, aber man braucht nach meiner Meinung auch die Hilfe diesen Kreis der sich um einen geschlossen hat wieder nach außen zu erweitern

I: hm

D: und den kann man dann einfach durch Erleben eigentlich nur durch Erleben! dass man ganz einfach wenn solche Gruppen herausgegangen sind die sind früh wahrscheinlich wie so ein Hund so wie man es sich vorstellt /// so ein Hund in der Tür klammernd dass er da durchmuss ja?

I: hm

D: die standen am Abend sind die Leute obwohl sie es gemacht haben äh zufrieden zurückgekommen und haben etwas erlebt und haben gesagt 'Mensch toll dass ich das eigentlich noch kann!'

I: hm

D: es waren natürlich auch Leute dabei die haben es nicht geschafft ja?

I: hm

D: die waren dann natürlich auch noch mehr deprimiert!

I: hm

D: weil sie gesehen haben die anderen Patienten haben es geschafft und die anderen Leute nicht!

I: hm

D: und man gehört zu denen die es nicht geschafft haben ja?

I: hm

D: und man war natürlich dann - - aber es - - - es war also sehr wichtig gewesen dass da auch mit dem konfrontiert wird und diesen Kreis hat man dann versucht weiter auszubilden; gut dann bin ich da wieder dann habe ich also in dieser Klinik was meine Partnerschaft betrifft ich habe dann ich sagen wir einmal so die hat mir zwar viel geholfen die Klinik hat aber natürlich auch viele Dinge umgeworfen ja? ich habe dann gemerkt dass also äh ich habe dann eigentlich auch gedacht äh dadurch mein privates Umfeld meine Frau und so weiter mich nicht verstanden hat, sie sollte zum Beispiel zu einem Gespräch jetzt einmal kommen in die

Klinik und so weiter und hat eigentlich ziemlich abgeblockt von dieser Sache und äh dann irgendwie noch den Druck mit dem mit dem Baby

I: hm

D: und also da habe ich mich einfach verlassen gefühlt von der Familie

I: hm

D: und habe dann einfach – – habe gedacht 'nein die halten nicht zu mir in dieser Situation' und so weiter und habe mich da also verlassen gefühlt ein bisschen und habe da am Ende der Ende der Ding im Prinzip dann eine neue Freundin kennen gelernt und

I: hm

D: – – ich weiß es gar nicht ob eigentlich unsere Beziehung früher kaputt war in der in der Beziehung ich bin mir gar nicht sicher dass die kaputt war aber ich habe mich relativ also verlassen gefühlt in der Situation und im Stich gelassen gefühlt und ich habe eigentlich da nicht irgendwie nach einer Freundin oder so geschaut das hat sich wirklich dann so ergeben

I: hm

D: bin dann zurückgekommen – – und bin dann also persönlich äh direkt in eine Scheidung hineingelaufen

I: hm

D: äh ja dann ist die Scheidung gekommen ähm ich habe aber gemerkt dass also mir die *Schönblick-Klinik sehr viel geholfen hat aber noch nicht es war einfach noch nicht hundert Prozent es war vielleicht dreißig Prozent Verbesserungen aber im Prinzip wenn ich es so ausdrücke bestimmt noch siebzig Prozent Erkrankung da gewesen,

I: hm

D: dann war diese Situation mit der Scheidung gewesen und das hat mich natürlich auch ziemlich bewegt im Prinzip und ich habe mich eigentlich dann auch als Versager gefühlt meiner Tochter gegenüber dass ich eigentlich jetzt ein Papa bin der für sie nicht da ist weil ich eigentlich nur mit mir beschäftigt bin und die restliche Zeit äh dafür gerade noch schaffe irgendwie den Job zu machen //// ich bin selbstständig gewesen in dem Moment und äh da konnte ich natürlich unsere Existenz auch nicht auf den Kopf äh also hat es auf Deutsch gesagt dazu gereicht gerade die Existenz noch zu sichern äh aber für das Private hat es gar nicht mehr gereicht ja? ich war also total erschöpft vom Arbeiten und habe halt einfach und dann habe ich mich einfach auch als Versager gefühlt zumindest meiner Tochter gegenüber

I: hm

D: ähm wenn ich auch damals nicht in äh fünf Jahre oder sechs Jahre zuvor eine super Versicherung abgeschlossen hätte wo ich dann ein Krankenhaustagegeld oder so etwas

bekommen hätte und ich war wirklich nicht im Krankenhaus weil ich mich drücken wollte sondern ich muss sagen wenn ich äh das damals nicht bekommen hätte hätte hätte ich die ganze Existenz noch verloren

I: hm

D: das muss man auch ganz ehrlich sagen ja?

I: hm

D: also da war ich einer der wenigen Leute der zumindest das so abgesichert hatte äh dass ich also dass ich damals also keine Existenzsorgen haben musste

I: hm also

D: aber natürlich die Existenzsorgen waren natürlich da weil wenn ich äh dieses Krankentagegeld hat halt im Prinzip dafür gereicht dass man halt jemanden als Ersatz einstellen konnte aber der war dann wirklich kein richtiger Ersatz ja?

I: hm

D: also ich hatte damals ein Sommerbekleidungsgeschäft und da haben wir im Prinzip der Ersatz der hat halt nur halb halb gearbeitet und die Hälfte der Mitarbeiter hat irgendwelche Sachen mit nach Hause genommen

I: hm

D: und also also äh im Großen und Ganzen war ich auch verurteilt trotz Hilfe von der Krankenversicherung trotzdem irgendwie die Existenz zu verlieren

I: hm

D: weil ich auf Dauer hin einfach den den Stressberuf und die Erkrankung selbst nicht und dann auch noch Familie in dem Fall im Prinzip durchstehen konnte ja?

I: hm

D: das ging einfach nicht!

I: hm

D: ja und dann irgendwann ist dann ein halbes Jahr später also auf der einen Seite war die Scheidung in der Mitte war die Tochter wo ich also ich habe natürlich auch viel darüber nachgedacht ob ich in meiner Ehe was ich da eigentlich jetzt falsch gemacht habe oder so und mit der Tochter war es einfach so gewesen dass ich wirklich da mache ich mir eigentlich heute noch Vorwürfe dass ich eigentlich noch ein Versager bin dass ich mich einfach nicht ausreichend um meine Tochter kümmere ja?

I: hm

D: weil ich immer äh immer in einem Konflikt war bis jetzt äh ja `wenn du deinen Job machst musst du den so gut wie möglich machen um deine Existenz zu sichern // dass deine

Existenz gesichert ist' und dann war immer sehr sehr wenig Zeit, ich habe es dann immer probiert äh probiert mit meiner Tochter so am Samstag am Sonntag mit ihr wegzugehen daher ich aber auch immer Vorhaltungen von meiner Frau bekommen habe ständig dass ich mich zu wenig um sie kümmere und so weiter

I: hm

D: auch in der Zeit wo ich da wo sie noch recht klein war, wenn ich sie abgeholt hatte hat also immer mein ganzer Körper gebebt weil ich mir gedacht habe 'na ja was du machst ist jetzt sowieso falsch' ja?

I: hm

D: also das hat mir nicht unbedingt in dieser Zeit auch noch gut getan dass ich dann immer diese Vorwürfe noch bekommen habe ja?

I: hm

D: und ja gut! dann war halt das Berufliche ziemlich massiv auch gewesen und war wieder alles zusammengespielt mit der neuen Freundin zusammengezogen - - die Scheidung war da und so weiter und diese ganzen Punkte haben ja haben mir also nicht geholfen aus der Sache herauszukommen eigentlich tiefer zu fallen, also war ich wieder irgendwann wieder vor dem Punkt gestanden wo diese Angstattacken gekommen sind und dieses Umdenken im Kopf wieder nicht ausgereicht hat

I: hm

D: und dann doch wieder häufiger zum Arzt wieder mit Untersuchungen angefangen ok in dem Fall habe ich zumindest dann gewusst 'also wenn dir jemand helfen kann dann gehst du wieder da in die Klinik wo du die guten Erfahrungen gemacht hast'

I: hm

D: also bin ich dann wieder in diese Klinik gegangen - - ja da war einfach jetzt dann der Vorteil dass man gesagt hat 'gut ich habe das schon einmal mitgemacht und irgendwie verstehen die das ja auch ich muss es jetzt nur noch wieder schaffen da das so zu verinnerlichen dass ich diesen gedanklichen Sprung und diesen Kreis wieder ausdehnen kann' ja?

I: hm

D: und dann war ich da wieder acht Wochen oder neun Wochen in der Klinik gewesen - - und das hat mir eigentlich dann sehr gut geholfen

I: hm

D: da hatte ich auch dann das erste Mal das Gefühl dass zwar eine gewisse Unsicherheit da ist wenn ich aus der Klinik herausgehe

- I: hm
- D: aber dass ich dann gesagt habe `nein ich freue mich auch ein Stück da wieder wegzugehen´ weil ich einfach den Mut! gehabt habe herauszugehen
- I: hm
- D: und und vor allen Dingen war ich auch ein bisschen stolz darauf dass ich gesagt habe `gut ich habe die Sache einigermaßen im Griff und bin nicht voll gepumpt mit Tabletten wie viele andere Leute´
- I: hm
- D: weil ich also viele Leute einfach gesehen habe unten die von irgendeinem Tavor oder anderen Dingen entwöhnt worden sind
- I: hm
- D: denen es richtig scheiße gegangen ist!
- I: hm die waren dann auch noch abhängig dazu
- D: die waren dann noch abhängig dazu
- I: von anderen Geschichten
- D: ja, also äh deswegen auch wenn jetzt auch jetzt der Professor Csef zu mir sagt `nimm zwischen- durch eine Tablette´ stehe ich also vor jeder einzelnen Tablette und schaue die dreihundert Mal an bevor ich die überhaupt einwerfe
- I: hm
- D: es ist eher jetzt ein Problem dass ich viel zu spät dazu greife und dann eher noch einmal zum Notarzt renne und frage `darf ich die jetzt da nehmen?´
- I: hm
- D: äh weil wenn du die Leute gesehen hast die davon entwöhnt worden sind
- I: hm
- D: denkt man manchmal ein bisschen anders über die dauerhafte Medikation von solchen starken Medikamenten ja?
- I: hm
- D: und bei mir ist eher das Problem dass ich eher zu spät! so etwas einwerfe ja? dass dann; ja und dann bin ich halt auch wieder in diese Klinik da gekommen und habe eigentlich ein sehr gutes Gefühl gehabt danach und was wichtig war in den Klinikaufenthalten war erst einmal dieses Umdenken diese Kreise zu erweitern und natürlich die ganzen psychischen! Gespräche, es waren da also täglich psychische Gespräche gewesen und die waren einfach ich sage jetzt einmal über den Alltag in ähm Familie über alles weil so wie man jetzt hier zum Beispiel sitzt da kratzt man jetzt nur an der Oberfläche was da alles ist

I: hm

D: aber dieses in der Tiefe Arbeiten war auch unwahrscheinlich wichtig gewesen ja?

I: hm

D: und da sind einfach durchaus Probleme aufgetaucht von denen man vorher niemals gedacht hatte dass es wirklich ein Problem sein könnte, also es sind wirklich Rand- wo man so in einem oberflächlichen Gespräch als Randpunkt angesehen hat plötzlich in die Mitte gerückt und das war einfach auch sehr sehr wichtig!

I: hm

D: und was mir natürlich in der Klinik viel geholfen hat ich konnte dann wieder mit Sport anfangen

I: hm

D: und allein über den Sport und das Erleben dass das wieder geht - - habe ich mir also auch sehr viel Kraft wieder zurückgeholt also - - jetzt im Moment bin ich ja eigentlich da wieder ziemlich massiv Probleme,

I: hm

D: und - - ich falle vielleicht auch wieder auf den Punkt zurück an dem man jetzt verschiedene körperliche Sachen äh wieder abchecken lässt wobei ich also wirklich äh im Schlaf tierisch Probleme habe, also wenn mit mir Leute wegfliegen die gehen mit Ohrenstöpsel aber nicht vom Schnarchen oder so sondern ich schreie nachts auf und bin dann schweißgebadet oder so

I: hm

D: ich möchte auch einmal ins Schlaflabor gehen und schauen ob da irgendwelche Probleme auftragen weil ich auch vom Handball einige Male eine gebrochene Nase und so weiter hatte

I: hm

D: ok, also ich kratze schon wieder organische Sachen an aber ich will nicht alles ankratzen, jetzt beim Herzneurosepatient bin ich total auf das Herz untersucht worden deswegen sitze ich jetzt auch nicht im Krankenhaus und sage ich möchte jetzt am Herz untersucht werden sondern ich möchte verschiedene andere Sachen abchecken wo ich mir wo ich schon äh versuche zu teilen was könnte Psyche sein was kann das sein? und fahre nicht im Prinzip wie am Anfang eingleisig nur auf körperliche Symptome äh oder oder körperliche Erkrankungen sondern fahre halt zweigleisig

I: hm

D: ich schaue da wo ich meine Probleme habe, schaue dass das organisch abgeklärt ist und fahre ja aber auch den gleichen Weg mit der psychologischen Behandlung,

- I: hm
- D: und das ist für mich schon einen Schritt weiter dass ich sage `ok äh hier schaue ich einmal nach der Sache`, wenn das äh wenn das für mich in Ordnung ist und ich kann das verstehen dann bin ich aber auch gleichzeitig immer wieder bei der psychischen Behandlung dabei,
- I: hm
- D: also man man lernt mit der Zeit zu verstehen von was was kommen kann,
- I: hm
- D: bloß gelegentlich zweifelt man dann doch wieder daran (Herr D lacht), und das wirft einen dann einfach wieder zurück.
- I: aber insgesamt ist es schon so was ich jetzt heraushöre in der ganzen Sache dass das ganze Leben bei dir also ganz massiv im Zeichen der Herzneurose steht oder stand
- D: also ich muss sagen seitdem ich das bekommen habe und das sind ja im Prinzip jetzt zehn Jahre vorbei
- I: hm
- D: und - - - seit zehn Jahren ist es quasi so dass wenn ich - - wenn ich am Wochenende weggehen will und mit meinen Freunden etwas unternehmen will dass ich das einfach nicht so unternehmen kann wie jeder andere
- I: hm
- D: also es ist also ich würde es als massivste! Einschränkung ansehen ja?
- I: hm
- D: würde es also wirklich so ansehen dass - - - ja ich ich versuche es einfach zu beschreiben wie ein Dauerkranker der ständig eine Einschränkung hat
- I: hm
- D: bei mir war ja auch zwischenzeitlich die Frage ob ob irgendwie ein Rentenantrag oder so gestellt werden sollte oder so,
- I: hm
- D: da hat mir der Professor Csef abgeraten aber ich sage jetzt persönlich ich möchte gar nicht in die Rente gehen oder so etwas
- I: hm
- D: ist jetzt nicht so wichtig ja?
- I: hm
- D: aber ich sage persönlich es ist für m- es wäre für mich absolut verständlich wenn irgendein Angestellter sagen kann aufgrund dieser Sache kann er einfach nicht mehr arbeiten
- I: hm

- D: also ich habe mich also nur so hart durchgebissen weil ich halt selbstständig war und äh sagen wir einmal einen gewissen sagen wir einmal so ich mache den Vertrieb von Sommerbekleidung (eine mehrzeilige Passage, in der Herr D seinen Beruf genau beschreibt, wird aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht verwendet)
- I: hm
- D: und arbeite auch für größere Firmen in der Hinsicht und für mich war das immer ein Traumberuf gewesen aber ich stehe einfach kurz davor diesen Traumberuf also irgendwie hinschmeißen zu müssen äh und ich bin ich bin deswegen nicht in Rente gegangen weil ich einfach den Beruf geliebt habe und eigentlich meinen Beruf ausüben wollte und auch gerne meine Fam- sagen wir einmal Familie oder mit meiner Freundin das alles ein normales Leben haben wollte
- I: hm
- D: und deswegen ich könnte jeden verstehen der sagt 'ich gehe wegen dieser Sache in Rente' zum Beispiel ja?
- I: hm
- D: weil es also wirklich eine extreme Einschränkung ist!
- I: hm
- D: und es ist also auch so dass jetzt mit den Freunden mit denen ich zusammen bin du verlierst auch äh vom Umfeld verlierst du also im Prinzip auch wirklich - - die umstehenden Freunde können das nicht verstehen
- I: hm
- D: es ist also ich sage einmal es ist wahrscheinlich grundsätzlich für einen Außenstehenden unwahrscheinlich schwierig zu verstehen was da vorgeht
- I: hm
- D: und äh dann gibt es halt von den Freundschaften welche die entfernen sich ein Stück von dir, die halten dich dann schon für den Verrückten oder so, und dann gibt es natürlich Freunde die die halten auch zu dir dir halten zu dir! du weißt die halten zu dir aber können es trotzdem nicht verstehen
- I: hm
- D: also äh - - also im Prinzip fühlst du dich schon sehr allein gelassen mit der Situation
- I: hm
- D: du kommst am Anfang du kommst am Anfang zu Ärzten die nicht verstehen wie sie mit der Krankheit überhaupt umzugehen haben, du verlierst einen Teil von deinem Umfeld weil

sie denken sie sind äh äh die halten dich auf Deutsch gesagt für bescheuert wenn man es so sagt ja?

I: hm

D: die anderen Leute die versuchen mit dir äh versuchen dir zu helfen können dich aber nicht verstehen sind dann mit der Situation überfordert und du selbst versuchst noch deinen Beruf und dein deine Familie irgendwie zu- zusammenzuhalten und das kostet dir in dieser Situation in der du eigentlich äh eigentlich total mit dir selbst beschäftigt bist äh unwahrscheinlich viel Kraft das auch noch zu machen

I: hm

D: und da ist einfach äh ich sage einmal Familie grundsätzlich durch die Erkrankung eigentlich draufgegangen wenn man es einfach einmal so hart ausdrückt ist einfach draufgegangen und das hört sich jetzt vielleicht hart ausgesprochen an aber es ist also durch die Erkrankung die Familie draufgegangen, ich habe gar nicht die Möglichkeit gehabt äh war ja gerade da dass wir den Nachwuchs bekommen haben eigentlich eine Familie im normalen Alltag zu zu gründen oder zu haben

I: hm

D: wie andere Menschen, und im Beruflichen bin ich zwar weitergekommen aber ja es ist halt es kostet halt unwahrscheinlich viel Kraft.

I: hm, und wenn man jetzt umgekehrt noch fragen würde was hast du! aus der Krankheit gemacht? also das waren ja jetzt alles Einflüsse der Krankheit innerhalb deines Lebens ja? also Einschränkungen vorwiegend, vielleicht auch ein bisschen Körperbewusstsein zusätzlich bekommen aber im Prinzip Einschränkungen, wie wäre es denn umgekehrt würdest du sagen da gibt es so etwas wie einen Krankheitsgewinn? du hast es du hast vorhin einmal gesagt du hast dich damit so ansatzweise arrangiert und das so ein bisschen in dein Leben integriert weil einem ja sowieso keine Alternative bleibt, aber ist das schon ein Krankheitsgewinn oder ist das wirklich nur negativ?

D: ja sagen wir einmal so – – wenn man es die Dauer! der Krankheit macht einen einfach ein Stückchen äh ich meine natürlich freut man sich wenn man aus dem Krankenhaus herauskommt oder aus einer Klinik herauskommt und sagt 'Mensch ich kann mich da ein Stückchen arrangieren' und so weiter ja? aber im Prinzip diese diese Angstsituationen sind vielleicht manchmal weniger geworden manchmal mehr aber sie waren immer wieder da und haben immer wieder eingeschränkt

I: hm

- D: und was einen einfach daran ein bisschen müde macht ist immer wieder der Gedanke daran `ja das war doch einmal das ist doch einmal´ und so ja? man will irgendwann einmal auf die Straße gehen und ich sage es auf Deutsch über einen derartigen Scheiß gar nicht nachdenken
- I: hm
- D: man möchte einfach einmal gedankenlos wie jeder andere über die Straße gehen und sagen `das ist ok´
- I: hm
- D: das funktioniert dann teilweise äh eine bestimmte Zeit und dann kann man auch wieder vernünftig den Alltag leben aber es gibt dann ich sage es einmal so es sind dann bei mir war jetzt zum Beispiel einmal ein Jahr dazwischen wo es sehr gut war, es ist aber trotzdem jedes Wochenende war schlecht! ja also nicht schlecht aber man hat vor jedem Wochenende Angst und dann ist ein Wochenende gut ein Wochenende nicht so gut, dann hat man Freunde man sagt äh man will etwas mit denen unternehmen dann äh ruft man die so ungefähr fünf Mal hintereinander kurz davor an und sagt `du mir geht es heute nicht so gut ich gehe wahrscheinlich nicht mit´, dann rufen meine Freunde dann nicht mehr an weil sie sagen `der sagt sowieso wieder ab´
- I: hm
- D: und es ist also auch in den besseren Situationen ist es noch immer bleiben noch immer Tage übrig die einschränkend sind und diese Tage die är- die nerven einen ohne Ende!
- I: hm
- D: weil man merkt - - man merkt im Prinzip schon dass es vorwärts geht aber man merkt dass immer wieder trotzdem immer wieder Unterbrechungen mitspielen ja?
- I: hm
- D: also auch in dem Jahr in dem es mir besser gegangen ist hat es also selten einen Tag gegeben an dem ich gar nicht über die Sache nachgedacht habe
- I: hm, also kein Krankheitsgewinn würdest du nicht sagen dass du etwas gewonnen hast dadurch eine positive Sache vielleicht?
- D: ja gut! ich meine natürlich habe ich das gewonnen dass ich versucht habe das zu verstehen dass die Radiesse (Versprecher) wieder größer geworden sind
- I: hm
- D: ich meine ich muss im Beruf äh oft ins Ausland fliegen und äh ich meine für einen Herzneurosepatienten ins Ausland zu fliegen ist schon da scheitern manche Menschen schon vor dem Taxi das zum Flughafen fährt!

- I: hm
- D: und äh da muss ich jetzt auch wenn ich das noch einmal sagen dürfte mir war es jetzt ein Jahr besser gewesen war jetzt bin jetzt wieder ins Ausland geflogen und äh bin genau kurz vor ... (eine länderspezifische Krankheit wird aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt) geflogen und äh ja vom Auswärtigen Amt war alles in Ordnung gewesen und drei Tage nachdem ich drüben war von der geplanten vierwöchigen Reise äh kommt diese Meldung dass man nicht mehr fliegen soll ja?
- I: hm
- D: ich war natürlich dann dort gesessen und habe nicht mitbekommen dass meine Kumpels alle nach Hause geflogen sind und ich meine ich habe unser Aus- äh unsere Musterproduktion die wir herstellen ist also vierzig Kilometer neben dem wo das ausgebrochen ist
- I: hm
- D: und jeden Tag musste ich dann im Prinzip mit Schutzvorkehrungen und alles durch die Desinfektion und so weiter laufen ja? und äh das war natürlich für einen Herzneurosepatienten nicht so gut! (Herr D lacht) das absolut Beste gewesen!
- I: hm
- D: und ich bin also dann auch schon im Ausland habe ich dann plötzlich massive Attacken bekommen mit sehr starken Schmerzen auf der Brust und ich war also fix und fertig gewesen dann wie ich zurückgeflogen bin also ich war ein Tag im Ausland im Krankenhaus gelegen, die haben natürlich dann wieder Herz alles abgecheckt war ok gewesen ja? aber ich kann dir gar nicht sagen wie ich nach Hause geflogen bin ich habe mich in dieses Flugzeug gequält und war also ungefähr zwölf Stunden mit Sauerstoffmaske in diesem Flugzeug gesessen
- I: hm
- D: und voll gestopft mit allen möglichen Medikamenten also
- I: ging es dann einigermaßen oder war es?
- D: nein es war Horrortrip das war eine Panikattacke über zwölf Stunden ja? und seitdem äh habe ich Bedenken dass ich jetzt meinen Beruf auch noch damit verliere
- I: hm
- D: aus dem Grund weil ich einfach jetzt ich bin danach noch einmal ins Ausland geflogen habe aber das gleiche Erlebnis noch einmal auf Hin- und Rückflug auch im Flugzeug gehabt
- I: hm
- D: und seitdem habe ich Bedenken in ein Flugzeug zu gehen
- I: hm Angst vor der Angst

- D: ja exakt und das und und wenn ich das nicht schaffe wieder in ein Flugzeug zu gehen dann kann ich meinen Beruf an den Nagel hängen ja? und dann habe ich im Prinzip Familie Beruf alles verloren im Prinzip ja?
- I: und da sind wir jetzt beim Punkt der Zukunftsplanung auch ja? das ähm wäre auch auch noch einmal so eine Sache also die ist dann auch! eigentlich immer nur im Schatten dieser Herzneurose oder? also egal was man sich
- D: ich musste jetzt von der Firma einen Angestellten schicken der sitzt jetzt gerade im Ausland
- I: hm
- D: erledigt den Job für mich, natürlich ist der nicht in die Sachen so involviert, wir haben sieben Firmen die für uns produzieren und eine Firma hat von uns Gelder bekommen und ist dabei Konkurs zu machen
- I: hm
- D: und wenn wir diese Gelder verlieren gehen wir selbst als Firma Konkurs ja?
- I: hm
- D: äh da dreht es sich also knapp so um eine halbe Million Euro die wir da verlieren können so, und jetzt sitze ich natürlich auf meinem Krankenzimmer äh soll mich körperlich untersuchen lassen soll zur Ruhe kommen dass also äh dass ich auch einmal zur Ruhe finde und so alle fünf Minuten geht das Telefon und ich kann in dem Moment nicht sagen ich gehe nicht hin ja?
- I: hm
- D: weil ich da im Prinzip meinen Job äh für das alles wir haben also sehr lange gearbeitet um vorwärts zu kommen im Markt und sind auch jetzt in einer schlechten Zeit gut auf dem Markt und fahren jetzt gerade die letzten zwei Mal erstmalig gute Gewinne ein und haben es eigentlich geschafft über den Berg und jetzt sitze ich in einem Krankenhaus, ich selbst kann nicht nach H- äh ich selbst war einfach zu fertig ins Ausland zu fliegen und äh ich muss ständig mit denen im Ausland telefonieren äh ja so und mache die Untersuchungen und soll noch zur Ruhe kommen und das ist sehr schwierig
- I: hm
- D: das ist absolut schwierig
- I: hm
- D: und deswegen weiß ich jetzt also nicht im Prinzip ob wir durch die Situation dass ich jetzt nicht drüben bin weil der tut sich sehr sehr schwer mit den Leuten da, ob wir da nicht grundsätzlich äh das Geschäft verlieren

I: hm

D: oder wenn wenn das alles gesattelt ist wenn das alles in Ordnung ist äh ob ich dann meinen Beruf weitermachen könnte ob ich wieder fliegen kann und ich ich habe also wirklich ich bin mit den größten Angstattacken im Flugzeug geflogen aber beim letzten Flug war es dann wirklich so dass ich da habe ich also noch einmal umsteigen müssen dass ich da wenn ich da auf dem anderen Flughafen war und dann noch einmal in eine Vier-Stunden-Maschine nach Deutschland steigen musste dass ich dann wirklich zu dem Arzt gegangen bin und sage `schaffe ich noch diese vier Stunden nach Deutschland?`

I: hm

D: und ja - - und äh diese dieses Wiedererleben da mit den mit dem absolut konfrontiert sein ähm mit dem Tod quasi äh was jetzt die landestypische Krankheit da betroffen hat hat einfach wieder voll den Auslöser gegeben ja? ich muss einfach dazu sagen dass ich auch das Gefühl habe dass ich also - - - dass meine Mutter im Prinzip ich glaube schon seit dreißig Jahren Herzneurosepatient ist und ich eigentlich mit dieser Sache aufgewachsen bin ich wenn meine Mutter irgendwelche Probleme hat hat die immer Herzschmerzen gehabt und alle möglichen Dinge, und ich denke dass ich in die ganze Situation dass sich überhaupt dieses Verhalten! erst entwickelt hat dass das davon gekommen ist dass ich also äh - - dass das im Unterbewusstsein ein Lernfaktor war dass ich immer gesehen habe wenn irgendeine Ausrede gebraucht wird dann ist es irgendein Herz, dass ich das aber nie registriert habe dass das nur einfach im Unterbewusstsein war und dass ich damals wie diese Situation angefangen hat ähm irgendwo wahrscheinlich ohne dass es mir selbst bewusst war einfach mir zu viel vorgenommen habe und einfach überfordert war

I: hm

D: und dass dann der Kopf die Schublade herausgezogen hat und das eigentlich wahrscheinlich rau- äh das wahrscheinlich vorgezogen hat

I: hm ja da gibt es viele Erklärungstheorien wie so etwas entsteht und die Mutter ist ja immer ein zentraler Punkt das wird der Herr Csef auch schon alles erklärt haben gerade wenn der Begriff Neurose gebraucht wird ist eben so diese Familiendynamik dabei, das ist eine interessante Sache ja! äh

D: was jetzt noch einmal ja?

I: bitte?

D: ich wollte jetzt noch einmal auf den Punkt da mit dem Krankheitsgewinn vielleicht

I: ja!

- D: dass ich also im Prinzip nicht das nur so negativ sehe aber ich meine es tröstet mich nicht viel darüber hinweg aber es macht mich auch ein bisschen hellhöriger im Prinzip ist es auch so dass mit der Zukunftsplanung ich würde gerne meinen Job weitermachen, ich weiß aber dass ich den Job weil ich bin also eigentlich ein Typ der wirklich teilweise sechzehn Stunden gearbeitet hat
- I: hm
- D: und sehr viel geflogen bin oder wirklich
- I: hm
- D: also mich gar nicht geschont habe oder so, was mir das schon alleine von der Erkrankung her auch in dem Jahr in dem es mir besser gegangen ist habe ich immer gemerkt wenn mehr Stress aufgekommen ist haben sich auch die Symptome verbessert
- I: hm
- D: also ich sehe das also was die Zukunft jetzt betrifft weiß ich jetzt nicht wie es ausgeht, ich hoffe dass ich die Kurve hier packe aber es ist auch irgendwie eine Notbremse vom Körper
- I: hm
- D: muss man muss man auch ganz offen zugestehen
- I: hm
- D: und ich bin einfach jemand der also jetzt so verdammt an seinem Job gehangen hat und dann habe ich mir gedacht 'da musst du durch!' aber ich merke immer mehr dass ich also in der Art wie ich ihn machen möchte - - auf keinen Fall weitermachen kann weil ich mache es dann im Prinzip nur schlechter als besser
- I: hm
- D: also im Prinzip ist es - - ja im Prinzip tragen solche Situationen dass ähm ähm ein Lieferant Pleite geht und wir vielleicht dann durch dessen Pleite auch daran glauben nicht unbedingt dazu bei sondern mein Plan wenn ich das also im Prinzip gesundheitlich machen kann möchte ich schon gerne meinen Job ausüben möchte aber mehr Lebensqualität wieder haben, möchte also auch mit meiner Freundin mehr Lebensqualität erreichen und - - ich sage es einmal so die letzten zehn Jahre waren verdammt hart ja? aber wenn ich es schaffen würde das krankheitlich das wirklich so in den Griff zu bekommen dass ich also ähm wieder einigermaßen auf die Füße komme und ich habe einmal ein Wochenende an dem ich nicht äh wo ich also äh nicht immer konfrontiert werde mit der ganzen Sache und und eingeschränkt werde und ich in der Zeit mein Leben wenn ich es dann aus dem! Grund mein Leben umgestellt hätte also einen normalen Arbeit- also normal die Arbeit machen würde nicht vierzehn fünfzehn Stunden arbeiten

- I: hm
- D: und äh vielleicht auch äh eine Beziehung zu führen die ok ist
- I: hm
- D: - - - sagen wir es einmal so also - - wert durch die auf Deutsch gesagt wert durch diese Scheiße zu gehen ist es eigentlich gar nicht also zu sagen zu sagen das wäre es jetzt wert gewesen die zehn Jahre das wäre also es ist zu hart gewesen die zehn Jahre und aber ich meine ein Teil der Erkrankung wäre es dann zumindest wert gewesen auf einen anderen ich würde sagen auf einen anderen Trip zu kommen um das Leben dadurch zu ändern
- I: hm
- D: aber wenn man es nicht schafft war es eben einfach nur eine beschissene Erkrankung die sich ewig hinzieht ja?
- I: hm, also ich denke jetzt haben wir alle Bereiche drinnen die im Leitfaden auch drinnen sind, das war jetzt gerade ein schönes Schlusswort weil ähm ja dieser nicht vorhandene Krankheitsgewinn ähm war jetzt bei der vierten Befragung die du ja bist eine neue Sache also bisher konnte jeder irgendwie ein bisschen etwas und wenn es eine Frühberentung war und dadurch mehr Lebensqualität gekommen ist oder so, das fand ich jetzt sehr interessant aber auch sehr authentisch weil eben die Krankheit also wirklich das ganze Leben beeinflusst und die Frage nach einem Krankheitsgewinn ist oft meiner Meinung nach eine theoretische Frage und ich finde was hier
- D: ich denke
- I: was hier jetzt gesagt wurde kommt aus dem Lehrbuch so steht es dort und jetzt haben wir hier das was im Lehrbuch steht auch einfach einmal mit Leben gefüllt und einmal aus der Sicht eines Patienten besprochen ja?
- D: ich ich will ich will also wirklich jetzt nicht total depressiv wirken
- I: ja
- D: sondern ich kann es ja einfach sagen selbst wenn das Leben umgestellt wird und du ein anderes Leben führst ist es äh ist es der Kampf über diese zehn Jahre mit der Erkrankung einfach trotzdem nicht wert gewesen
- I: hm
- D: ist es einfach nicht wert gewesen, ist einfach zu hart.
- I: ok dann
- D: hört sich hart an aber es ist einfach so ich meine
- I: ja nein ich äh klar wenn man diese Leidensgeschichte auch hört und diese Einschränkung im Leben in allen Bereichen eigentlich die im Leitfaden stehen ähm warum soll man das noch

einmal wiederholen wollen? das ist völlig logisch! gut dann würde ich sagen schalten wir hier das Tonband ab

D: ok

I: und ich bedanke mich für das Erzählen und

D: ich hoffe dass es ok war.

I: ja!

Patient 5 (Frau E)

Interviewbedingungen: Frau E ist 60 Jahre alt und hat als Versicherungsfachangestellte gearbeitet, sie befindet sich im Ruhestand. Das Interview fand am 29. 09. 2003 zwischen 17.20 und 18.18 Uhr in den privaten Räumlichkeiten des Interviewers statt.

Kontaktherstellung: Frau E ist die Mutter eines Arbeitskollegen des Interviewers. Während eines privaten Gesprächs mit diesem stellte sich heraus, dass Frau E viele Jahre an einer Herzangst litt; der Arbeitskollege des Interviewers, der dessen Forschungsprojekt kennt, schlug seine Mutter daher als Interviewkandidatin vor. Nach einem Telefonat mit Frau E und in Absprache mit Prof. Csef wurde telefonisch ein Termin vereinbart, bei dem Frau E vom Interviewer gebeten wurde, in Ermangelung ärztlicher Unterlagen ihrer Meinung nach wesentliche Stichpunkte zu ihrer Erkrankung und biographische Momente zu skizzieren, um einige Angaben zur Person machen zu können.

Gesprächsbedingungen: Die Patientin ist überaus erfreut darüber, dass sie endlich einmal darstellen kann, wie sie ihre Herzangst erlebt hat – nach eigenen Angaben wurde sie in der Vergangenheit bezüglich ihrer Erkrankung von ihrem Umfeld nicht verstanden.

Anamnese: Frau E gibt an, erstmals mit 29 Jahren ‚Herzattacken‘ mit bis zu 10-minütiger Dauer zu erleiden. Diese Attacken treten zunächst nur alle paar Monate auf, im Alter zwischen 30 und 40 jedoch verschlechtert sich ihr Befindlichkeitszustand und sie erleidet die sympathikovasalen Anfälle immer häufiger in belastungsfreien Situationen – Frau E beschreibt hierzu eine deutliche Einschränkung in ihrer Lebensqualität, die sich erst nach dem Medikationsbeginn mit Betarezeptorenblockern wieder verbessert. Die Patientin ist in erster Ehe verheiratet und hat drei Kinder.

Dissertationsrelevante Diagnose: Die Patientin litt viele Jahre unter paroxysmaler Tachykardie, aus der sich ein Vermeidungsverhalten entwickelt hat. Aus diesem Grund ist in diesem Fall von einer Herzangstsymptomatik zu sprechen – Frau E ist daher für das vorliegende Forschungsvorhaben geeignet.

E = interviewter Patient

I = Interviewer

- I: Sie fangen einfach damit an wann es angefangen hat, wie es sich weiterentwickelt hat so im Überblick und dann gehen Sie auf diese anderen Bereiche ein was Ihnen einfällt,
- E: ja
- I: und wenn dann irgendwelche Unklarheiten sind dann kann ich auch nachfragen
- E: ja
- I: oder Sie können jederzeit nachfragen
- E: ja
- I: und Sie fangen einfach an also vielen Dank! auch offiziell
- E: (Frau E lacht) ja!
- I: für den Mitschnitt jetzt dass Sie jetzt daran teilnehmen, Sie sind jetzt Nummer fünf!
- E: ja
- I: und die erste Patientin die ich nicht! über den Professor Csef hier aus der Poliklinik bekommen habe
- E: ja
- I: und er hat aber wie gesagt gemeint dass es da also keine Probleme gibt.
- E: ja, ich weiß jetzt nicht genau Sie müssen dann halt vielleicht schon äh ja fragen dass wir dann auch ja
- I: hm
- E: das
- I: also wie gesagt Sie können ja einfach einmal anfangen wie das mit dieser Herzgeschichte angefangen hat zum ersten Mal, wie Sie es empfunden haben und so dann im in in der Weiterentwicklung was da passiert ist.
- E: ja ok, läuft es wahrscheinlich
- I: es läuft mit ja!
- E: es läuft schon, das erste Mal oder der Anfang war dann da war ich ungefähr neunundzwanzig - - und das waren das war also dann nur - - ein ganz kurzes Herzrasen so waren die Anfänge so die erste Zeit so einmal fünf Minuten oder zehn Minuten und in dem Moment wenn ich mich hinlegen konnte zu Hause oder so dann hat das auch sehr schnell wieder aufgehört,
- I: hm

- E: das waren eigentlich dann ja so mit neunundzwanzig ging das los, und selten eigentlich einmal so vielleicht drei viermal im Jahr dass das dann einfach kam und war auch nur ganz kurz und hat mich eigentlich auch gar nicht sehr belastet, ich war dann einmal bei einem Arzt - - und wurde dann auch weiß ich jetzt nicht mehr so ganz genau so EKG oder so gemacht, also der konnte sich das nicht erklären
- I: hm
- E: aber was ich da gleich sagen kann hat mich auch in keiner Form aufgeklärt!
- I: hm
- E: das ist das was mich dann doch Jahre später zum Teil aufgeregt hat oder geärgert hat,
- I: hm
- E: also dass es so etwas überhaupt gibt!
- I: hm
- E: und ja also für mich war das dann ja das ist halt irgendwie Belastung oder so etwas also ich habe mir da eigentlich wenig Gedanken darüber gemacht und das war auch die ersten Jahre so dass es eben nur ganz kurz war und dann finde ich nicht belastend war,
- I: hm
- E: ich habe da den Spruch da immer das war ja eigentlich jahrelang dann so dass ich immer gesagt habe 'da ist das Herz herausgesprungen!' also so in der Mundart
- I: hm
- E: äh und ja dann ist es wieder hineingehopst so quasi
- I: hm
- E: das war halt so, ja das ist eigentlich so gewesen wie gesagt ich war neunundzwanzig und äh was mir jetzt auch dazu einfällt im Nachhinein finde ich das eigentlich auch sehr komisch ich war dann mit einunddreißig das heißt kurz vorher schwanger dreißig einunddreißig und habe mit einunddreißig äh Drillinge bekommen
- I: hm
- E: und da ist mir einmal vorher und ich habe ich finde das eigentlich verkehrt ich habe das auch nie mit dem Gynäkologen besprochen, da habe ich dann damals gedacht das fällt mir jetzt so spontan ein im Krankenhaus dass ich gedacht habe hoffentlich springt mir da nicht wieder das Herz aus dem Rhythmus!
- I: hm
- E: bei diesen wahnsinnigen Wehen:
- I: hm
- E: weil dann! man muss sich das einmal überlegen: weil dann kann man ja nichts mehr tun!

- I: hm
- E: – – also ich meine das ähm verstehen Sie! jetzt dass man dann absolut keine Anstrengung mehr machen kann
- I: hm
- E: und was wäre dann da eigentlich gewesen? das hat keiner gewusst!
- I: hm
- E: bis auf meinen Hausarzt! der hat aber ja (Frau E schnauft tief) wusste also nicht recht was das soll und das ist nicht wichtig und überhaupt
- I: hm
- E: ja? so war meine Aufklärung, das waren ja eigentlich dann schon zwei Jahre aber wie gesagt das war nicht oft wo ich es dann vielleicht vier fünfmal gehabt habe aber dann ist mir das damals im Krankenhaus habe ich auch gedacht `na hoffentlich nicht!`
- I: hm
- E: aber es passiert ja auch nichts!
- I: hm
- E: das ist also diese Geschichte! äh dass es nicht von Einbildung kommt wenn ich mich jetzt da hineinsteigere oder daran denke oder es könnte!
- I: hm
- E: da kommt nämlich meist nichts,
- I: hm sondern es ist dann wirklich
- E: ja!
- I: aus dem heiteren Himmel wie vom Blitz getroffen.
- E: na ja und dann dann war das die Zeit danach die ich ja auch zu Hause war, ich meine die Belastung war immer recht groß und so also es hat schon in der Richtung äh ja die Ursache ist mir später schon klar geworden dass das also schon Belastungen sind – – seelische nervliche und und und, aber es war dann so dass dann so die Jahre da zwischen dreißig und vierzig dann ist es später schlimmer geworden und häufiger geworden!
- I: hm
- E: also ich denke wenn ich so im Rückblick dass ich die ersten sagen wir einmal acht neun Jahre eigentlich ganz gut zurechtkam damit
- I: hm
- E: aber es kam dann häufiger und insbesondere länger
- I: hm wie lange?
- E: ja zum Teil zwei Stunden und länger

- I: über Stunden
- E: und das ist natürlich dann ein Wahnsinn ja?
- I: hm
- E: weil man fällt ja total aus!
- I: hm
- E: auch wenn man zu Hause kleine Kinder hat oder so man man liegt!
- I: hm
- E: also bei mir war es so ich musste mich hinlegen sonst war das so schlimm dass man wirklich gedacht hat 'jetzt ist es aus!'
- I: hm jetzt habe ich von Ihnen keinen Krankenbericht, deswegen frage ich jetzt an dieser Stelle nach ähm wie hat sich das denn bemerkbar gemacht also äh dieses Herzrasen, dann haben Sie dieses Bild gebracht das Herz springt vielleicht heraus, waren da auch andere Dinge dabei wie zum Beispiel Atemnot oder Beklemmungsgefühle?
- E: nein!
- I: nicht!
- E: es ist äh also von einer Sekunde auf die andere Sekunde war das einfach so wie wenn das jetzt so ein richtiger Aussetzer!
- I: hm
- E: und dann! galoppiert es los, aber dann so stark dass ich dann nur äh ja ich musste mich einfach hinlegen sonst äh war das also beim dann hatte man das Gefühl also das geht nicht mehr!
- I: hm
- E: weil wenn ich einmal woanders war musste ich ja irgendwie noch nach Hause kommen
- I: hm
- E: oder ich war in der Stadt bin dann mit dem Taxi nach Hause gefahren
- I: hm
- E: und musste die Treppen in den ersten Stock, also ich bin wirklich dann natürlich kommt dann diese äh Atemnot vielleicht das weiß ich nicht mehr so genau
- I: hm
- E: aber wenn man dann noch vielleicht fünfundzwanzig Treppen hinaufsteigt in diesem Zustand!
- I: hm
- E: also das ist der Wahnsinn! da denkt man wirklich man fällt um!
- I: ja das geht eigentlich auch gar nicht wenn dann der Puls so derartig hoch ist!

- E: so derartig hoch ist das ist das ist dann diese wahnsinnige Problematik wenn man jetzt woanders ist und äh ja man setzt sich dann irgendwo auf eine Bank früher und das war nach zehn Minuten vorbei ja? dann ist das ja ok
- I: hm
- E: aber wenn man woanders ist und das ist nach zwei Stunden noch nicht vorbei
- I: hm
- E: dann geht ja gar nichts mehr! und dann kommt natürlich auch diese Atemnot kann ich eigentlich nicht sagen aber so so also äh dieser Druck und der Druck war auch immer im Magen!
- I: hm
- E: kennen Sie das auch?
- I: also von mir nicht aber wenn die Symptomatik abgeklärt wird in Richtung Herzangst oder Herzneurose
- E: ja
- I: dann ist dieser Druck im Bauch eigentlich eine Sache die bei
- E: das war immer dann so also erst einmal dieses ewige hier (Frau E zeigt auf ihre Halsschlagader) also jeder Außenstehende hat das dann auch gesehen und dann dieser wahnsinnige Druck hier oben!
- I: hm im Oberbauch
- E: im also das ist ja das ist ganz eigenartig
- I: hm
- E: ja aber soweit wie gesagt diese Jahre die dann eigentlich ich meine ich fand es nicht lustig aber es war also nicht so dass mich das sehr belastet hat, aber es wurde dann sagen wir einmal so Ende dreißig war ich da da war ich so sage ich jetzt einmal so ungefähr sieben acht Jahre dann wurde es häufiger
- I: hm
- E: und länger und dann empfindet man das natürlich viel schlimmer
- I: hm
- E: und dann kam ich also irgendwo nicht mehr auf die Reihe
- I: hm
- E: mit der Geschichte ich weiß noch ich habe dann ich war da also zehn Jahre das habe ich so stichpunktartig da aufgeschrieben
- I: ja

E: zehn Jahre ähm zu Hause also wegen dieser drei kleinen Kinder und so und habe aber in meiner Firma ich war früher bei der *Barmer Sozialversicherungsfachangestellte und habe dann äh immer Urlaubsvertretungen noch machen können!

I: hm

E: und das war für mich natürlich wahnsinnig schön weil äh ich habe schon eine Zeit gebraucht mich daran zu gewöhnen nur noch zu Hause zu sein mit den Kinderchen was ich auch sehr schön fand aber ich hatte auch keine Bekannten oder Mütter die auch kleine Kinder hatten also ich war da schon sehr isoliert

I: hm

E: mit meinen Eltern oder so aber halt ich war halt auch jung ja?

I: hm

E: und jetzt habe ich den Faden verloren was wollte ich denn jetzt überhaupt sagen? ach so ja! und da konnte ich immer dann und die waren dankbar also wenn jetzt die anderen beiden Kolleginnen einmal eine krank war oder eine im Sommer drei Wochen Urlaub gehabt hat und die andere drei Wochen im Winter dann habe ich immer halbtags Vertretung gemacht

I: hm

E: und da ist immer dann meine Mutter gekommen da bin ich immer nachmittags gegangen und da ist meine Mutter dann habe ich einfach dann von zwölf Uhr dreißig bis siebzehn oder siebzehn Uhr dreißig weiß ich jetzt nicht mehr genau, ist ja auch unwichtig, und die kam dann am Nachmittag und ich bin dann abgezwitschert und ich hatte zwar da eigentlich sehr viel Stress!

I: hm

E: aber das hat mir eigentlich großen Spaß gemacht

I: hm

E: weil ich dort gerne gearbeitet habe und alles hat sich wahnsinnig gefreut wenn ich wieder aufkreuzte; weil früher war das auch mit dem Telefon so dass ähm dass äh alles über die Zentrale gelaufen ist, da waren noch nicht die Verbindungen wie heute und selbst von anderen Firmen das war immer schön ja? ja und da war das dann auch so dass mir das obwohl das schon ein Stress war aber ein positiver Stress

I: hm

E: und da ist es mir dann auch so gegangen dass da kann ich mich noch erinnern dass das dann kam und hörte also nach einer Stunde nicht mehr auf und ich konnte nichts mehr machen!

I: hm

- E: und dann bin ich zum Doktor und ich wurde ja auch öfter gespritzt weil er hat mich er hat das dann schon mit mir miterlebt!
- I: hm was hat er da gespritzt?
- E: ja das weiß ich nicht mehr genau
- I: irgendetwas diazepammäßiges? Valium? also in diesen Anfällen wird wenn etwas gespritzt wird normalerweise so etwas als Akutmedikation gespritzt.
- E: also ich habe auch immer ich weiß bloß nicht mehr die Tabletten ich habe auch immer Tabletten in der Handtasche gehabt für den Fall, kann das sein dass die Isoptin oder so ähnlich hießen?
- I: ähm das kann sein aber da kann ich nicht
- E: Kalzium Kalium
- I: Kalziumantagonist
- E: genau!
- I: das ist aber ein Blutdruckmedikament, das ist für gegen hohen Blutdruck eigentlich,
- E: ja? habe ich aber nie gehabt
- I: aha, na ja vielleicht wird das ja auch bei diesen Arrhythmien eingesetzt.
- E: da hatte ich immer so so da musste ich immer zwei Tabletten nehmen und wenn das nach zwei Stunden nicht geholfen hat dann musste ich gespritzt werden
- I: hm
- E: und dann bin ich halt mit dem Taxi oder irgendwie zu diesem Doktor und da habe ich auch Spritzen bekommen, jetzt bin ich gerade am Überlegen bloß ich wenn immer das Reden anfangen, ich verzetteln mich dann immer so sehr! Sie müssen mir sagen
- I: ich lenken Sie dann schon wenn es zu sehr
- E: wissen Sie? weil das ich meine ich bin jetzt nicht zum Kaffeeklatsch da, da fällt mir gerade etwas ein! ich weiß nicht ob ich das noch habe (Frau E kramt in ihrer Handtasche), - - - weil das habe ich jetzt ja nicht mehr gebraucht weil das Herzrasen habe ich nicht mehr
- I: hm
- E: jetzt muss ich einmal schauen ob ich das noch habe von meinem uralten Doktor der von der Psyche des Menschen gar nichts verstanden hat! - - - da hat er mir nämlich einmal aufgeschrieben was sich bewährt hat da bin ich nämlich nach Griechenland gefahren da hat er mir das Ding gegeben!
- I: hm jetzt müsste man es nur auch lesen können!
- E: (Frau E lacht herzlich) nein ich denke ich kann es auch nicht lesen! ich denke Sie haben ja nun da die Laufbahn und sind da besser vertraut mit!

- I: ja aber ich kann es wirklich nicht lesen! aber gut, ein Versuch war es wert!
- E: ja gut, ähm das ist das Ding ist zwanz- ach Gott ich muss einmal überlegen wie alt bin ich denn jetzt? das ist bestimmt fünfundzwanzig Jahre weil da sind wir einmal nach Griechenland gefahren oder in den Urlaub und da hat er mir das mitgegeben dass also
- I: ja das sind noch die alten Postleitzahlen drauf
- E: goldig oder? (Frau E packt den Zettel wieder ein) und ähm ja noch einmal wegen dieser Firma und da ist mir das dann am nächsten Tag und dann habe ich Spritzen bekommen na ja dann war das ok ja?
- I: hm
- E: ich war dann zwar immer etwas sehr matt aber Stunden noch
- I: hm
- E: es hat sich schon ausgewirkt also dann hast du noch geschlafen und am nächsten Tag war alles ok war alles vergessen, und dann war das bei mir immer so dass meistens dann erst wieder so vielleicht nach zwei Monaten wiederkam
- I: hm
- E: und da ging das dann an dass das am nächsten Tag schon wieder war
- I: hm
- E: und die Woche darauf schon wieder
- I: hm
- E: und da war für mich dann irgendwie der der Faden gerissen also da kam ich gar nicht mehr klar!
- I: hm
- E: da sind wir noch einmal mit der Firma meines Mannes haben wir einen Betriebsausflug von drei Tagen gehabt das habe ich da auf den Zettel geschrieben, da war ich dann neununddreißig also da war das so zehn Jahre diese Geschichte - - äh und da bin ich in München im Krankenhaus gelandet und die haben mich gleich vierzehn Tage behalten
- I: hm
- E: und da hatte ich also einen netten Oberarzt gehabt der war also dann auch so mein Alter so Ende dreißig vierzig und der war so etwas von reizend und nett der sich mit mir einmal unterhalten hat und da ha- sind mir eigentlich erst viele Dinge klar geworden
- I: hm
- E: das habe ich vorher nicht erlebt, da haben wir uns am Telefon schon unterhalten
- I: ja
- E: so von Gott und der Welt verlassen

- I: hm
- E: so wie wenn du selbst noch schuldig bist!
- I: ja wobei das natürlich jetzt äh
- E: und das fand ich früher äh also noch schlimmer, ich denke heute ist das nicht mehr so! heute geht man vielleicht mehr schon darauf ein oder so ein Mensch der das hat der braucht einfach eine Betreuung finde ich.
- I: er muss zumindest meiner Meinung nach darüber aufgeklärt werden was das ist!
- E: er braucht vom Hausarzt aus eine Betreuung und dann dort wenn man sich dort einmal ausheult der mit einem redet
- I: hm
- E: oder der zumindest einem das Gefühl vermittelt 'ich bin für Sie da!'
- I: hm
- E: ja?
- I: das sehe ich auch so!
- E: und nicht so am Wochenende einmal ja dann dann hört das und hört das nicht auf und die im Krankenhaus haben mir in München damals gesagt die haben mich gut aufgeklärt und dass man eigentlich alles machen kann bloß so wie das bei mir also läuft dass das dann auch oft sehr lange ist ich sollte also zum Beispiel keine Wanderungen ins Gebirge mehr machen
- I: hm
- E: früher gab es ja kein Handy und nichts ja?
- I: hm
- E: wo ich also dann vielleicht vier fünf Stunden nicht mehr irgendwo äh zu erreichen wäre
- I: hm
- E: also gef- was heißt gefährlich! aber bedenklich ist es dann haben die mir damals gesagt wenn es über zwei Stunden dauert
- I: hm
- E: so stark dann belastet das ja auch den Kreislauf!
- I: ja
- E: und dann ist es schon wichtig wenn die Tabletten nicht helfen dass man dann gespritzt wird!
- I: hm
- E: und wenn man jetzt solche Gebirgswanderungen macht bei denen man frühs startet und abends wiederkommt und es passiert einem so etwas wo man es dann nicht mehr wegbekommt und man kann ja auch nicht mehr laufen!

- I: hm
- E: also das sollte man nicht tun!
- I: hm
- E: so gewisse Dinge beachten!
- I: hm da kommen wir vielleicht nachher noch einmal dazu wenn es um die Frage geht wie einschränkend sich diese Sache auch auswirkt!
- E: ja
- I: aber jetzt vielleicht noch einmal zum Abschluss in diesem ersten Teil die Frage an Sie äh was war denn überhaupt die Diagnose? gab es überhaupt eine also äh eine somatische also körperliche Diagnose?
- E: doch: ja der hat damals das da geschrieben auf diesen Zettel da
- I: ja
- E: dieses para-
- I: paroxysmale Tachykardie hm, aber das wird eben auch dann in der Regel verwendet wenn man nicht weiß was es ist! weil das ist ja nur die Bezeichnung dass es rast das Herz, aber warum, also wurde bei Ihnen einmal eine Katheteruntersuchung gemacht?
- E: nein
- I: also gar nichts, also das EKG war auch immer befundfrei?
- E: EKG wurde gemacht, ich weiß auch dass ich irgendwann als es einmal länger gedauert hat am nächsten Tag nochmal hinmusste und dann war das wohl doch irgendwie etwas verändert ja sage ich jetzt einmal so - - und und dann musste ich zwei Tage später nochmal und dann war es wohl wieder ok, also ich kann das bloß so
- I: hm
- E: sagen ja?
- I: also wenn die Sie da wieder gehen ließen ohne irgendwelche Einweisungen oder Medikamente
- E: ach so da im Kranken- na ja das war ja dann ich konnte nicht mehr mit dem Bus weiterfahren das waren fünfzig Leute
- I: ja
- E: deshalb habe ich ja dann solche Busreisen nicht mehr mitgemacht
- I: aha das ist auch interessant ja!
- E: und weil das das hat äh das äh das war aber auch dann diese Entscheidung für mich gut weil dieser Arzt mit dem konnte ich mich dann gut unterhalten und äh und äh wo mir auch einmal klar wurde dass ich eben mich nicht immer nach anderen Menschen richten muss

wenn ich jetzt meine das tut mir nicht gut und das tut mir nicht gut auch diese Reisen es hat ja keinen Sinn

I: hm

E: denn die Sache ist ja nicht ausgeheilt!

I: hm

E: das kann mir wieder passieren und die Leute sind dann ja so unmöglich!

I: hm

E: ja? die sagen 'jetzt fährt die wieder mit, wegen der können wir die ganzen Dinge nicht machen!'

I: ja

E: und und dass ich das also für mich fand ich dann das habe ich dann nicht mehr gemacht, ich wäre gerne da noch einmal mitgefahren und da, dann habe ich gesagt das äh da denke ich dann dran! es könnte wieder sein!

I: hm

E: ich gehe den Leuten damit auf die Nerven und die gehen mir auf die Nerven weil ich dann absolute Ruhe brauche!

I: hm

E: dass sich das wieder beruhigt und da habe ich mir gedacht das tue ich mir nicht mehr an, das bringt mir nichts!

I: hm

E: - - - auch wenn es nicht wie wir vorhin schon sagten äh eigentlich nicht durch diese Einbildung kam, aber man kann es ja nicht wissen

I: hm

E: und dann hat man also ein ungutes Gefühl und mir bringt diese Fahrt von drei vier Tagen nichts!

I: hm

E: irgendwie sind sie auch anstrengend und irgendwie die Leute haben ihr Programm! um zwölf Uhr gibt es da Essen, nachmittags ist die Besichtigung, abends sind wir dort!

I: hm

E: und du hängst dann da und kommst nicht weiter ja?

I: hm Sie sagten gerade Einbildung ist es äh nicht: äh es kommt immer aus dem heiteren Himmel, würden Sie sagen ähm dass Sie trotzdem so ein bisschen eine Angst vor diesen Situationen doch intuitiv entwickelt haben?

E: (Frau E spricht mit tiefer Stimme) auf jeden Fall:

- I: weil dann sind wir nämlich mittendrin in der eigentlichen Thematik
- E: auf jeden Fall ja:
- I: wie haben Sie Ihr Leben in den verschiedenen Bereichen Familie Beruf aber gerade auch Freizeit und soziales Umfeld haben Sie jetzt geschildert, äh um diese Sache gebaut weil Sie haben ja gerade schon angedeutet es gab da Dinge die wollten Sie einfach nicht mehr machen!
- E: ja
- I: weil Sie Angst hatten Sie gehen damit anderen Leuten auf die Nerven oder es passiert eben da einfach wieder so ein Anfall!
- E: ja
- I: vielleicht können Sie dazu einfach einmal etwas sagen wie sich das dann auf Ihre Lebensführung! ausgewirkt hat.
- E: ja wie gesagt um noch einmal ganz kurz zu sagen das empfand ich die ersten Jahre nicht so weil es mich auch nicht so belastet hat ich fand es zwar nicht super: aber es war eben kurz und mir ging es danach ja auch gut!
- I: hm
- E: ja? aber wie gesagt zehn Jahre später also das ging dann so mit neununddreißig als ich da dann in dem Krankenhaus nach der Fahrt war bis - - also acht Jahre lang äh wo das also wenn: es kam sehr lange war sehr stark war und ich war dann auch Stunden nur noch fertig!
- I: hm
- E: ja? und das wirkt sich natürlich auf die Psyche auch aus da ist eine Angst natürlich da
- I: hm
- E: 'warum habe ich das?' irgendwie ja?
- I: hm
- E: und und die anderen Leute verstehen das gar nicht und dann zu der Zeit habe ich dann auch gedacht da gibt es kaum jemanden der das hat!
- I: hm
- E: und keiner versteht einen und man war mit der Situation total alleine!
- I: hm
- E: und selbst auch in der Familie mein Mann der hat äh das auch nicht kapiert
- I: hm
- E: und ich habe immer! das muss ich jetzt noch einmal schnell dazwischenreden ich sage ja man verquatscht sich dann sehr schnell dass ich meinem ganzen Umfeld das Beste wünsche!
- I: hm

- E: aber ich habe vielen Menschen gewünscht dass sie das einmal ein Jahr haben
- I: hm
- E: und das Gefühl haben (Frau E wird laut) das äh hört nicht mehr auf:
- I: hm
- E: das soll wieder aufhören: die denen soll es gut gehen verstehen Sie?
- I: ja!
- E: nur
- I: damit die sich in Sie einmal hineinversetzen können!
- E: genau nur das das jetzt einmal losgeht alle zwei Monate oder was weiß ich ein ganzes Jahr
- I: hm
- E: und die haben die Gewissheit `ja das geht jetzt bis an mein Lebensende, das hört nicht mehr auf.`
- I: hm
- E: das soll aber wieder aufhören! nur dass die einmal das Gefühl haben wie es einem eigentlich dann geht
- I: hm
- E: und das ganze Unverständnis was die Leute dann daherquatschen `wenn du schon daran denkst!`
- I: hm
- E: also ich habe einen Haushalt mit fünf Personen gehabt, ich habe später wieder gearbeitet ich hatte gar keine Zeit gehabt daran ständig daran zu denken:
- I: hm
- E: das habe mit mit einhundertprozentiger Sicherheit nicht gemacht
- I: hm
- E: nur wie Sie sagen so bestimmte Sachen wo es mir beim Friseur passiert ist das hat Ihnen der *Herbert schon erzählt das war so schlimm das hat nicht mehr aufgehört, jetzt wollte ich den Arzt ja nicht zum Friseur bringen lassen!
- I: hm
- E: jetzt hat die mich mit dem Taxi damals nach Hause gefahren da bin ich an der Treppe schon in die Knie gegangen, ich musste ja hoch! es war ja keiner da, also man war ja früher blöd ja?
- I: hm
- E: und so und dieses Unverständnis von den Leuten und und ähm - - ach so was wollte ich jetzt sagen? ich habe da gewisse Dinge habe ich natürlich dann daran gedacht

- I: hm
- E: ja? also diese Einschränkung ist dann da und mir war dann immer mulmig, aber ich habe auch mit diesem Friseur ich habe ganz langsam mit dem Friseur wieder angefangen weil ich mir gedacht habe ich kann mich ja nicht so davon beherrschen lassen
- I: hm
- E: dann hatte ich einmal eine Bekannte die dann erst einmal mir die Haare zu Hause geschnitten hat ja? (Frau E lacht)
- I: hm
- E: und und dann habe ich gesagt `das kann ja nicht sein!' und dann habe ich angefangen zum Friseur zu gehen `lasst mich bloß nicht warten!'
- I: hm
- E: und und und das habe ich also durchgezogen aber ich habe beim Friseur geschwitzt ja?
- I: hm das glaube ich Ihnen
- E: aber ich habe mich dazu überwunden und das hat eigentlich wirklich dann Jahre gedauert und ich bin nie gerne gegangen aber ich habe gedacht `nein!' und wenn dann rufe ich eben ein Taxi und dann fahre ich nach Hause aber was ist denn wenn Sie die Lockenwickler drinhaben?
- I: hm
- E: ein Mann versteht das vielleicht gar nicht so! (Frau E lacht herzlich) du kannst ja nicht mit den nassen Lockenwicklern so davonzischen!
- I: hm ja ähm
- E: wissen Sie das sind so Dinge äh die eben dann doch wie Sie sagen da war viel Gedanken dabei
- I: hm
- E: das ist mir aber auch nicht mehr beim Friseur passiert
- I: hm aber es war einfach die Angst dass es in bestimmten Situationen passiert?
- E: aber die Angst ist da, aber es ist nicht immer so dass man sich Gedanken macht und dann passiert es das ist nicht: so!
- I: nein nein das ist klar, sondern es äh
- E: aber die Angst war dann da, also es war dann so diese äh so von neununddreißig Quatsch was habe ich jetzt gesagt? neununddreißig ja neunundzw- neununddreißig so bis bis ich dann da an einen Arzt gekommen bin der dann auf die Idee kam mit diesem Sotalex da oder Betablockern Beloc hat der mir erst gegeben und da hat sich dann mein Hausarzt gesträubt das war auch noch so ein Theater dann war der eifersüchtig auf den dass der scheinbar auf die

Idee kam dann war der noch stinkig und also dann das waren also dann äh die Jahre schon die also da hatte ich das immer in mir

I: hm

E: - - - ja? aber ich meine irgendwie ist es ja eigentlich toll man hat man hat ja auch nichts mehr erzählt mein Mann hat immer gesagt 'da fahren wir mit da machen wir dies da machen wir das' ja ich bin zu Hause herumgeflitzt ich habe das Auto voller Kinder gehabt, ich habe ein ganz normales Leben nach außen geführt

I: hm

E: und ich hatte meine Tabletten dabei und ich war dann auch so weit 'ja wenn etwas ist dann rufe ich eben an, entweder muss der Kasper zu mir kommen' ja? was natürlich auch schon war und dann kam der endlich einmal nach drei Stunden und dann war es weg!

I: hm

E: und dann hat er dich wieder angeschaut ja?

I: hm ja wenn man es einf-

E: und du wartest einfach immer und wartest und denkst das hört ja irgendwann wieder auf! es hört auf und auf einmal geht es nicht mehr und dann kommt der durch die Tür und es ist weg!

I: ja ja das ist immer so oder oft dass wenn man es einfangen will oder auch im EKG dann zeigt sich nichts.

E: ja also insofern war das das hat man schon immer irgendwie in sich gehabt, soweit die besonderen Sachen oder da fällt mir jetzt auch ein

I: ja

E: also wie gesagt wir haben immer viel Kinder auch um um und einen VW-Bus gefahren und das war immer turbulent und auch schön und überhaupt ich habe eigentlich alle möglichen Dinge gemacht, bis auf so gewisse Dinge und da habe ich gesagt 'das tue ich mir nicht mehr an!' aber auch zum Beispiel jetzt so eine Geschichte wie der *Herbert seinen Abschlussball gemacht hat

I: hm

E: da war der dann sechzehn das ist vielleicht auch so ein Ding Sie können das verstehen sechzehn //////// die konnten dann schon einmal alleine zu Hause bleiben und das war einfach ein besonderer Anlass

I: hm

E: und er hatte sich also einen wahnsinnig schönen Anzug und wie das war und für mich war das einfach auch schön und ich habe mir auch etwas gekauft und dann fiel mir ein da habe ich

damals wirklich gebetet und habe gesagt 'lieber Gott bloß morgen Abend nicht: übermorgen oder von mir aus drei Tage hintereinander oder egal was du mit mir machst bloß morgen nicht zum Abschlussball: ich will da unbedingt mit!'

I: hm und wie ging die Geschichte aus?

E: na gut!

I: es ist nichts passiert!

E: nein nichts passiert (Frau E lacht)

I: hm ja es ist oft so dass gerade bei ganz wichtigen Anlässen passiert dann wirklich nichts sondern es sind dann wirklich die Sachen die völlig harmlos eigentlich sind ja?

E: aber es ist schon so wenn man darüber nachdenkt es ist schon eigentlich schlimm ja?

I: es ist eine Behinderung!

E: es ist eine große: Belastung eine große: Behinderung und man äh man kann viele Dinge gar nicht genießen

I: hm

E: weil äh wenn ich da jetzt daran denke da bin ich jetzt noch ganz aufgeregt!

I: hm

E: also das regt mich schon auch auf!

I: hm

E: wenn man so daran denkt; und äh äh die Entspannung kommt dann eigentlich erst sagen wir einmal der Ball ging um sieben los und bis neun wenn es um neun passiert wäre wäre es nicht schlimm gewesen dann hätte ich ja die Polonäse und da hatten wir meine alten Eltern noch dabei und dann getanzt und na ja wenn ich etwas eher hätte nach Hause gehen müssen wäre es mir dann ja egal: gewesen

I: hm

E: verstehen Sie?

I: hm

E: und dann kommt erst die Entspannung aber die Angst vorher dass

I: ja

E: es jetzt passieren könnte und ich könnte nicht mit!

I: hm gibt es da noch andere Situationen? also ganz oft wird zum Beispiel gesagt äh ja was Sie vorhin mit dem Friseur meinten dass man einfach so die Öffentlichkeit meidet oder Menschenmassen oder öffentliche Verkehrsmittel oder irgendetwas in dem Bereich, fällt Ihnen da irgendetwas ein? gab es da irgendetwas? wovor Sie Angst hatten da könnte es jetzt wieder! passieren dass Sie so einen Anfall bekommen?

- E: nein eigentlich nicht eigentlich nicht also das waren eben so gewisse Sachen die mir dann passiert sind mit dem Bus beim Friseur oder gut aber mir ist es auch in der Stadt spaziert (Versprecher) ich wollte Weihnachtseinkäufe machen und dann saß ich halt beim Kaufhof auf der Bank und habe gewartet das hat nicht aufgehört und da stehen davor Taxi dann bin ich halt nach Hause gefahren
- I: hm
- E: da musste ich mich auch niemandem erklären und ich habe es geschafft, das war dann bloß immer schlimm die Treppen hoch ja?
- I: hm
- E: was man dann vielleicht gar nicht sollte also da kann man dann ja wirklich einmal umfallen ja?
- I: also ja der Blutdruck ist da ziemlich erhöht in solchen Momenten also das ist die einzige Geschichte was man körperlich da feststellen kann ansonsten ist alles normal, es ist ja keine körperliche Erkrankung sondern es ist ja im Prinzip manche nennen es funktionelle Herzleistungsstörung oder hyperkinetisches Herzsyndrom, so eher die psychoanalytische Richtung die in die Vergangenheit schaut sagt es ist eine Herzneurose! andere sagen es ist eine Herzangst also im Vordergrund steht eben einfach da ist eine Herzsensation da passiert irgendetwas
- E: ja
- I: der Patient nimmt es als bedrohlich war und entwickelt daraus eine Angst und die generalisiert sich ganz oft auf verschiedene Bereiche und dann spricht man eben einfach von einer Herzneurose wenn dann Vermeidungsverhalten auch hinzutritt
- E: ja
- I: was Sie ja beschrieben haben!
- E: ja na ja oder dann auch später ich habe dann ähm - - - ja neununddreißig war ich dann als ich da in dem Krankenhaus dann war ich zur Kur, die haben mir dringend geraten ich soll so etwas einmal machen dass ich einmal ein bisschen zu mir selbst wieder finde dass ich merke ich kann doch alle möglichen Wanderungen dies und das machen
- I: hm
- E: und das hat mir ja auch dann recht gut getan und da ging es mir eine Zeit wieder besser - - und
- I: war das eine psychosomatische Kur oder war die rein somatisch?
- E: also das war das sollte mit psychosomatischer Betreuung sein
- I: hm

- E: aber irgendwie war das damals ja da waren zwei drei Gespräche und das war es dann schon, also da warst du auch in der verkehrten Klinik sagen wir einmal so
- I: hm
- E: es ist alles äh so gewesen dass einem im Grunde genommen - - entweder war man beim verkehrten Arzt in der verkehrten Klinik im Grunde genommen
- I: hm
- E: ähm auch kaum geholfen, dann waren einmal so Gruppengespräche und da saß ich auch immer da herum und ich wusste auch nicht was ich da anfangen soll, da waren schon so Sachen da waren Fragen dabei die eine Frau traute sich nicht mehr Auto zu fahren die andere Patientin hatte dies, ja ich habe mich getraut mit dem Auto zu fahren ich bin auch mit dem Fahrstuhl gefahren und ich äh ich hatte eben eine andere Geschichte:
- I: hm
- E: und ich äh und und ich saß halt da herum also im Grunde genommen - - konnte man mir: gar nichts sagen!
- I: hm
- E: oder oder oder man wusste nicht was oder war das zu wenig bekannt, ich habe das auch nicht verstanden
- I: also was ich da jetzt heraushöre ist schon ähm also ich denke dass Sie da in der richtigen Gruppe waren das ist ja es sind ja immer verschiedene Dinge die die Leute nicht mehr machen können ja? Autofahren oder Fahrstuhlfahren das sind so zwei Klassiker
- E: ja
- I: aber bei Ihnen zum Beispiel war es dann die Sache ja Sie sind jahrelang mit unguuten Gefühlen zum Friseur gegangen zum Beispiel ja?
- E: ja
- I: da steckt ja diese Problematik dahinter
- E: ja stimmt schon
- I: da ist es einmal passiert und dann haben Sie Angst dass es da wieder passiert
- E: ja
- I: und es ist schon gelegentlich so dass diese Angst dazu führen kann weil man ja eine gewisse Grundnervosität in sich entwickelt
- E: ja
- I: dass genau dann: diese Sache wieder passiert, und dann wird es natürlich richtig schlimm
- E: ja
- I: wenn das öfter in dieser Situation passiert irgendwann macht man die Situation nicht mehr

- E: ja
- I: man geht ihr aus dem Weg.
- E: ja aber es ist eben da auch so gewesen ich meine das hat mir schon gut getan so war es nicht also es war viel mit Wandern und Gymnastik und Entspannungsübungen
- I: ja
- E: und so Zeug also es war schon es waren auch ein paar Gespräche
- I: hm
- E: und ich habe da also eine äh das ist der Satz ist mir heute noch in Erinnerung und das ist eigentlich das: was ich davon behalten habe und das hat mir auch gut getan da hab- das war eine Ärztin oder eine Therapeutin kann ich jetzt nicht mehr genau sagen und mit der habe ich mich einmal die hat sich quasi mit mir einmal unterhalten und da habe ich einfach auch so alle möglichen Dinge erzählen sollen also ich hab- ich hätte alles erzählt ich wäre jedem auf den Schoß gehopst
- I: hm
- E: und und und äh wirklich weil ich immer gedacht habe wenn die alles wissen und was die wissen wollen und dann hilft mir jemand, und da hat die einmal zu mir gesagt und der Satz den habe ich lange dann immer auch im Kopf noch behalten der hat mir geholfen die hat zu mir damals gesagt 'legen Sie doch Ihre Schuldgefühle legen Sie doch endlich einmal Ihre Schuldgefühle ab'
- I: hm
- E: also aus dem was ich obwohl ich gar ich: selbst empfand - - äh wie soll ich denn sagen ich hatte keine Schuldgefühle oder ich empfand es nicht so: aber wahrscheinlich was ich so; die wollte halt von meinem Umfeld wissen
- I: hm
- E: von den Leuten im Haus und da waren ein paar so so alte Tanten da und wissen Sie so - - Spießigkeit:
- I: hm
- E: und mit den Kindern und dann ich immer - - - sage ich jetzt einmal so 'dann seid nur ruhig' und dass man bloß nicht und überhaupt und dieses Harmoniebedürfnis das habe ich auch von meinen Eltern so eingetrichtert bekommen und da hat und der: Satz: den habe ich lange bewahrt:
- I: hm
- E: den habe ich auch heute noch im Kopf dass die damals zu mir gesagt, die hat das wohl so ein bisschen herausgelesen was mir gar nicht klar war!

- I: hm
- E: -- dieses Harmoniegetue!
- I: hm
- E: ja? dieses Friede-Freude-Eierkuchen-Leben ja?
- I: hm
- E: und da hat die gesagt 'legen Sie doch Ihre Schuldgefühle ab:' und eben 'lassen Sie etwas heraus:' und und ja auch wenn es Ärger gibt!
- I: hm
- E: und das fand ich dann ganz wichtig, das ist die einzige Sache was mir da so in Erinnerung geblieben ist, und was war war eigentlich doch denke ich doch ganz sinnvoll weil die hatte schon irgendwie Recht!
- I: hm
- E: es ist so von früher auch noch doch ja also ich hatte eine gute Kindheit und wir mussten nichts tun meine Schwester und ich aber es war immer man musste einfach immer brav sein immer hören, früher war das das ist ja jetzt eine andere Generation von *Herbert und Sie (Versprecher) und ich
- I: hm
- E: und die Eltern wieder
- I: hm
- E: und das war eben alles dann noch so: und bei uns war es auch recht harmonisch aber man musste sich fügen:
- I: hm
- E: ja?
- I: und hat vielleicht auch
- E: und auch später dann hast du deinen eigenen Haushalt und und und und ich war also schon das ich äh bin zwar dann nicht immer dieser ruhige: Typ und und still und schon auch temperamentvoll und schreie einmal oder so
- I: hm
- E: aber doch denke ich äh so anderen Menschen gegenüber dann halte ich lieber meinen Mund bevor es Ärger gibt oder so wissen Sie? vielleicht ja vielleicht ist das, und das da hat die derartig viele Dinge wissen wollen so private Geschichten und so und wie gesagt ich habe halt dann erzählt, da hat die das zu mir gesagt.
- I: hm ja gut die Ursachen da gibt es viele verschiedene Dinge ja?

- E: aber es war halt dann auch ich habe dann danach so zwei Jahre später habe ich dann wieder das Arbeiten angefangen in Teilzeit erst drei Vormittage und wegen diesen Einschränkungen die Sie sagen das ist schon schlimm: also es ist eine Belastung und der Körper ist immer irgendwo glaube ich unter Spannung
- I: hm
- E: weil es ist so schwer ich war dann so zweiundvierzig und es war damals schon schwer dann wenn man einmal so Mitte vierzig ist äh Arbeit: zu finden noch dazu wenn du Kinder dann eben hast,
- I: hm
- E: und wenn du dann schon und ich wollte ja dann nur stundenweise und dass ich am Nachmittag zu Hause bin das war sehr schwer und wenn du dann da habe ich einmal ein halbes Jahr für einen Notar geschrieben am Vormittag so nach Band und solche Sachen und dann konnte ich am Mittag wieder nach Hause da war ich immer für die Familie da und so und das ist das hat man schon drin! wenn dir das einmal passiert puh dann sitzt du da und dann schaffst du das nicht und dann versuchst du es du hast dich das auch nicht getraut zu jemandem zu sagen 'das habe ich' das kann ja öfter passieren, dann sagen die 'na ja da draußen stehen noch zehn wenn die jetzt öfter ausfällt' das ist alles nicht so einfach:
- I: hm also haben Sie sich da im Beruf schon auch irgendwie immer unter Druck gesetzt gefühlt
- E: ja ich habe ja selbst dann
- I: so 'hoffentlich passiert nichts!'
- E: ja! und das war eben und dann später habe ich dann da war ich ja dann insgesamt siebzehn Jahre bei der *Barmer angefangen, da habe ich dann erst Mittwoch Donnerstag Freitag drei Vormittage gearbeitet vier Jahre lang und dann habe ich siebenundachtzig war das glaube ich vierzehn Jahre also bis jetzt bis ich dann jetzt die Rente eingereicht habe habe ich dann halbtags gearbeitet aber das war oft auch Urlaubsvertretung manchmal in den Nachmittag hinein und ähm und das ist mir natürlich selten aber schon auch dort einmal passiert oder so, da da kannst du einfach nicht mehr da da kannst du auch nicht reden und das Telefon das wird davon noch schlimmer!
- I: hm
- E: und dann äh war ich dann froh dann habe ich halt nicht viel wenn es keiner so gemerkt hat aber es ist ist dann so eine Sache, wo man bekommt Angst: und das hat sich dann zugespitzt wieder
- I: hm

- E: weil also du verlierst einfach dann deinen Arbeitsplatz wenn du da mit solchen Sachen belastet bist
- I: hm das kann passieren ja? viele Leute gehen in Frührente deswegen!
- E: ja na ja bloß äh ich äh da würde ich ja heute gar keine Rente bekommen hören Sie mal! ich habe ja ich habe fünfzehn Jahre gehabt dann zehn Jahre Pause und das mit Notar Schreiben und so das war auf dieser heute sind es 630 Mark waren es oder dieser Steuerfreibetrag
- I: 400-Euro-Basis ja genau!
- E: jetzt jetzt damals waren es 390 Mark! da bekomme ich ja keine Rente da habe ich ja nichts gezahlt:
- I: hm
- E: da hast du ja für einen Stundenlohn für sieben Mark da gearbeitet wie eine Blöde ja?
- I: hm
- E: und und solche Dinge also gut und ja und dann habe ich wieder angefangen bei der *Barmer war ich dann angestellt und und und ja da bekomme ich doch was bekomme ich denn da für Renten?
- I: hm
- E: die richtet sich ja nur nach den Arbeitsjahren!
- I: ja das ist klar, aber das heißt ich höre da heraus dass Sie ähm die ganze Sache schon so unter Kontrolle hatten sage ich jetzt einmal oder dass es Sie nicht so überfahren hat ähm dass diese Gefahr gedroht hätte mit dem Berufsverlust zum Beispiel weil viele Leute einfach dann im Laufe der Jahre nicht mehr fähig sind ihren Beruf zu machen, die müssen dann in Frühpension gehen, in Frührente!
- E: ja ja ich denke schon dass ich das ganz gut immer versucht habe in den Griff zu bekommen, vielleicht war das wieder dieses Pflichtbewusstsein und irgendwie: aber wie gesagt das hat sich dann wieder zugespitzt das war dann so also von von neununddreißig bis na ja so sieben acht Jahre bis siebenundvierzig herum und dann war das wieder ganz äh - - - extrem und schlimm und da war damals mein Sohn in Urlaub und da hatte ich den Notarzt da und äh und der hat mich dann an einem Samstag zu sich in die Praxis mitgeschleppt und hat also der hat sich so viel Mühe gegeben und hat also, also da war es wieder vorbei
- I: hm
- E: natürlich, und dann musste ich da kommen - - und dann hat der da Langzeit-EKG und das Fahrradtraining
- I: Belastungs-EKG

- E: also der hat sich sehr viel Mühe gegeben weil also der war eigentlich recht super und wollte meine ganze Story der letzten fünfzehn Jahre wie das dann schon ging und da hat der damals zu mir gesagt 'sagen Sie einmal warum kommt denn bei Ihnen keiner auf die Idee' das war der 'und gibt Ihnen Betablocker? versuchen Sie das doch einmal das ist ja kein Leben!'
- I: hm
- E: aber es war halt immer mit diesem Betablocker das darfst du nicht mehr absetzen das musst du ja immer nehmen!
- I: also man kann es schon ausschleichen aber es ist natürlich günstiger wenn man es dann ein Leben lang nimmt ja?
- E: und da hat meiner wahrscheinlich immer davor zurückgeschreckt denn gewusst hat er es ja auch und so weiter, und da hat der mir dann damals Beloc verschrieben und das geht aber angeblich ich weiß es nicht auf den Blutdruck und ich hatte eigentlich immer etwas Neigung zu niedrigem Blutdruck
- I: hm
- E: also nicht zu erhöhtem sondern mehr niedriger, normal oder niedrig
- I: ja
- E: na ja und dann hat der gesagt also ich kam zu meinem Doktor der musste ja das abrechnen ja?
- I: hm
- E: mit ihm weil der war ja nur Urlaubsvertretung und wenn ich mit ihm nicht klarkomme kann ich auch zu ihm also das kann ich machen wie ich will, bin ich halt da musste ich ja dann zu dem Doktor weil der hat mir ja nur so ein Probepäckchen gegeben, und dann war: der: entsetzt: 'Beloc das geht doch auf den Blutdruck: das gebe ich Ihnen nicht: da ist es gleich aus:' und dann hat der ein Theater: gemacht, das weiß ich noch; und dann war ich wieder so am Boden zerstört! so blöd so eingeschüchtert weil ich habe wie der gesagt hat wenn ich das regelmäßig nehme dann bekomme ich das nicht mehr, ich habe gedacht Weihnachten und Ostern ist zugleich!
- I: hm
- E: das ist ja der Wahnsinn: ich war ja (Frau E ringt nach Luft) gibt es so etwas? ja warum hat man mir das nicht schon einmal und überhaupt; und dann komme ich zu meinem Doktor und der sagt 'na so etwas gibt es gar nicht das kann man gar nicht sagen das ist für Sie gar nichts!' und dann na ja gut, also hin und her und dann hat er gesagt d- damals war das also dann ein neueres Mittel dieses Sotalex
- I: hm

- E: und das wäre also sehr gut und überhaupt und da habe ich gedacht ok! der muss es ja wissen: und das würde nicht so sehr auf den Blutdruck gehen
- I: hm also Betablocker sind eigentlich blutdrucksenkende Medikamente die nur als Nebeneffekt auch den Puls nach unten fahren aber es gibt wohl auch
- E: unterschiedliche Medikamente die mehr auf den Blutdruck gehen und die anderen nicht so und angeblich ist das nicht so und da habe ich gedacht na ja also ein guter Internist ist er ja der muss es ja eigentlich wissen und dann bin ich auch da geblieben obwohl wir uns immer so äh wie soll ich sagen so ja wir mochten uns eigentlich schon aber mit dem hast du dich nicht unterhalten können!
- I: hm
- E: der war irgendwie so verklemmt der war bestimmt ein tüchtiger Internist der auch äh Diagnose immer war eine Lungenentzündung die Leute haben die Leute haben von ihm geschwärmt, der saß aber immer da und hat nur geschaut mit dem konntest du nicht reden! und der wusste der wusste damit nicht umzugehen!
- I: hm
- E: ja gut der hatte vielleicht auch wenig Ahnung davon gehabt!
- E: ja auf jeden Fall seit achtundachtzig da war ich dann siebenundvierzig nehme ich jetzt die Dinger also ähm das ist aber eine halbe Tablette also 160 Milligramm Sotalol oder wie das Zeug heißt ich habe ich am Anfang genommen ein paar Jahre und der Arzt ist ja jetzt schon lange nicht mehr und jetzt bin ich bei einer jungen Ärztin der ich noch einmal meine ganze Lebensgeschichte erzählen musste und wir machen das jetzt so wie ich nehme jetzt also seit ein paar Jahren nur eine halbe Tablette also achtzig das ist eigentlich die kleinste Dosis
- I: hm
- E: und komme ganz gut zurecht bis auf manchmal ein bisschen Stolpern oder so
- I: hm
- E: ist schon ab und zu einmal da aber da habe ich dann immer einen Trick und da bekomme ich das, kennen Sie solche Sachen auch mit eiskaltem Wasser trinken?
- I: das weiß ich ja!
- E: und dann gibt es noch mehr ach ja die Augäpfel hineindrücken aber das hat bei mir nie geklappt, das sage ich Ihnen: das ist wirklich
- I: es gibt da ein paar Tricks ja!
- E: ja ja und dann bei mir wenn das einmal so das das setzt ja dann kurz aus und ich denke (Frau E schnauft tief) oh Gott! und wenn ich dann den ganz zurücktue den Kopf dann sind da

da die Nerven die Luft anhalte ganz – – anhalte und drücke das ganz hinten dann kann ich das abfangen!

I: hm

E: und dann ist wieder aber das ist immer einmal nur ein Hopser!

I: ja

E: wollen wir es natürlich nicht verschreien und übertreiben!

I: nein nein aber es ist ich kenne das ja alles von mir also es erinnert dann stolpert es man hat einen Atemaussetzer

E: wenn ich jetzt zu viel durcheinander bringe Sie müssen mich bremsen müssen mir sagen was ich

I: nein das ist also bisher ganz gut!

E: aber was Sie was Sie also jetzt von mir noch wollen ich meine ich kann ja nicht meine ganze Familienchronik erzählen also das ist wahrscheinlich auch uninteressant!

I: Sie haben schon wichtige Punkte angeschnitten!

E: aber aber was Sie da so wissen dann ja ich verliere dann immer den Faden!

I: also kommen wir vielleicht dann auf das Wesentliche zurück, Sie haben den Beruf schon angesprochen Sie haben den Alltag die das soziale Umfeld äh äh angesprochen ähm Ihr Freizeitverhalten und so weiter dass es eingeschränkt war aber dass Sie im Grunde genommen so habe ich es jetzt verstanden doch ganz gut eigentlich mit dieser Sache umgehen konnten;

E: ja

I: jetzt ist vielleicht noch also die die Krankheit hat aus Ihrem Leben jetzt nicht die absolute Katastrophe gemacht so höre ich das heraus

E: ja weil also es ist auch jetzt schon so auch wenn es jetzt einmal hopst, ich hatte einmal Rhythmusstörungen trotzdem noch mal ein halbes Jahr aber das habe ich mit meiner jungen Doktor / sehr gut wieder hinbekommen, das war auch sehr schlimm aber es ist einfach so dass ich jetzt durch diese Pillen eine ganz andere Lebensqualität habe:

I: hm

E: ja? und äh wenn mein Arzt da früher gesagt hat `ja und das muss man immer nehmen, das belastet das Herz wenn Sie einmal über sechzig sind´ ja ich weiß das ja nicht!

I: hm

E: `über sechzig sind und das Herz wird ja immer gebremst und da bekommen Sie ja mal mit dem Herzen Schwierigkeiten wenn Sie über sechzig sind!´ und was weiß ich, und ich muss also ganz ehrlich sagen weil äh wie ich da einmal so wegen also das war dann nicht das Herzrasen sondern eben Rhythmusstörungen dieses Stolpern

- I: hm
- E: also diese Extrasystolen, aber ich habe habe ja auch sehr viel Probleme und Ärger gehabt also auch sehr gelitten äh über die Jahre wie die Eltern dann so dieser Abbau und ich musste mich da was heißt ich musste ich habe mich immer darum gekümmert es war nie eine Freizeit da es war alles sehr sehr schwierig
- I: hm
- E: vielleicht hängt es damit zusammen aber da da war ich dann auch einmal beim hat mich meine junge Ärztin dort zu dem mein Gott wie heißt so ein Herzarzt? Kardiologe! und der hat das alles einmal durchgecheckt und der hat eben auch gemeint 'mein Gott jetzt nehmen Sie es viele Jahre' und ich habe das aber abgelehnt aufzuhören
- I: hm
- E: weil ich äh hoffe natürlich es wäre sehr schön wenn ich bis achtzig geistig und körperlich fit bleibe dass ich jetzt endlich einmal machen kann was ich gerne möchte
- I: hm
- E: weil ich ja jetzt zu Hause bin
- I: ja ja
- E: das wäre natürlich sehr schön! aber wissen Sie wenn ich dann ein paar Jahre weniger habe - - es kommt nicht auf die Jahre: an - - sondern auf die Qualität der Jahre!
- I: also äh das verstehe ich nicht so ganz weil Betablocker sind eigentlich eine der wenigen Medikamente die nachweislich lebensverlängernd wirken, also ich glaube da müssen Sie sich keine Sorgen machen!
- E: also meine Doktor / die ist - - ja das war: der: von dem ich da vorhin schon erzählt habe!
- I: ja
- E: und wie gesagt der ist jetzt nicht mehr und jetzt bin ich seit sechs Jahren oder fünf Jahren bei der Doktor / das ist eine nette junge Frau die zweiundvierzig ist sie glaube ich und die hat gesagt 'machen Sie sich nicht zu viele Gedanken darüber mit den Tabletten' es gibt Leute die müssen ein Leben lang Blutdrucktabletten nehmen zwanzig fünfundzwanzig Jahre, werden auch achtzig siehe meine Mutter ist im März gestorben die wäre jetzt achtundachtzig geworden, die nimmt seit ihrem fünfzigsten Lebensjahr, und da hat sie gesagt 'machen Sie sich nicht unnötige Gedanken lassen Sie sich nicht verrückt machen, wenn Sie mit dieser halben Tablette hinkommen und es reicht dann ist es ja keine hohe Dosis und das reicht und das ist für Sie gut!' und die ganze Lebensqualität ist anders! das ist einfach ein anderes Leben!
- I: hm

- E: dann hat sie gesagt 'machen Sie sich nicht zu viele Gedanken dann nehmen Sie das!' und ich habe gesagt nein das mache ich auch nicht! was nützt mir denn das?
- I: hm
- E: ich meine es ist ja mit Sicherheit auch bisher ein Problem dieses auszuschleichen
- I: hm
- E: und was ist dann?
- I: dann geht es wahrscheinlich wieder los!
- E: genauso! stellen Sie sich einmal vor ich bin jetzt sechzig, da war ich neunundzwanzig!
- I: hm
- E: also wieso soll das auf einmal aufhören?
- I: eben!
- E: also das tue ich mir nicht an! also heutzutage da da das kann ja nicht sein!
- I: also noch einmal um es festzuhalten das heißt Sie können damit jetzt ganz gut leben also das ist eine schöne Sache;
- E: ja!
- I: wie ist es denn im umgekehrten Fall noch einmal als als letzte Frage haben Sie da auch irgendeinen Nutzen daraus gezogen? was haben Sie aus dieser Krankheit gemacht? jetzt haben wir ja gehört was die aus Ihrem Leben gemacht hat jahrelang ja?
- E: ja
- I: dass es streckenweise nicht so schön war damit,
- E: ja
- I: aber was haben Sie denn daraus gemacht? haben Sie irgendwie - - können Sie dazu irgendetwas sagen was Sie aus der Krankheit gemacht haben?
- E: - - ähm was ich jetzt mache wieder was ich nicht gemacht habe oder wie meinen Sie das jetzt?
- I: nein wie Sie die Krankheit zum Beispiel ja in Ihr Leben integriert haben dass Sie zum Beispiel gesagt haben 'na ja jetzt habe ich es halt und jetzt muss ich mich damit arrangieren', oder andere Leute entwickeln vielleicht ein besseres oder manche auch ein übertriebenes Körperbewusstsein und achten unheimlich auf ihren Körper!
- E: nein das nicht also da muss ich eher sagen dass ich eben versucht habe mich damit zu arrangieren!
- I: aha gut!

- E: das würde ich sagen weil äh bei mir war es eben einfach so ich hatte drei kleine Kinder ja? und äh ich ich musste: mich damit arrangieren - - und musste einfach klarkommen und äh ja also musste ja - - weiß ich auch nicht mehr wie das alles eigentlich so gelaufen ist ja?
- I: hm
- E: das ist aber auch die Sache die ich vorhin dann schon gesagt habe dass ich glaube bei mir war das trotz allem so dass immer sehr viel ähm Turbulenz und Leben und da war dass ich eigentlich sehr viel darüber gar nicht nachdenken konnte!
- I: hm
- E: nur wenn dann immer wieder so ein Schlag kam der mich dann wieder umgeworfen hat dann war ich am Boden!
- I: hm
- E: und dann irgendwann na ja gut dann hat man sich wieder aufgerappelt und es war wieder besser
- I: hm
- E: ich würde einfach sagen ich ich ich musste mich einfach arrangieren! was hätte ich denn machen sollen?
- I: hm
- E: und dann war halt und dann das habe ich ja am Telefon schon gesagt und dann war das kann ich eigentlich auch nicht genau erklären warum aber es war eben einfach dieses Unverständnis von der Familie und von dem ganzen Bekanntenkreis die damit nichts anfangen können, die einem diese Schuldgefühle eingepflicht haben und irgendwo glaube ich bin ich schon recht stark auch, und dann sehr eigensinnig und trotzig wenn die Leute bloß blödes Zeug erzählen, ich habe nichts mehr erzählt!
- I: hm - - - also Sie haben das dann alles für sich behalten und eher mit sich selbst
- E: ich musste da selbst durch ja! ich musste da einfach selbst durch!
- I: hm
- E: ich habe auch mit Freundinnen dann nicht mehr darüber geredet!
- I: hm weil die hätten es wahrscheinlich dann nicht verstanden!
- E: die verstehen es nicht: das habe ich dann auch wieder verstanden, und wenn einer bloß dumme Bemerkungen macht dann hat mich das nur aufgeregt und ich habe dann versucht Sachen die mich aufregen
- I: zu vermeiden

- E: zu vermeiden (Frau E lacht) zu lassen, ich denke ich war also irgendwie schon von Gott und der Welt verlassen mit mir allein mit meinen Kindern mit meiner Familie und ich musste da einfach das Beste daraus machen und durch!
- I: hm
- E: ich hatte gar keine andere Wahl und das war vielleicht auch ein Fehler dass man andere Leute damit nicht: doch mehr äh hätte belasten müssen weil die immer gedacht haben ja ich bin ich habe ja alle möglichen Sachen gemacht es hat ja keiner gewusst!
- I: hm
- E: aber wissen Sie was auch so schlimm war dann zum Beispiel muss ich jetzt noch einmal zurückkommen
- I: ja
- E: weiß ich jetzt nicht ob das jetzt gut noch ist äh zum Beispiel wenn einem das beim Friseur passiert oder diese fürchterliche Busreise, wissen Sie dass nach zwanzig: Jahren: läuft mir irgendeiner über den Weg und sagt 'ach sie sind doch die Frau *Schmitt Sie hatten es doch so mit dem Herz! gell jetzt ist wieder alles in Ordnung Sie sehen ja gut aus! na das war ja damals schlimm.' da denke ich mir immer 'du blöde Kuh kannst du nicht den Mund halten?'
- I: hm
- E: hoffentlich geht es nicht gleich wieder los! verstehen Sie das?
- I: na dann haben Sie da aber einen bleibenden Eindruck hinterlassen!
- E: ja aber ich habe da nichts erzählt: 'ach wissen Sie ich habe das immer und das ist so'
- I: hm
- E: darüber hat man schon einmal gesprochen und das wissen wussten auch viele Leute aber die Leute sind dumm! die sind blöd!
- I: hm es ist halt eine Sache in die man sich nur schwer hineinversetzen kann wenn man es nicht kennt!
- E: die haben keine Lust darüber zu reden, machen eine dumme Bemerkung weil es jetzt gerade recht lustig ist, also folglich 'was machen Sie jetzt da?' nichts sagst du dann mehr ja?
- I: hm
- E: oder der die waren da auch beim Bus dabei, das sind eigentlich ganz nette Leute und gelegentlich sind wir denen einmal begegnet oder wir haben man hat sich mal im Biergarten getroffen, jedes Mal wenn ich gekommen bin hat das blöde Mannsbild ich mag ihn eigentlich ganz gern immer gesagt 'na was macht denn das Herzchen?' dann habe ich einmal gesagt 'es schlägt noch!'
- I: hm

- E: da hat er mich so blöd angeschaut verstehen Sie was ich meine?
- I: ja da höre ich jetzt heraus dass eigentlich
- E: das ist doch furchtbar:
- I: Ihre Umgebung hat Sie auf diese Sache reduziert: die hat Sie: darauf darüber definiert!
- E: ja! die haben das einer oder zwei einmal mitbekommen und wissen aber weil man darüber geredet dass das eine Geschichte ist die man halt hat!
- I: hm
- E: und ich vergl- ich habe das damals auch ich habe mich dann schon einmal mit jemandem unterhalten und habe das damals gesagt zum Beispiel ich vers- sagen wir einmal zum Beispiel das sind Anfallskrankheiten
- I: hm
- E: so nenne ich das, das ist ja eine Anfallskrankheit! die einfach kommt! oder ja Anfälle sagen wir einmal, weil Krankheit wollen wir mal nicht aber äh das kann man vielleicht vergleichen wenn einer putzmunter klettert macht und hat Asthma und bekommt einen Asthmaanfall
- I: genau
- E: damit muss doch der leben: na glauben Sie ich würde da hingehen jedes Mal wenn ich den treffe und sage `na was macht denn dein Asthma?`
- I: hm
- E: verstehen Sie?
- I: ja also das ist natürlich blöd!
- E: ja? und da habe ich gesagt nein also das das ich habe wir haben uns da mein Mann hat da auch nichts mehr gesagt und das ich muss damit zurechtkommen
- I: hm
- E: wie Sie schon vermuten dass ich ja ich musste einfach!
- I: hm
- E: und ich habe das auch gelassen darüber zu reden weil das ist doch ein Quatsch
- I: hm
- E: oder wenn einer Epileptiker ist der bekommt es heute gibt es doch tolle Medikamente aber der gute Mensch macht auch alle möglichen Sachen, und es kann ihm auch passieren und das sind ja auch so Sachen die so kommen ohne Vorahnung
- I: hm
- E: jetzt wenn ich da in irgendeinem Umfeld im Bekanntenkreis jemanden habe dann sage ich doch nicht `ja hast du schon wieder mal einen Anfall gehabt? was macht denn deine epileptischen Anfälle?` oder so.

- I: hm ja also das wundert mich wenn ich jetzt auch von mir ausgehe
- E: also solche Dinge habe ich erlebt ja?
- I: das habe ich jetzt noch nie erlebt dass da jemand groß danach fragt also ich erlebe das so wie Sie dass es eigentlich den Leuten dann eher fremd ist und die reden nicht darüber weil sie auch nicht wissen was es so genau ist: und ähm ja dann dann halten sie eigentlich eher ihren Schnabel, also da hat mich jetzt noch niemand darauf angesprochen!
- E: ja
- I: kurz noch wie war das mit ihrem Mann vielleicht äh wie hat es sich da ausgewirkt? na ja gut äh es ist einfach so gewesen er war halt viel auch äh ja unterwegs von früh sieben bis abends um fünf sechs und ja gut wenn mir das tagsüber passiert ist war er ja nicht da
- I: hm
- E: und man hat das gelaß- man hat schon einmal gesagt das war wieder oder dies oder das aber ich habe das dann auch nicht gemacht weil ich denke er wollte es auch nicht wissen
- I: hm
- E: oder sagen wir einmal so vielleicht hat es ihn auch belastet und er konnte es nicht verstehen wie äh wieso das kommt und ich wurde dann auch von meinen Eltern oder so dann immer in diese Schublade gesteckt da sind wir wieder bei demselben Punkt 'da wirst du dich wieder aufgeregt haben!'
- I: hm
- E: was die Frau damals gesagt hat mit den Schuldgefühlen
- I: hm
- E: das soll man lassen das ist ganz ganz verkehrt!
- I: hm
- E: und das ich meine äh so viel Geist habe ich selbst dass ich gemerkt habe das was dann zurück- kommt schadet mir nur
- I: hm
- E: 'du wirst dich wieder aufgeregt haben!' 'was hast du denn da wieder gemacht?' und und und und das ist dieses mir dann diese 'du hast selbst Schuld weil: da wirst du wieder hier und da wirst du wieder so!' ja?
- I: hm
- E: ja was will ich denn dann? da muss ich durch! da muss ich durch!
- I: also Sie sind
- E: eine Haushälterin konnte ich mir auch nicht leisten!
- I: hm

- E: da musste ich durch einfach ja? aber wie gesagt ich habe ganz tiefe Punkte gehabt ja? also ganz Tiefpunkte; das habe ich auch vergessen ich habe nach der Kur als ich damals kam haben die mir in der Kur nein nach dem Krankenhaus dringend geraten äh ähm Beruh- also nein wie heißen die? nicht Beruhigungsmittel - - - also nicht Antidepressiva sondern äh
- I: Johanniskraut oder
- E: na ja schon: also ein Medikament der also eine innere Ruhe Ausgeglichenheit und ähm
- I: etwas Stimmungsaufhellendes
- E: und so was ja habe ich also dann das hat mein Arzt aber auch eingesehen und der hat das auch gemacht und das ist dann ab drei vier Jahre also sehen Sie lauter solche Dinge!
- I: hm
- E: dann besser geworden es war einfach eine Spannung da das war ganz wichtig und wir haben und das ich glaube ich habe die drei Jahre genommen weil man dann ja sagt man wird abhängig davon und wir haben das dann ganz: langsam ausschleicherweise wieder gemacht
- I: hm
- E: also wenn man sich da genau danach richtet dann hilft einem das sehr gut!
- I: hm
- E: und man wird auch nicht abhängig! aber man muss äh also ich hatte ich äh ich wollte ja nur dass man mir hilft!
- I: hm
- E: also würde ich nicht ein solches Zeug nehmen ohne genaue Vorschrift oder Kontrolle und das ist ganz wichtig: dabei wenn man jetzt eine Zeit einmal diese Sachen nimmt erholt sich ja der Körper!
- I: hm
- E: ja? und dann kann man es auch wieder ausschleichen! solche Sachen habe ich schon durchge- standen! hoffentlich bin ich jetzt nicht zu sehr ausgeschweifft beim Erzählen! dass Sie eigentlich jetzt Ihre Punkte haben! die Sie möchten!
- I: doch Sie haben sehr ausführlich erzählt das ist richtig aber ähm Zukunftsplanung fällt flach weil das ist ja vorbei es war ja die Episode in Ihrem Leben damals
- E: also Zukunftsplanung ist so wie ich es schon sagte ich hoffe dass jetzt es ist mal ein bisschen mehr Ruhe und ein bisschen mehr Zeit dass man dass alles so läuft wie es läuft und dass man natürlich eine schöne Zeit hat und dann die Sachen die man früher nicht so machen konnte und natürlich aus Zeitmangel auch nicht machen konnte dass man jetzt einmal mehr

ein bisschen sein eigenes Leben führt weil man jetzt mehr Zeit hat und natürlich dass die Gesundheit mitspielt das ist natürlich klar ja?

I: hm

E: und Krankheitsgewinn

I: na da haben wir ja schon darüber geredet dass Sie da eigentlich keinen hatten, sie haben es in Ihr Leben integriert die Krankheit aber es hat Ihnen nichts gebracht also jetzt im Sinne von zum Beispiel einer Frühberentung das wollten Sie ja immer vermeiden zum Beispiel

E: ja also darauf wäre ich ja nie gekommen weil ich habe ja das ist ja auch komisch ich habe ja gerne gearbeitet!

I: hm

E: ich war gerne in der Firma obwohl ich einen Chef als Choleriker gehabt habe der mit Telefonen geworfen hat und so also ich hatte schon immer (Frau E beginnt laut zu lachen) immer solche Sachen aber ich kam mit ihm zurecht wir waren ein Alter ein Jahrgang und also äh ich ich war dann die einige Person auch die ihm dann wenn er sich wieder beruhigt hat mit ihm reden konnte und da hat er schon Stücke drauf gehalten also ich meine ich hatte da schon eine besondere Position und alle jungen Leute mit denen habe ich mich blendend verstanden ich war dann immer so ein bisschen der ausgleichende Pol ich bin da gerne gegangen und das war auch zeitlich so unter den Hut zu bekommen weil ich dann meistens doch um ein Uhr oder so zu Hause war!

I: ja

E: bis auf wenn einmal die Kollegin krank war dann habe ich auch einmal ganztags gearbeitet das habe ich alles gerne gemacht also ich muss ganz ehrlich sagen ich hätte mir das nicht vorstellen können immer zu Hause zu bleiben

I: hm

E: vielleicht habe ich ja auch deshalb gedacht ich muss da durch!

I: hm

E: ich wollte das dann auch gar nicht! aber wie gesagt es war schon sehr sehr schlimm und ich weiß nicht was geworden noch wäre wenn ich dann nicht damals zu den Tabletten gekommen wäre!

I: hm

E: also das waren dann schon Punkte die waren ganz ganz schlimm! also wo man dann wirklich auch nicht mehr gewusst hat wie soll denn das weitergehen?

I: die Betablocker meinen Sie jetzt

- E: ja also wenn man da das ist wie soll das weitergehen? es sind vielleicht auch schon einmal Dinge da gewesen muss ich ehrlich sagen wo man gedacht hat `wenn es immer schlimmer wird und nicht mehr aufhört dann brauche ich auch nicht weiterleben!'
- I: hm
- E: das ist keine Lebensqualität also es waren dann schon äh doch also große Tiefpunkte auch da!
- I: hm
- E: aber das hat mir auch nichts genutzt deswegen musste ich früh auch aufstehen und Frühstück machen und die Kinder fortbringen und und und und!
- I: hm
- E: also damals waren sie ja auch noch zehn elf zwölf ja? oder der *Axel mein Sohn der hat eine Schwäche im Lesen und Schreiben ja der hat mich am Nachmittag immer zu den Hausaufgaben gebraucht und und und, also ich war da immer irgendwie ich musste irgendwie ja?
- I: hm ja gut dann würde ich sagen haben wir die Punkte alle durch mehr oder weniger und ähm da kann man eine sinnvolle Sache daraus machen! ich bedanke mich bei Ihnen!
- E: gut jetzt schauen Sie vielleicht einmal vielleicht können Sie etwas damit anfangen
- I: auf jeden Fall ich bedanke mich bei Ihnen und schalte das Gerät hier aus.

Patient 6 (Frau F)

Interviewbedingungen: Frau F ist Sachbearbeiterin in einem Architekturbüro. Das Interview, das am 01. 11. 2003 in den privaten Räumlichkeiten der Patientin durchgeführt wurde, fand in der Zeit zwischen 15.05 und 15.50 Uhr statt.

Kontaktherstellung: Frau F ist mit dem Interviewer befreundet und ließ sich daher für ein Gespräch gewinnen.

Gesprächsbedingungen: Frau F zeigte sich während des Interviews sehr offen und berichtete über ihre Erfahrungen mit ihren Angstattacken. Dabei deckte sie zusammen mit dem Interviewer ihr bisher unbekanntes Zusammenhänge auf.

Anamnese: Die Patientin ist vierzig Jahre alt und hat drei Kinder, die zwischen 11 und 15 Jahre alt sind. Seit ihrer Scheidung 1992 lebt Frau F allein mit ihren Kindern im Eigenheim. Beide Elternteile sind 69 Jahre alt – das Verhältnis zu ihnen beschreibt die Interviewte als kühl. Ferner hat Frau F fünf Geschwister. 1992 – im Jahr der Scheidung von ihrem Ehemann – beginnt der Leidensweg der Patientin, indem sie anfänglich immer dann Tachykardien und Todesangstgefühle erlebt, bevor sie zu Bett geht. In dieser Zeit fürchtet sich Frau F vor der Dunkelheit und stellt sich immer wieder die Frage, was passiert, wenn sie nachts plötzlich an einem Herzinfarkt sterben würde.

In den folgenden Jahren gehen aus dieser Angst zahlreiche Phobien hervor, die sie vor den Angstanfällen nicht kannte. Interessanterweise deckt das Interview auf, dass die Patientin nicht – wie anfänglich von ihr behauptet – mittlerweile symptomfrei ist, sondern dass die anfänglichen Herzsensationen zu anderen Angst- und Panikattacken geführt haben, unter denen sie heute noch leidet.

Dissertationsrelevante Anamnese: Frau F leidet an einer Herzneurose mit agoraphobischen und klaustrophobischen Tendenzen, organische Befundfreiheit ist gegeben. Frau F eignet sich daher für das vorliegende Forschungsprojekt.

F = interviewter Patient

I = Interviewer

- I: gut also das läuft jetzt auch schon mit dieses Gerät,
- F: ach da oben
- I: das kann ich! dann ausfüllen das ist kein Thema,
- F: hm
- I: also noch einmal offiziell für den Mitschnitt danke dass du mitmachst bei der Studie ähm und ich habe dir ja im Großen und Ganzen umrissen um was es mir geht, vielleicht fängst du einfach an ähm kurz auf den Beginn und die Weiterentwicklung damals mit dieser Krankheit ähm einzugehen und einfach zu erzählen was dir dazu einfällt und dann schwerpunktmäßig auf diese Leitpunkte die jetzt hier im Leitfaden auch da sind einzugehen!
- F: ok also angefangen hat das bei mir damals als äh als ich mich von meinem Mann getrennt habe, ich bin allein erziehend mit drei Kindern und ich habe das irgendwie gemerkt das war kurz nachdem er weg war dass ich nicht jeden Abend aber äh meistens abends wenn die Kinder endlich im Bett waren und ich einmal Zeit und Ruhe hatte mich hinzusetzen und auszuruhen dass ich dann einfach gemerkt habe ich bekomme dieses Herzrasen diese diese Panik ist dann irgendwie in mir aufgestiegen weil ich immer dachte 'was passiert jetzt wenn ich nachts im Bett liege und ich sterbe einfach und meine Kinder sind dann allein?', mein Exfreund wohnt auch in Australien, da ist jetzt auch kein Kontakt mehr da,
- I: hm
- F: und ähm - - ja ich glaube das war einfach diese Angst weil alles von mir abhing die Kinder und ich musste sie auch alleine versorgen ich habe auch keinen Unterhalt bekommen bekomme ich heute auch noch nicht und es ist halt einfach äh es war eine große Belastung; und ähm - - - wenn ich das hatte ich habe mir dann ich bin meistens ins Bett gegangen und habe dann irgendwie gemerkt sobald ich ruhig war nach fünf bis zehn Minuten so kurz vor dem Einschlafen ging das plötzlich los
- I: hm
- F: und ich bin dann in Panik! immer durch die Wohnung gelaufen und habe überlegt wen kann ich jetzt mitten in der Nacht anrufen um Hilfe zu holen, habe dann zum Teil auch schon diese äh diese Notrufnummer angerufen einfach um mit jemandem zu reden und habe mich aber dann während dem Gespräch eigentlich immer wieder beruhigt
- I: hm also du hast da auch angerufen?

- F: habe ich gemacht also so zwei- dreimal habe ich das auf jeden Fall gemacht aber es ging jetzt nie so weit dass da der Notarzt kommen musste
- I: hm
- F: ich habe einmal meine Hausärztin nachts angerufen, die hat mich dann am nächsten Tag war ich dann bei ihr in der Sprechstunde hat sie mir dann Valium verschrieben zur Beruhigung
- I: hm
- F: am nächsten Morgen wenn ich diese Anfälle hatte war eigentlich alles wieder in Ordnung, ich bin dann früh zur Arbeit habe meine Kinder in den Kindergarten gebracht und war den ganzen Tag so abgelenkt und so beschäftigt dass ich eigentlich daran gar nicht mehr gedacht habe
- I: hm
- F: bis dann abends eben wieder der Moment kam wo ich alle im Bett hatte dann wieder Zeit für mich selbst hatte und dann ging dieses Denken einfach dann wieder los und ich habe dann auch irgendwann schon abends wieder daran gedacht 'das kommt jetzt wieder!' und so war es dann meistens auch.
- I: hm - - - - also da wenn ich ganz kurz etwas erklären kann ähm das ist auch ganz typisch die Angst vor der Angst ja? die sich da entwickelt bei diesen Krankheiten, Phobophobie nennt sich das, also wirklich die Panik die man und deswegen wird das ja auch in diese in diese Kategorie eingeordnet äh die Angst dass in bestimmten Situationen diese Symptome kommen kann (Versprecher) und das führt dann eben oft dahin dass die Leute bestimmte Situationen meiden, ins Bett zu gehen kann man nicht vermeiden ja? vielleicht wenn es speziell da aufgetreten ist ist liegt vielleicht der Grund darin dass es bei dir so wenig gestreut hat in die anderen Bereiche¹⁷⁹⁰, aber wenn jetzt so etwas zum Beispiel am Arbeitsplatz auftauchen würde dann kann es wirklich so kommen dass die Leute nicht mehr zur Arbeit gehen weil sie Angst haben dass da wieder diese Panik auch kommt!
- F: hm
- I: ja? also als Erklärung jetzt für dich.
- F: ja also ich muss sagen ich habe dann immer wenn ich ins Bett abends bin und gemerkt habe dass es losgeht, ich habe einfach mein Licht angelassen!
- I: hm
- F: einfach weil ich dachte dann schlafe ich gar nicht ein und dann bekomme ich vielleicht diese Panik auch gar nicht wenn es dann nicht dunkel ist ich habe einfach das Licht

¹⁷⁹⁰ diese Vermutung wird im Laufe des Interviews noch widerlegt

angelassen und habe es dann Stunden später ausgemacht wenn ich dann schon so mehr oder weniger geschlafen habe.

I: hm

F: wie gesagt so im Alltag hat mich das jetzt eigentlich - - nicht verfolgt oder auch bei der Arbeit habe ich nichts gemerkt ich meine ich war dann am nächsten Tag dann immer total müde weil mir natürlich ein paar Stunden Schlaf gefehlt haben aber auf den Beruf hat sich das nicht ausgewirkt.

I: ja das ist ja auch eine Art der Auswirkung wenn du sagst `ja Mensch! ich bin ja eigentlich total nicht fit weil ich heute Nacht jetzt da wieder in der Wohnung unterwegs war mit meinem Herzklopfen', das ist ja schon eine Auswirkung die dann auch wenn das häufiger passiert zu Problemen führen könnte!

F: ja! also wie gesagt das war nicht so nein! das wäre auch gar nicht gegangen ich habe halt immer gedacht ähm ich kann mir da gar nicht erlauben oder gar nicht leisten da irgendwie Rücksicht zu nehmen oder dass ich mich da krankschreiben lassen würde also das wie gesagt war nie der Fall.

I: hm

F: - - - was wollte ich jetzt sagen? - - ich habe jetzt den Faden verloren ich wollte jetzt noch irgendetwas dazu sagen.

I: also der letzte Stand war dass du gemeint hast du ähm hast es dir nicht erlauben können also du hast es im Prinzip so auch im Griff gehabt von deiner Persönlichkeit her dass du dich da nicht völlig hast hineinfallen lassen.

F: genau! das war eigentlich auch gut ja! dass ich die Ablenkung hatte oder auch die Verantwortung dann immer konnte ich mich gar nicht so gehen lassen dass ich jetzt gesagt habe ähm ich hänge da jetzt durch oder ich beschäftige mich auch tagsüber viel damit

I: hm

F: ich war einfach beim Arzt und die haben mich auf meine Schilddrüse wurde untersucht, EKG wurde gemacht, die üblichen Dinge halt

I: hm

F: aber herausgekommen ist dabei nie etwas!

I: beim EKG auch nicht?

F: nein! organisch ist alles in Ordnung!

I: ok!

F: und ich habe auch wirklich ähm immer das Gefühl gehabt dass ich nicht ernst genommen werde beim Arzt!

- I: hm
- F: habe ich wirklich gedacht ich war da einfach gesessen sie hat mir dann mehr oder weniger schon immer das gleiche Medikament aufgeschrieben und das war es eigentlich ansonsten habe ich nicht das Gefühl gehabt; oder dass sie mich einmal überwiesen hätte außer jetzt äh zu dem Radiologen da wegen der Schilddrüse,
- I: hm
- F: - - - also ich bin mir da schon ein bisschen verlassen vorgekommen muss ich ganz ehrlich sagen von meiner Hausärztin!
- I: hm - - und hast du ihr das auch einmal gesagt?
- F: nein nie! so: ein Verhältnis habe ich jetzt zu ihr nicht nein eigentlich weniger
- I: hm
- F: wenn ich zu ihr komme, die weiß nicht einmal den Namen meiner Kinder obwohl wir seit zwölf Jahren bei ihr sind also die muss dann erst immer auf die Karteikarte schauen und ja!
- I: hm
- F: ähm ja - - - weil du das mit dem sozialen Umfeld gesagt hast
- I: ja
- F: ich habe auch eine gute Freundin und die hat mir damals auch angeboten dass ich sie nachts immer anrufen kann wenn ich wieder eine Panikattacke habe und ich muss sagen das hat mich auch beruhigt,
- I: hm
- F: ich habe sie auch nachts einmal angerufen und die kam dann wirklich fünf Minuten später bei mir vorbei ist dann eine Stunde geblieben und hat mit mir geredet und dann ging es mir auch wieder gut, und allein zu wissen das ist jemand an den ich mich wenden kann,
- I: hm
- F: das hat mir damals auch sehr geholfen dass man dann nicht ganz allein und verlassen da ist sondern dass einfach jemand da ist und wenn er nur zuhört oder selbst wenn der nur am Telefon ist weil man dann das Gefühl hat 'wenn ich jetzt umkippe kümmert sich jemand darum!'
- I: hm
- F: es kommt jemand oder es ruft jemand den Arzt oder so
- I: hm
- F: das ist auch eine große Hilfe damals gewesen, ist jetzt auch noch so: ich glaube ich wenn das jetzt hätte ich könnte dort noch immer anrufen!
- I: hm und was also ihr habt da geredet miteinander?

- F: ja und sie hat auch immer gesagt 'soll ich kommen?' also ich weiß jetzt gar nicht wie oft das war, einmal auf jeden Fall, könnte auch zwei- dreimal auch insgesamt gewesen sein so über die Jahre verteilt ich kann es gar nicht mehr genau sagen!
- I: hm
- F: und ähm ja wir haben dann einfach geredet und dann habe ich mich in dem Moment wieder beruhigt bin selbst wieder heruntergekommen; und das war auch so wenn ich jetzt wusste ich habe Tabletten im Haus dann habe ich mich auch sicher gefühlt, wenn ich jetzt wüsste ich habe nichts hier, dann hatte ich auch schon oft bevor ich ins Bett bin bin ich durch die Wohnung gelaufen habe gesucht und gesucht und wusste ich habe nichts mehr da wenn jetzt etwas kommt was mache ich dann?
- I: hm
- F: das war auch noch ein Faktor wo ich immer gesagt habe ich muss schauen dass ich nur zur Sicherheit: etwas in der Tasche habe oder egal ich hätte da auch dieses Diazepan (Versprecher) wieder genommen was ich ja dann zwischendurch dann weggelassen habe aber im Notfall hätte ich das genommen ja?
- I: hm
- F: ja.
- I: also ich denke das sind zwei wesentliche Dinge jetzt schon äh Alltag und soziales Umfeld ähm und da sehe ich jetzt wieder dass es doch irgendwie betroffen ist ja? weil du ja eingangs meintest da wäre eigentlich nicht unbedingt etwas ja?
- F: das war mir gar nicht bewusst!
- I: also dieses äh Verlassen des Hauses mit Tabletten äh das macht jeder! ich habe in meinem Geldbeutel auch immer Tabletten dabei, also keine Diazepam aber Betablocker dass ich nachschießen kann wenn etwas wäre: und ähm das ist eben einfach diese Angstgeschichte wieder ja? Angst! ohne diese Krücke im Leben so wird es öfter genannt aus dem Haus zu gehen!
- F: hm
- I: oder die Freundin war ja auch eine Krücke wenn man es so nimmt!
- F: ja!
- I: gab es da noch irgendwie etwas das dir einfällt zu also mit sozialen Kontakten oder mit Freunden irgendwie? weil du ja am Telefon meintest also da hätte es sich gar nicht ausgewirkt: aber es ist ja eine Auswirkung!
- F: ja das merke ich jetzt erst, das ist mir auch jetzt erst eingefallen, das war mir gar nicht so bewusst ja? - - - nein also könnte ich jetzt nichts sagen, das war also hauptsächlich eine

Freundin die das mitbekommen hat ich meine ich habe es den anderen Freunden erzählt ich habe kein Geheimnis daraus gemacht aus der ganzen Sache!

I: also du bist offen auch im Freundeskreis damit auch umgegangen?

F: ja ich habe da kein Problem damit, also das wissen eigentlich alle meine Freunde, die haben das schon mitbekommen!

I: hm und wie war da die Reaktion? weil du sagtest ja der Arzt der hat eigentlich kein Verständnis dafür!

F: also ich also meine Freunde die waren da schon die haben sich da schon dafür interessiert oder einmal nachgefragt 'na wie geht es dir denn?' oder

I: hm

F: ja aber das war jetzt nicht irgendwie ein abendfüllendes Thema dass man gesagt hat man wälzt da etwas stundenlang darüber, ähm die wussten das und die haben das akzeptiert und da war es war mir nie unangenehm darüber zu reden, es war mir jetzt nie peinlich.

I: hm und ist es einmal also es ist auch nie jetzt in diesem Zusammenhang passiert dass du einmal abends weggehst und dann hattest du einen Anfall und ja dass das jemand mitbekommen hätte: dass jemand direkt dabei war und er dann quasi die Auswirkungen da sieht?

F: nein das war nur eben meine Freundin als die da einmal gekommen ist

I: hm

F: nachts dann als ich den Anfall schon hatte ja?

I: ok

F: aber so direkt, ich habe äh irgendwann einmal vor ein paar Jahren festgestellt dass ich Platzangst habe also das kam dann irgendwie dazu ich weiß nicht ob das damit zusammenhängt in einer Weise!

I: (Interviewer nickt)

F: wirklich jetzt?

I: also es entwickelt sich häufig daraus!

F: weil das habe ich von früher nie: gekannt: das war jetzt vor ungefähr vier fünf Jahren dass ich das gemerkt habe!

I: hm

F: und ich muss sagen das habe ich jetzt auch immer im Kopf wenn ich irgendwo hingehe und ich sehe dass da eine Menschenansammlung ist ähm dann halte ich mich auch fern jetzt einfach schon im Vorfeld - - -

I: mache da weiter das ist interessant!

- F: also ich habe da jetzt eigentlich noch keinen Zusammenhang zu der Krankheit gesehen, aber das war da war ich vor ein paar Jahren abends im im Airport in Würzburg und wir standen da in einer Menschenmenge und irgendwann mir ging es eigentlich gut irgendwann habe ich nur gemerkt es ist alles dicht um mich herum, ich könnte jetzt theoretisch wenn irgendetwas wäre nicht mehr zum Ausgang kommen,
- I: hm
- F: und da habe ich dann auch Panik bekommen also da habe ich dann gedacht ich bekomme keine Luft mehr und ich zerplatze jeden Moment und habe dann wirklich panisch versucht da herauszukommen, habe mich da wirklich so durch die Menge gedrängt,
- I: hm
- F: und seit diesem einen Erlebnis merke ich das immer wieder dass ich das habe - - oder jetzt auch beim Aufzugfahren - - wenn ich sehe ein Aufzug ist voll gehe ich da raus: da habe ich früher nie Probleme mit gehabt!
- I: hm - - ähm war in dem Zusammenhang dann auch irgendwie eine Herzsensation oder war es Allgemeinpanik weil man merkt dann ja häufig 'Mensch jetzt fängt es wieder an zu klopfen!' das geht ja einher, das gehört ja irgendwo zusammen mit der Atemnot dann auch!
- F: ja! ja! - - - das kann ich jetzt so gar nicht sagen, also es war mir nicht bewusst dass ich jetzt da dann so eine Attacke jetzt gehabt hätte, aber ich weiß nur dass ich einfach Panik: habe, also das merke ich auch jetzt noch wenn ich in einer solchen Menge bin!
- I: hm und das war bevor diese Symptomatik mit dem Herz angefangen hat auch nicht der Fall?
- F: hat mir nie: nie: etwas ausgemacht! das ist selbst wenn ich jetzt im Flugzeug sitze dann äh habe ich irgendwie ähm - - ja weiß nicht ob es Platzangst ist aber ich mache mir da auch so Gedanken da habe ich früher nie: darüber nachgedacht, da hatte ich da meinen Platz und bin dagesessen und jetzt denke ich mir so (Frau E wird hektisch) oder im Bus: wenn wir Ausflüge machen mit dem Betrieb ich sitze dann immer an der am äußeren Platz dass ich rauskomm:
- I: merkst du das? das ist die Auswirkung auf auf das Berufsleben!
- F: das ist mir noch nie: bewusst geworden ja, das merke ich jetzt erst! - - - -
- I: hm ähm gab es da wenn man jetzt von dieser Seite herangeht irgendwie einmal ein Ereignis jetzt zum Beispiel jetzt Betriebsausflug? du musst da irgendwo sitzen, das funktioniert nicht, du sitzt jetzt irgendwie mittendrin, dass es da einmal vorgekommen ist, dass dann Kollegen vielleicht einmal 'hm, was ist denn mit der los?' oder so?
- F: also wir hatten vor vier nein Moment das war vor sechs Jahren war das schon das war jetzt kein Betriebsausflug das war ein Ausflug von der Kommunion so Erstkommunion

Kinderausflug – – und da war der Bus war das sehr: voll und ich kam da irgendwie als letzter Passagier rein und musste dann irgendeinen Platz nehmen, hatte dann nur gemerkt der Bus ist überfüllt der war überbesetzt da waren zu viele Kinder dabei,

I: hm

F: und ich habe mir da wirklich kurzfristig überlegt 'ich gehe da raus, ich bleibe zu Hause!' aber das konnte ich natürlich den Kindern nicht antun und ich habe mich dann auf einen Platz gesetzt habe dann einfach geatmet und mich selbst beruhigt und dann ging das auch dann war das kein Problem, und dann waren wir bei auf dem Ausflug äh an einem Salzbergwerk wo man wirklich so in die Tiefe fahren muss, das war bei Weißenburg,

I: hm

F: und auf jeden Fall ich habe mir das wirklich den ganzen Tag überlegt und ich bin dann nicht: hinein weil ich mir ich wusste genau ich bekomme Panik!

I: hm

F: und ich meine das da waren auch einige Leute da die haben dann die haben das dann so als lächerlich abgetan so 'ach komm du wirst doch da keine Angst haben da hineinzugehen!' und ich habe mich da aber wirklich nicht beeindruckt lassen also da bin ich nicht so da stehe ich dann dazu dass ich da Angst habe und es ist mir dann auch gleich was andere Leute da denken also da mache ich mir jetzt keinen Kopf!

I: hm

F: ja aber das ist erst seit ein paar Jahren; oder Tropfsteinhöhle da haben wir auch einmal einen Ausflug gemacht und da bin ich auch nicht mitgegangen einfach weil ich dachte falls ich Panik bekomme vermeide ich es lieber ganz.

I: hm das heißt ähm und da sind wir jetzt genau an dem Punkt an dem die Frage die mich immer interessiert ist, was macht die Krankheit aus deinem Leben?

F: es schränkt ein: das stimmt!

I: und zwar was ich jetzt hier notiert habe ähm im Prinzip hauptsächlich den Freizeitbereich ja? viele Dinge werden gemieden,

F: hm

I: es sei denn du du musst: sie tun jetzt mit dieser Busgeschichte wo dann das mit deinen Kindern einfach nicht anders gegangen wäre, aber ansonsten wo du Vermeidungsverhalten zeigen kannst: tust du es in solchen Extremdingen: wie Salzbergwerk oder Tropfsteinhöhle!

F: oder Konzerte: mit den Kindern war ich auf einem Popkonzert vor zwei Jahren war das glaube ich – – und die wollten immer vorne stehen das war // ein Kinderstar und meine Tochter wollte unbedingt vorne stehen und ich habe es aber dann selbst ihr: nicht erlaubt weil

ich weiß dass ich Angst habe und ich habe mir dann natürlich auch um sie Sorgen gemacht und ich habe dann gesagt `nein du bleibst bei mir!' wir waren ziemlich weit hinten und ich habe sie dann halt immer hochgehoben dass sie etwas sehen aber wir sind nicht vor in die Menge gegangen und wie gesagt ich habe es ihr auch nicht erlaubt!

I: hm

F: einfach weil ich persönlich Angst habe.

I: das heißt auch in im familiären Bereich,

F: offensichtlich:

I: im Prinzip Einschränkungen die da vorhanden sind!

F: hm

I: mache da einfach wenn dir da noch etwas einfällt weiter weil da entwickeln sich jetzt diese ganzen Dinge ja? die ja irgendwie passieren aber die bei dir wohl die ganze Zeit nicht so präsent sind oder nicht im Zusammenhang jetzt mit dieser Herzsymptomatik da aufgetaucht sind.

F: hm da fällt mir jetzt spontan nichts mehr ein also - - -

I: Konzert, dann diese Ausflüge, ganz banale Dinge wie Busf- also banal in Anführungszeichen!

F: also U-Bahn würde ich jetzt nicht mehr fahren! das hat mir früher wenn ich da jetzt in London irgendwie war oder in München hat mir das auch nichts gemacht aber so etwas würde ich sagen - - da hätte ich jetzt auch Angst einfach weil es runtergeht weil man dieses Engegefühl dann wieder bekommt!

I: hm - - - - ähm - - wenn man das jetzt übergeordnet nimmt finde ich kann man sagen dass die allgemeine Lebensführung ja dann wirklich in diesen ganzen verschiedenen Bereichen schon eingeschränkt ist ja? da fällt ja eine ganze Menge weg!

F: hm

I: wenn ich den Leuten erklären muss ich gehe lieber in den zwanzigsten Stock zu Fuß, ich verzichte auf Urlaub von mir aus weil ich nicht ins Flugzeug kann, wie ist es da? kannst du das? oder hast du das im Griff?

F: ähm ich habe: es gemacht ich bin trotzdem geflogen weil ich einfach mir denke da muss ich drüberstehen,

I: hm

F: also so ganz: wie gesagt mache Sachen kann man einfach nicht weglassen oder so weit möchte ich dann auch nicht gehen!

I: hm

- F: und da überwinde ich mich dann!
- I: hm Überwindung gut!
- F: ja das geht dann schon - - -
- I: weil viele Betroffene da eben dem Ganzen nachgeben und die fallen dann da hinein und da geht dann gar nichts mehr ja? diese Angst die streut in verschiedene Bereiche hinein und irgendwann verlassen die das Haus nicht mehr also was dann da so beginnt mit irgendwie ich habe Angst vor Menschenansammlungen oder so das kann im Extremfall sich auf andere Dinge noch auswirken dass dann gar nichts mehr geht, aber das ist bei dir dann nicht so?
- F: so extrem ist es nicht!
- I: ja!
- F: also ich war das war jetzt so der letzte das letzte Mal das mir so einfällt da waren wir letztes Jahr einmal auf einem Konzert in Aschaffenburg auch ich mit meinen Freunden so sechs oder so acht waren wir glaube ich,
- I: ja
- F: und die gehen alle da rein: in diese Halle und ich laufe noch so ein kleines Stück laufe ich noch mit und sehe auf einmal so ähm hinter mir ist alles dicht, ich schaue auch immer wo die Ausgänge sind wenn ich irgendein Gebäude betrete,
- I: hm
- F: und ich habe dann wirklich gesagt 'geht ihr weiter ich komme dann irgendwann später!' und ich war das war im April glaube ich es war ziemlich kühl noch ich war dann wirklich den ganzen Abend also zum Großteil am Eingang gestanden während meine Freunde drinnen waren und getanzt haben und ihren Spaß hatten und ich bin dann erst vor an den Tisch als es sich so langsam geleert hatte! im Nachhinein habe ich mir gedacht 'mein Gott bin ich blöd:' die hatten einen tollen Abend und ich habe gefroren die meiste Zeit aber ich konnte mich da nicht durchringen dazu.
- I: hm und was haben die Freunde dann dazu gesagt?
- F: die haben versucht mich zu überreden weil nachvollziehen kann es niemand!
- I: nur der der auch davon betroffen ist!
- F: ganz genau: jemand der selbst das Problem hat der versteht sofort was es ist aber ein anderer Mensch der lächelt halt ein bisschen darüber!
- I: hm - - - - ok sehr interessant was da alles herauskommt, also wir haben jetzt ähm - - - Beginn haben wir Weiterentwicklung bis zum aktuellen Stand ja?
- F: hm

- I: also das ist ja aktuell jetzt davon übrig geblieben oder momentan immer noch so latent vorhanden; Alltag haben wir; beim Beruf war wohl nicht so die Auswirkung vorhanden zumindest wenn nicht gerade ein Betriebsausflug war (Frau F und der Interviewer lachen); wie ist es denn wenn du so in diese in diese äh du arbeitest ja im Büro auch kommst da hinein und weißt da mu- da kann ich jetzt die nächsten acht Stunden nicht weg: also wenn jemand extrem von dieser Sache betroffen ist könnte man ja annehmen
- F: ich habe Tabletten in meiner Schublade:
- I: ok
- F: also die habe ich seit meinem ersten Arbeitstag glaube ich da habe ich die Medikamente sofort mitgenommen und da ist immer etwas also wenn einmal etwas wäre ist etwas da;
- I: hm
- F: ich habe eine Weile das fällt mir jetzt auch gerade ein habe ich mir Johanniskraut mitgenommen weil ich dachte zur Beruhigung
- I: hm
- F: weil ich hatte schon so Stresssituationen bei der Arbeit - - ich weiß jetzt nicht ob es in Bezug äh darauf ist aber ich habe mir dann wirklich gedacht damit ich diese nervöse Phase oder diese Panik nicht bekomme ich habe habe mir dieses Johanniskraut gekauft ich meine es hat nie etwas geholfen es nicht nie etwas bewirkt ja?
- I: hm
- F: aber ich dachte `och das ist besser als gar nichts, nehme ich es einfach einmal.'
- I: hm ok! aber ich denke das Thema Arbeit kann man dann damit auch wirklich abhaken!
- F: ja eigentlich schon also da habe ich kein Problem nein, das wirkt sich da jetzt meiner: Meinung nach nicht aus!
- I: hm - - dann soziales Umfeld Freizeit haben wir dass da einige Dinge
- F: ich habe eine bestimmte Zeit Angst gehabt Sport zu machen ja? wegen meinem Herzen!
- I: hm
- F: und ich mache eigentlich seit acht Jahren bin ich im Fitnesscenter und mache das sehr gerne aber ich habe mich eine Weile dann einfach nicht mehr getraut - - weil ich mir immer dachte oder das habe ich auch jetzt manchmal noch wenn ich irgendwie mit Hanteln arbeite dass ich dann so Stol- so Herzstolpern: habe und ich habe ich bekomme dann auch Angst in dem Moment und denke mir oh: ich glaube ich kippe jetzt gleich um
- I: hm
- F: und dann bin ich tot und das war es dann!

- I: hm -- also ist dann wirklich da die Angst auch davor da ähm an einem Herzinfarkt zum Beispiel zu sterben?
- F: ja: ich war immer der Meinung ich habe einen Herzfehler
- I: hm
- F: und nachdem mein Vater auch Probleme hat mit dem Herzen ich dachte das habe ich halt irgendwie von ihm geerbt, aber wie gesagt ich bin untersucht worden und ich war auch beim Kardiologen schon und es ist alles in Ordnung!
- I: und beim Vater war es aber auch nicht organisch? oder war es da organisch?
- F: doch bei ihm war das organisch
- I: organisch
- F: ja und deswegen war ich eben der Meinung ich muss da auch etwas haben aber wie gesagt jeder Arzt sagt mir ich bin kerngesund und dann gehe ich davon aus dass das auch so ist, und das ist dann auch eine Beruhigung für mich gewesen als der mir das gesagt hat ja? als mir wirklich dann nicht der Hausarzt nur gesagt hat eigentlich habe ich kein Problem sondern auch der Kardiologe dann noch gesagt hat 'also wirklich organisch ist da nichts!' und das war dann für mich eine Beruhigung und ich habe dann wirklich eine Weile wenn ich diese Anfälle wieder hatte habe ich mir dann gesagt 'es ist nur psychisch, bleib ruhig!'
- I: hm also die Einsicht war da!
- F: da ging es mir dann besser ja? da habe ich dann eine Weile auch keine Tabletten genommen:
- I: hm ähm welche Tabletten sind denn das, sind das dann nicht die Diazepam?
- F: ich habe die noch also die habe ich noch einfach so
- I: aus Sicherheitsgründen
- F: ja: ach was habe ich denn da noch das war -- -- -- äh / pflanzliche eigentlich mehr so pflanzliche
- I: aber Beruhigungsgeschichten
- F: Beruhigungstabletten genau:
- I: ok die auf das vegetative Nervensystem irgendwie wirken sollen
- F: genau.
- I: hm also was mir hier jetzt gerade wieder ins Auge springt ist diese Angst vor dem Herzinfarkt weil das ist ein Punkt der eigentlich immer an erster Stelle genannt wird wenn es um diese Krankheit Herzneurose oder Herzangst oder Herzphobie da gibt es verschiedene Namen geht dass der Patient also da wirklich äh oft die Angst hat oder eigentlich immer die

Angst hat herzkrank zu sein beziehungsweise an einem Herzinfarkt oder Herztod wie auch immer sterben zu können.

F: kann das einen Herzinfarkt auch verursachen? - - - oh sage es mir jetzt lieber nicht sonst bekomme ich gleich wieder die Panik wahrscheinlich liege ich dann heute Abend in meinem Bett

I: also ich glaube da kann ich eher beruhigend auf dich auf dich jetzt einwirken und sagen ähm dass laut Statistik Herzangstpatienten eine höhere Lebenserwartung haben und zwar allein deswegen weil sie ihr Herz immer so im Mittelpunkt haben das heißt

F: weil man sich mehr schont

I: Schonverhalten: ganz genau: das ist ein g- Schon- und Vermeidungsverhalten du sagst ja auch: kein Sport mehr, wenn jemand keinen Sport mehr macht oder so dann nimmt ja die Herzmuskelmasse auch wieder ab.

F: ich mache jetzt wieder Sport: ganz aktiv!

I: hm

F: also ich bin da jetzt wieder voll dabei!

I: hm und die Angst hast du da dann auch im Griff oder die ist dann nicht mehr da?

F: die habe ich im Griff nein, ich mache jetzt auch Spinning seit zwei Jahren und ich weiß nicht ob du das kennst

I: nein der Name sagt mir etwas aber

F: Fahrradfahren so ein Kurs mit Fahrradfahren mit sehr schnellem Fahrradfahren und wo dein Puls eben auch hochgeht

I: ja

F: und da hatte ich du hast auch immer einen Pulsmesser an der / ja?

I: ja!

F: und da hatte ich am Anfang auch immer richtig Angst wenn ich gesehen habe mein Puls geht jetzt auf die neunzig Prozent du hast da eine Liste damit du weißt für welches Alter wie weit du hochgehen kannst, da hatte ich auch immer Angst und die anderen Leute haben mich dann schon immer ausgelacht weil ich immer gesagt habe `nein so hoch will ich nicht so hoch gehe ich nicht ich fahre halt langsamer!' aber mittlerweile mache ich das auch also ich komme damit auch gut zurecht jetzt aber da hatte ich am Anfang auch Angst ja!

I: hm

F: konnte niemand verstehen! - - -

I: ja wie gesagt das können die Leute verstehen die das haben

F: hm

- I: aber andere Leute die können es nicht äh - - - wie ist es denn mit der mit der Zukunftsplanung damals gewesen wenn man das jetzt alles so zusammennimmt also es war ja schon so wenn ich dich richtig verstanden habe dass wohl sehr viel geprägt war von dieser Angst, Sport Ausflüge Konzerte mit den Kindern es war ja doch recht viel ähm wie sah das denn damals für dich aus wie hast du darüber gedacht wie soll das weitergehen oder so?
- F: also ich habe eine langfristige Zukunftsplanung habe ich eigentlich nie gemacht ich habe eigentlich immer nur geschaut von einem zum anderen Tag zu kommen
- I: hm
- F: jetzt gerade mit den Kindern ich weiß nicht ob du dir das vorstellen kannst wie das so ist mit drei kleinen Kindern die waren damals wie alt waren die denn? vier? - - - *Martina und *Nico waren glaube ich drei oder vier als wir uns getrennt haben und der *Markus war noch ein Steppke der konnte gerade laufen ja?
- I: hm
- F: also ein oder zwei Jahre war der und ich habe da wirklich nur von Tag zu Tag gelebt also ich habe mir da so langfristige Pläne gar nicht gemacht - - das sieht jetzt vielleicht wieder anders aus aber damals nein.
- I: würdest du es damit in Verbindung bringen mit der Krankheit oder war das eine allgemeinere Einstellung?
- F: ich glaube das war eine allgemein - - -
- I: hm
- F: aber ich habe mir damals wirklich immer Gedanken gemacht was ist jetzt wenn ich sterbe wenn ich nachts dann in meinem Bett liege und einfach sterbe und dann meine Kinder? vor allem die waren noch klein ich habe mir überlegt 'Mensch die können nicht einmal telefonieren wenn was ist!' da macht man sich wirklich so banale Gedanken dann auch ja?
- I: hm
- F: was ist jetzt wenn die früh aufwachen und ich liege tot im Bett, an wen sollen die sich wenden?
- I: hm
- F: die rennen auf die Straße oder einfach solche Sachen dann auch und wer kümmert sich dann um sie?
- I: hast du die Sache irgendwie an die Kinder weitergegeben?
- F: nein!
- I: also wirklich immer nur für dich auch behalten?
- F: ja!

- I: ok - - weil das wäre die Frage jetzt gewesen, das wäre auch auch noch einmal eine familiäre Auswirkung gewesen dass du dann
- F: da wollte ich ihnen keine Angst machen!
- I: hm ja das war sicherlich dann auch besser so!
- F: ja weil du das hätte sie auch belastet das wäre nichts gewesen!
- I: und wie haben sie das erlebt so `nein ins Konzert gehen wir nicht!' oder `wir gehen nicht dahin wo du jetzt hinwillst!'
- F: na die waren stinksauer! ich habe halt einfach gesagt das ist gefährlich, was da alles passieren kann!
- I: hm
- F: ich habe jetzt nicht gesagt dass ich da jetzt Platzangst habe ich habe nur gesagt ja Mensch die drücken dich dahin du fällst in Ohnmacht und liegst dann am Boden und alle laufen auf dir herum also ich habe einfach versucht das einfach so äh vernunftmäßig zu erklären ich habe jetzt nicht gesagt dass ich Platzangst habe weil ich möchte ihnen damit ja auch keine Angst einreden, ich möchte ja nicht dass sie die gleiche Angst bekommen wie ich!
- I: hm
- F: und ich denke wenn ich ihnen das so so darstelle als ob das jetzt eine normale Sache ist was es ja meiner Meinung nach nicht ist dann nehmen die das auch an:
- I: hm
- F: das ist so wie wenn du Angst vor Hunden hast ///// oder Angst vor Spinnen dann haben die Kinder auch Angst vor Spinnen weil die das so sehen!
- I: hm
- F: und ich glaube dass das mit der Platzangst dann irgendwann auch so wäre!
- I: also mit der Herzneurose das kann durchaus weitergegeben werden ja? weil wenn die Kinder das so sehen so ist die Angstbewältigung der Mutter: dann ja?
- F: also ich meine jetzt wo du das sagst - - das kann aber auch von meinem Vater kommen weil der auch mit seinem Herzen der ist immer sehr beschäftigt der hat auch schon einen Herzinfarkt vor Jahren und der redet auch viel darüber also das würde ich jetzt nicht machen aber der erzählt jedem sein Problem und der läuft immer so herum (Frau F hält sich beide Hände ans Herz)!
- I: ach Gott!
- F: ja ja, ganz leidend und und - - da muss ich sagen da merke ich dann oft dass jetzt mein Sohn der *Nico der große Sohn zu mir herkommt und sagt `oh Mama mein Herz sticht schon die ganze Zeit ich glaube wir müssen mal zum Arzt!'

- I: hm
- F: und ich dann `Mensch *Nico mache dir keine Gedanken du bist im Wachstum das kann viele Ursachen haben, wir gehen einmal!` und dann ist es auch wieder vorbei!
- I: hm
- F: und da denke ich mir dann die bekommen die Angst auch mit ja? und das ist jetzt für mich jetzt eigentlich noch mehr ein Grund das von den Kindern ein bisschen fern zu halten.
- I: hm - - - das habe ich auch noch nie gehört dass die Angst: des herzorganisch kranken Opas sich auf den Enkel überträgt!
- F: ja weil er es täglich hört: wenn wir hingehen also es kann auch ehrlich gesagt schon keiner mehr hören ja?
- I: hm
- F: deshalb behalte ich solche Sachen lieber für mich als dass ich da jedem mein Problemchen da erzähle weil das nervt irgendwann auch wenn da jemand immer nur von seinen Problemen oder seinen Krankheiten erzählt also das möchte ich nicht!
- I: hm
- F: ja aber ich glaube dass das beim *Nico jetzt damit zusammenhängt weil ich glaube nicht ich kann mir nicht vorstellen dass er einen Herzfehler hat es wäre das wäre ja schon einmal festgestellt worden ja? ich glaube das ist einfach vom Hirn dann auch kommt!
- I: ja gerade wenn du so diese Geste machst und er sieht das auch
- F: ja:
- I: wie er sich da immer das Herz hält also das klar dann denkt man `oh Gott es kann jeden treffen`, kann es ja auch aber
- F: eben, und ich meine es hat jeder einmal Herzstechen!
- I: ja
- F: also bei jedem stolpert es einmal irgendwie aber der ma- du brichst dann irgendwie in Panik aus wenn du jemanden kennst der damit ein Problem hat und der das so aufbauscht dann
- I: hm
- F: ist das für dich dann auch so schlimm und deswegen denke ich mir einfach ähm das halte ich von ihnen fern!
- I: hm
- F: möchte ich schon, sie wissen glaube ich dass ich das Problem habe - - doch ich gehe davon aus dass sie das wissen wir haben da schon lange nicht mehr darüber gesprochen aber das war nie ein Thema, die haben es schon mitbekommen doch weil ich halt damals auch ziemlich

viel beim Arzt war oder mit dem EKG ich hatte ja auch schon über Nacht ein EKG und das haben sie schon mitbekommen

I: hm

F: aber ich habe das nie zum zum großen Thema eben gemacht ja?

I: hm

F: dass sie das so in allen Einzelheiten wissen - -

I: das finde ich gut also das wirklich auch zu trennen oder so im Griff zu haben wenn es einem möglich ist dass man das dann von der Familie irgendwo auch ein bisschen fern hält.

F: ja muss man glaube ich auch machen.

I: hm

F: doch - - -

I: ja: das was übrig bleibt im Moment ich weiß jetzt nicht wie das damals in dieser Zeit war du sagst ja du warst getrennt:

F: hm

I: da hat es ja angefangen ja? ähm wie es jetzt aktuell aussieht mit Partnerschaft bei dir ob du eine hast oder

F: ich habe keinen festen Partner

I: ja

F: und ich habe jetzt einfach festgestellt dass ähm seitdem ich jetzt wieder mehr weggehe und einfach - - aktiver bin in meiner Freizeit geht es mir einfach besser auch

I: hm

F: ich habe jetzt auch diese diese Attacken schon lange nicht mehr gehabt also - - ich könnte jetzt gar nicht sagen wann es das letzte Mal war - - weil ich halt jetzt einfach ähm ja einfach anders lebe!

I: hm

F: - - - damals war einfach diese ganze Verantwortung im Mittelpunkt und jetzt verteilt sich das so langsam, die Kinder werden älter und die sind selbstständiger und ich ich bin nicht mehr hundertprozentig für alles verantwortlich,

I: hm

F: und ich glaube dass das wirklich ähm damit zu tun hat einfach diese Entlastung jetzt auch!

I: hm das kann natürlich sein; also um noch einmal auf den Partner zu kommen also da gab es nie eine Episode wo ein Partner davon betroffen war? weil es damals keinen gab und aktuell keinen gibt,

F: nein

- I: und ok alles klar dann haben wir das auch! ja vielleicht am Schluss noch beziehungsweise was heißt am Schluss, wenn dir natürlich noch etwas einfällt kannst du das alles noch sagen, aber mit diesem Krankheitsgewinn: has- würdest du sagen dass es irgendetwas gegeben hat was so als Nutzen des Ganzen - - - gesehen werden könnte?:? entweder damals in der Zeit oder jetzt aktuell aus dem Rückblick
- F: nein - - - wüsste ich jetzt nichts also etwas Positives sehe ich darin nicht nein!
- I: hm nichts Positives
- F: nein sehe ich wirklich nicht, vielleicht dass man wirklich bewusster lebt - - -
- I: hm - - -
- F: aber ansonsten - - - nein kann ich jetzt nichts sagen!
- I: hm also würdest du sagen die Sache war ähm eigentlich im Großen und Ganzen eine einschränkende Geschichte die dich in deiner Lebensführung behindert hat letztlich?
- F: mehr oder weniger schon ja! macht sie eigentlich immer noch, das war mir nie bewusst ja?
- I: also was du jetzt meinst ist
- F: mit den Phobien auch so: - - - dass die zusammenhängen ich meine auf die Idee wäre ich jetzt eigentlich nie gekommen ja?
- I: ich meine gut man müsste natürlich einmal genauer nachsehen indem man da mal ganz tief hineingeht inwiefern ist da ein Zusammenhang da: aber es gibt ja auch den Begriff der Herzphobie: ja? also das ist auch ein gängiger Begriff
- F: aber die Angst davor
- I: ein Synonym die (Versprecher) entweder die Angst davor eben diese Anfälle zu bekommen und in: diesen: Anfällen und vielleicht ist ja da die Verbindung sind diese Symptomatiken oft da
- F: hm
- I: Klaustrophobie also Platzangst oder die Angst das Haus zu verlassen die Menschenmengen und dann kann sich so etwas vielleicht irgendwie abspalten und ist dann hinterher als eigene Angst da das ist eben diese Streuungsgeschichte ja?
- F: hm
- I: ausgehend von diesem ausgehend von diesem ersten Initialerlebnis da!
- F: hm
- I: also das kenne ich von mir ja auch so dass ähm am Anfang eben dieses Herzrasen war unabhängig von allen Sachen ich habe ja früher auch alles gemacht ja?
- F: hm

- I: ähm und dann dann kam das zum ersten Mal vor sieben Jahren und dann irgendwie hat sich da eine ganze Menge daraus entwickelt, und weil du vorhin sagtest diese Geschichte mit dem Bus oder mit dem Fliegen das ist bei mir auch so, also ich hatte auch eine Zeit in der ich dann mir überlegt hatte fahre ich mit der Straßenbahn weil ich zwischen zwei Stationen nicht aussteigen kann! wenn ich wieder diesen Anfall habe was ist dann?
- F: ich würde jetzt auch nicht mehr mit dem öffentlichen Bus fahren so wie ich früher
- I: so! da haben wir wieder eine aktuelle Sache!
- F: ich bin früher so zur Arbeit gefahren oder zur Schule gefahren und ich weiß noch da bist du oft hineingeschoben: worden und hinter dir ging die Türe zu und du hast dich so angelehnt weil sonst – – äh du konntest gar nicht selbstständig stehen weil es so voll war
- I: genau!
- F: das würde ich jetzt nie: machen ich hätte wahrscheinlich jetzt ein Problem wenn ich jetzt in einer Stadt wohnen würde, jetzt fahre ich halt mit dem Auto zur Arbeit ja?
- I: auf dem Land da geht das ja!
- F: auf dem Land geht das aber wenn du in der Stadt wärst also ich wüsste jetzt nicht wie ich das machen sollte ja? würde wahrscheinlich auch mit dem Auto fahren ja!
- I: oder eben laufen ja? also ich kenne das dann von mir dass ich durch die ganze Stadt gelaufen bin
- F: ja wenn du die Möglichkeit hast!
- I: ich bin zwei Stunden früher losgegangen dass ich irgendwann einmal angekommen bin!
- F: Wahnsinn! (Frau F lacht) aber ich glaube aber ich kann es verstehen ich würde das auch so machen!
- I: ja! und das kommt dann natürlich schon meiner Meinung nach ursächlich von dieser Sache weil wenn man vorher nie Platzangst hatte oder so woher soll es denn kommen?
- F: früher: wir waren im Auto auf den total überfüllten Autos waren wir gesessen du weißt schon mit fünf sechs Leuten haben die Türe geschlossen und waren so dagesessen, würde ich nie: mehr: machen! da wenn ich d- der Gedanke allein macht mich schon fertig oder wenn ich so etwas im Fernsehen sehe so Thomas Gottschalk so Wetten Dass? oder so etwas wenn die sich alle in ein Auto quetschen oder in eine Telefonzelle war das einmal
- I: oder in der Sendung! ist ja vergleichbar mit einem Konzert!
- F: ja genau wobei es da geordneter ist das geht noch, aber ich hätte dann auch ähm ich müsste dann auch wissen wie ich schnell herauskomme ich würde dann sofort schauen wo ist der Ausgang?
- I: also immer die Möglichkeit der Flucht!

- F: der Flucht genau!
- I: gut und ich glaube das ist jetzt ein Punkt der den man wirklich so als Basis zu Grunde legen kann weil der betrifft ja das Leben dann immer
- F: hm
- I: ja? also korrigiere mich wenn ich es falsch sehe aber so is- also so verstehe ich es jetzt im Moment weil egal was du machst im Job in der Fr- im Privatleben in der Familie im Urlaub bei allem was du machst wo
- F: du hast es im Hinterkopf!
- I: du hast es im Prinzip permanent im Kopf und hast immer die Sorge darum wie komme ich aus irgendeiner Situation heraus?
- F: hm das stimmt das ist schon das ist wirklich immer da der Gedanke
- I: hm - - - möchtest du noch irgendetwas sagen weil ich habe im Moment so ein bisschen das Gefühl jetzt haben wir eigentlich alle Bereiche zumindest angerissen
- F: hm
- I: und ich finde es interessant gerade auch mit dir: weil du ja im ersten Telefonat gemeint hast 'nein da ist eigentlich gar keine Einschränkung!'
- F: der Meinung war ich auch immer!
- I: gemeinsam eigentlich müsste ich mich ja zurückhalten in diesen Interviews aber ich finde jetzt dadurch dass wir da wirklich auch einmal darüber geredet haben ist da eine ganze Menge ans Licht gekommen!
- F: hm ja viele Sachen waren mir eigentlich gar nicht bewusst!
- I: ja
- F: überhaupt nicht oder ich habe auch noch nie so intensiv darüber nachgedacht sagen wir es einmal so aber ich wäre da auch gar nicht ähm - - darauf gekommen dass ich eingeschränkt bin hätte ich nie gedacht!
- I: hm
- F: jetzt sehe ich das schon!
- I: hm - - - so fällt dir noch irgendetwas ein also das finde ich eine gute ein gutes Ergebnis jetzt hier für uns beide zumindest dass du da eben sagst 'Mensch ich sehe das jetzt mit ganz anderen Augen' ja? es war doch eine Einschränkung!
- F: ja sehe ich jetzt auch so - - - ich finde es einfach interessant wenn man jetzt dasitzt und darüber redet was da einem wirklich selbst so alles einfällt was man nie: damit in in Bezug gebracht hätte ja?

- I: hm das ist ja auch Sinn dieser Methode in der ich mich ja eigentlich zurückhalten müsste dass durch dieses Erzählen eine Struktur hergestellt wird weil du natürlich dann darüber nachdenken musst und auf diese ganzen Verknüpfungen dann vielleicht auch kommst
- F: hm
- I: idealerweise, ich funke jetzt einfach deswegen oft dazwischen weil ich selbst ja auch betroffen bin und deswegen das auch sehe: diese Verknüpfungen ja? ich kenne das ja von mir und deswegen äh sage ich da immer etwas dazu aber eigentlich müsste das der Proband selbst: entwickeln aber
- F: ist aber auch schwierig ist schwierig muss ich sagen doch! ich brauche da immer so ein bisschen den Anstoß!
- I: also du nimmst es mir nicht krumm?
- F: nein: nein: nein: ich bin dir dankbar! ich bin dir echt dankbar dafür! ein kleiner Anstoß hilft ungemein; und ich finde das jetzt richtig gut einmal mit jemanden zu reden der das auch versteht und der Ahnung davon hat und du bist ja auch selbst betroffen und das ist irgendwie völlig anders! die anderen Leute ich meine hören mir zu aber da da kommt einfach nie etwas zurück ja?
- I: hm
- F: ich finde das echt interessant ja!
- I: er versteht es einfach nicht
- F: ja
- I: weil Medizin heißt ja immer da wenn etwas krank ist dann muss man das auch sehen können
- F: genau
- I: und es ist einfach eine psychosomatische Geschichte die durch diese Trennungskonflikte übrigens ausgelöst wird häufig also entweder Scheidung oder Tod oder was weiß ich ähm und da sind bei dir ja auch so gewisse Statuspassagen ja?
- F: ich weiß nicht, kann das auch mit Kaffee zum Beispiel jetzt zusammenhängen? dass es wirklich diese Ursache hat?
- I: es gibt ein anderes Synonym dafür das ist die Diagnose die ich eigentlich habe nämlich hyperkinetisches Herzsyndrom das ist im Prinzip ja ein medizinischer Begriff der eben davon ausgeht der diese ganze Psychosomatik ausblendet und sagt derjenige reagiert ähm empfindlicher auf äh Stressoren chemischer Art also Adrenalin Koffein Nikotin also das stelle ich bei mir schon fest das ist bei mir auch der Fall wenn ich viel Kaffee trinke oder viel geraucht habe dann schlägt mein Herz sowieso generell schneller ja? das kann schon sein!

- F: und auch lauter! ich merke das wenn ich viel rauche aber das hängt damit ///// heute Morgen habe ich das gemerkt!
- I: und ähm der springende Punkt ist aber einfach dass sich dann bei uns da etwas entwickelt hat weil noch andere Dinge dazugekommen sind einfach ja?
- F: hm
- I: also jetzt diese Trennungsgeschichten zum Beispiel und dann ist vielleicht im ungünstigen Moment
- F: das verstärkt einfach alles ja?
- I: ja genau ganz genau! es gibt viele Leute die diese Extrasystolen haben dieses diesen Stolperer diesen Extrastolperer die nehmen das wahr und ja Gott die machen sich da gar nichts aber bei Leuten wie uns die da sensibler sind
- F: also ich habe jahrelang nur koffeinfreien Kaffee getrunken, jetzt wo es mir wieder besser geht oder
- I: deswegen:?
- F: ja!
- I: ja da haben wir ja noch eine Einschränkung!
- F: (Frau F lacht) da siehst du mal wegen dem Kaffee haben sie mich alle ausgelacht wenn ich den im Café getrunken habe irgendwo! und jetzt seit einem Jahr trinke ich jetzt wieder Espresso Cappuccino das habe ich mir jahrelang verkniffen obwohl ich das so gerne mag ja?
- I: und mit dem Rauchen?
- F: ja na gut ich habe nie: sehr stark geraucht das war jetzt nicht, ich rauche jetzt viel wenn ich ausgehe so wie jetzt gestern Abend zum Beispiel da wache ich früh auf und da da schlägt mein Herz schwerer das merke ich dann ja?
- I: ja!
- F: da geht es einem allgemein nicht gut aber da musste ich mich eigentlich noch nie einschränken weil ich sowieso während der Woche nicht rauche also da habe ich keine Rücksicht genommen!
- I: also eher der Kaffee bei dir
- F: Kaffee also wirklich ich habe äh oder wenn wir am Nachmittag zum Kaffeetrinken eingeladen waren ich habe mir dann wirklich einen Tee gekocht oder habe mir ein Wasser eingeschenkt weil ich Angst davor hatte dass nachts wieder etwas kommt!
- I: hm
- F: ich habe mir das verkniffen!
- I: und kam da eine Reaktion vom Umfeld?

- F: ja wie gesagt mit dem koffeinfreien Kaffee da haben sie mich ausgelacht
- I: ausgelacht
- F: ja
- I: wieder dieses Unverständnis genau! - - -
- F: ja
- I: noch irgendetwas? oder
- F: du wenn wir noch länger sitzen was mir noch alles einfällt!
- I: ja es kommt so langsam ja?
- F: ja ja ja! das ist Wahnsinn echt!
- I: oft sind es so diese Kleinigkeiten jetzt so mit dem Kaffee auch ja? und da denkt: niemand: dran
- F: weil es Nebensächlichkeiten irgendwo sind ja?
- I: ja ja! ich meine es gibt gravierendere Dinge als Angst zu haben einen Kaffee zu trinken weil dann das Herz wieder schneller schlägt ja? ähm also was weiß ich wenn jetzt jemand äh selbstständig ist und oft mit dem Flugzeug durch die Welt fliegen muss und kann das dann nicht mehr das ist sicherlich schlimmer: objektiv aber trotzdem ist das Kaffeetrinken-Können oder Nicht-Kaffeetrinken-Können eine Einschränkung!
- F: das ist eine Einschränkung! - - - ja - - - -
- I: also ich kann dir gerade noch einmal sagen was wir haben - - - also der Beginn eben mit dieser Geschichte abends dann die Hausärztin ähm die konntest du anrufen obwohl die nie so das Verständnis hatte, deine Freundin die dir sehr geholfen hat die für dich da war, dann die Krücke im Alltag mit den Tabletten in der Handtasche und im Büro, dann der Freundeskreis weiß darüber Bescheid die akzeptieren es auch aber lächeln auch irgendwie gelegentlich einmal darüber, ein wichtiger Punkt ist die Einschränkung mit der Klaustro- und Agoraphobie also dass du da bestimmte Situationen meidest das habe ich mir notiert - - - dann die Sache mit dem Sport dass du da lange Zeit wirklich Angst hattest es zu bekommen, die Zukunftsplanung damals von Tag zu Tag gelebt schon auch immer ein bisschen Angst was passiert wenn, ähm - - - das waren eigentlich die und dass die Verantwortung so der Schlüssel anscheinend für diese Herzangst auch war, die Verantwortung die du damals alleine tragen musstest
- F: so würde ich es sagen ja!
- I: hm
- F: weil es ja zu dieser Zeit eigentlich auch losging das hatte ich ja vorher nie!
- I: hm also aus heiterem Himmel auch

F: ja!

I: hm - - -

E: ich würde es sagen doch dass es daher kommt!

I: hm gut wenn dir jetzt aktuell nichts mehr einfällt würde ich sagen dass wir jetzt einmal die Aufnahme hier stoppen wir haben also fünfundvierzig Minuten und ähm wenn dir noch irgendetwas einfallen sollte du hast meine Telefonnummer dann können wir da auch jederzeit telefonieren

F: die habe ich ok.

I: gut dann schalte ich jetzt ab.

Patient 7 (Frau G)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Frau G fand am 03. 11. 2003 zwischen 11.30 und 12.15 Uhr in den Räumlichkeiten der medizinischen Poliklinik Würzburg im Anschluss an ein psychologisches Gespräch zwischen Patientin und behandelndem Psychologen statt.

Kontaktherstellung: Der Kontakt mit Frau G wurde über Diplom-Psychologe Bornhauser hergestellt, bei dem sich Frau G zum Zeitpunkt des Interviews in Behandlung befindet. Der Kontakt zu Herrn Bornhauser wurde über Prof. Csef hergestellt.

Gesprächsbedingungen: Frau G war zunächst wenig motiviert, an der Studie teilzunehmen, weil sie dachte, sie müsse mehrmals zu Interviewterminen erscheinen. Nach der Klärung der tatsächlichen Vorgehensweise willigte die Patientin schließlich ein, das Interview mit dem Interviewer zu führen. Beim Gespräch zeigte sich klar, dass Frau G massiv unter ihrer Herzangst und an Depressionen leidet. Dennoch war Frau G froh, über ihre Erkrankung sprechen zu können und ernst genommen zu werden.

Anamnese: Die Patientin ist 64 Jahre alt und arbeitete ihr Leben lang mit ihrem Ehemann zusammen in der eigenen Landwirtschaft sowie als Hausfrau, befindet sich aber zum Zeitpunkt des Interviews am Übergang in den Ruhestand. Die Patientin hat vier erwachsene Kinder, der Ehemann ist an Leukämie erkrankt.

Frau G leidet an einer organischen Herzerkrankung, aus der sich ein Herzangst-Syndrom entwickelt hat, das die Patientin deutlich in ihrer Lebensführung einschränkt.

Dissertationsrelevante Diagnose: Frau G leidet an einer Herzangst und ist daher für das vorliegende Forschungsprojekt geeignet.

G = interviewter Patient

I = Interviewer

I: also es geht einfach darum dass Sie ähm versuchen einmal so ein bisschen in Worte zu fassen ähm wie es mit dieser Herzangst angefangen hat ja? Sie haben ja vermutlich so ungefähr einen Zeitpunkt im Kopf wann es begonnen hat vor zehn Jahren vor fünf Jahren; dann wie sich diese Sache weiterentwickelt hat so ein paar Stichpunkte einfach; und dann ja wie hat sich die Krankheit auf die verschiedenen Lebensbereiche bei Ihnen ausgewirkt was hat quasi diese Krankheit aus Ihrem Leben gemacht? weil mich interessiert wie die Patienten mit dieser Krankheit leben nicht wie sie therapiert werden welche Medikamente sie nehmen sondern wie sie mit dieser Sache umgehen; vielleicht können Sie da einfach einmal ein paar Aussagen dazu machen.

G: es ist eigentlich so schwer Beginn!

I: hm

G: festgestellt ist das ungefähr - - vor acht Jahren ist das festgestellt worden

I: hm

G: und vor fünf Jahren hatte ich dann einen - - also dass ich eine ich hatte hatte immer so Herzstolpern f-, ich hatte immer so Herzstolpern und Herzrasen und und bin dann daraufhin zu meinem Hausarzt - - und habe gesagt ich möchte einmal zu einem Kardiologen - - und äh wegen meinem Herz weil das plötzlich immer das Rasen beginnt und kein Grund eigentlich da und so

I: hm

G: und dann hat er mich zum K- bin ich zum Kardiologen der hatte dann eine Ultraschall gemacht dann hat er eine Herzklappenverengung

I: hm

G: er hat das anders genannt

I: das ist nicht so wichtig

G: eine Herzklappenver- festgestellt und diese Herzrhythmusstörungen

I: hm

G: und dann dadurch hat er gesagt - - - und dann bin ich dann habe ich ein ein Medikament bekommen - - und das hat dann ein paar Jahre gut getan und dann bin ich - - - psychisch und körperlich in in Stress hineingeraten

I: hm

G: wir hatten dann unser Haus umgebaut, der Sohn vielmehr hat das geplant und ich war einfach -
- dann da betätigt oder habe halt da äh mich fest eingesetzt und nach ein paar Wochen war ich
aber - - - ich hatte aber vorher schon ein Jahr in dem es mir gar nicht gut ging, ob das jetzt
vom Herz war oder psychisch, das Haus war leer und - - ich glaube es war dann mehr eine
psychische Schwäche und das Herz halt auch dazu - - und dann bin ich - - irgendwann so vor
fünf Jahren war das zusammengebrochen

I: hm

G: also bin bewusstlos geworden und bin dann in *Bad Mergentheim war das da habe ich da hatte
ich meine Schwester besucht bin ich dann ins Krankenhaus eingeliefert worden - - und - - ich
habe da meinen Herzpass gezeigt und dann haben die - - halt äh daraufhin weitere Unter-
suchungen gemacht - - die haben mich dann erst einmal drei Wochen in deren Ding also in dem
Krankenhaus war ich dann drei Wochen gelegen, die haben da Herzecho gemacht und und halt
was man - - und Langzeit-EKG und - - dann haben sie mich auf nach *Bad Staffelstein ge-
schickt - - - und die haben dann einen Herzkatheter - - geschoben und haben dann - - - - also
das äh dass die Herzklappe halt diese Verengung hat und - - - aber so `es ist noch nicht reif
zum Operieren´ haben sie so haben sie sich ausgedrückt (Versprecher)

I: hm

G: also ausge- ausge-

I: ausgedrückt

G: ausge- ausgetan also

I: hm

G: und äh `das macht man jetzt noch nicht da gibt man jetzt noch Medikamente und das ///// wird
noch nicht operiert.´ ausgereift haben sie gesagt genau!

I: hm

G: und jetzt b- haben sie mich dann nach Hause geschickt von *Bad Mergentheim - - dann war ich
vier Wochen zu Hause - - die Herzrhythmusstörungen sind immer wieder gekommen und auch
diese diese Schwäche war ich ich war zu schwach irgendeinen Tag so durchzustehen das war für
mich eine Qual!

I: hm

G: psychisch und vom Herz her auch!

I: hm

G: und im Nov- im Oktober Ende Oktober bin ich dann zu Hause wieder zusammengebrochen und
dann haben sie - - bin ich wieder ins Krankenhaus gekommen mit mit dem Krankenwagen

- I: hm
- G: ins *Missionsärztliche Institut, und da war dieser Professor jetzt weiß ich nicht mehr seinen Namen - - und der hat mich dann dann war die da ein paar Wochen dort, dann haben die all-sämtliche Untersuchungen noch einmal gemacht - - - das Herzecho das das die haben mir dann auch gleich Markumar gegeben und mich zum Neurologen geschickt
- I: hm
- G: und der hat mir dann eine weil ich Depressionen auch hatte
- I: hm
- G: der hat mich dann zum - - - der hat mir dann auch so ein Medikament gegeben aber ich - - - ich habe äh - - zum Schluss erst haben sie gesagt ich werde operiert und zum Schluss hat er sich dann also haben sie mir ein paar Medikamente mehr gegeben hatte ich haben sie mir dann mehr Herzmedikamente verschrieben und das Markumar - - - und nach vier oder fünf Wochen haben sie mich dann wieder entlassen und jetzt - - soll ich also mit der mit diesen Medikamenten soll einfach langsam machen haben sie zu mir gesagt!
- I: hm
- G: ich weiß was ich habe und ich soll mir einfach so viel zumuten wie ich denke 'das kannst du!' und wenn ich merke dann soll ich halt aufhören!
- I: hm
- G: dass es nicht zu viel wird
- I: hm
- G: ja und da habe ich fast zwei Jahre also war ich schon - - sehr schlapp
- I: hm
- G: und nicht viel nur meinen Haushalt einigermaßen gemacht und mehr nicht - - - und
- I: war das dann auch so im Rahmen dieser Herzangst also da hat sich ja auch eine Angst bei Ihnen dann äh entwickelt ja? dass da etwas passieren könnte: jetzt aufgrund dieser organischen Erkrankung die Sie da ja haben oder hatten
- G: hm
- I: wie hat denn diese Angst sich in Ihren Alltag hinein ausgewirkt? gerade haben Sie schon gesagt Sie waren ziemlich schlapp: und hatten da vielleicht auch Probleme bestimmte Dinge zu machen, wie hat es sich denn konkret bemerkbar gemacht? also waren Sie jetzt sehr eingeschränkt zum Beispiel?
- G: von daher die ersten zwei Jahre ja!
- I: hm

- G: ich habe äh lange gebraucht bis ich Fuß gefasst habe bis ich dann einigermaßen mich wieder - - alleine aus dem Haus getraut habe
- I: hm
- G: oder überhaupt getraut habe
- I: hm
- G: weil die irgendwie - - wenn das Herz das Rasen angefangen hat dann war immer die Angst gleich da 'hoffentlich falle ich jetzt wieder nicht um!'
- I: hm
- G: dass das durchhält
- I: ja
- G: und das waren schon zwei harte Jahre ja!
- I: hm
- G: aber dann - - - ist es ich habe immer immer wieder einmal so ein - - wie so ein Aussetzer gehabt!
- I: hm
- G: so einen ganz kurzen Aussetzer! und das ist noch immer so in mir drinnen, wenn es mir irgendwie dann ein bisschen schwindelig oder Herzrasen dann bekomme dann kommt die Angst weil das damals eigentlich schnell gegangen ist das war mir ist immer schlecht geworden ganz kurz und dann bin ich umgefallen - - und und diese Angst mit dieser Angst äh habe ich lebe ich ja heute auch noch!
- I: hm und das ist genau dieser interessante Punkt oder für diese Arbeit wichtige Punkt dass Sie einfach da schildern wie sich diese Angst in den verschiedenen Bereichen also Alltag ich weiß jetzt nicht inwiefern Sie berufstätig waren oder sind
- G: Hausfrau
- I: Hausfrau gut dann ist Ihr Beruf im familiären Umfeld einfach ja? wie es sich in diesen Bereichen ausgewirkt hat weil ich kann mir gut vorstellen dass diese Angst: äh vor diesem Umfallen: oder vor diesen Herzsensationen
- G: hm
- I: ja eine ganz massive Behinderung auch sein kann: dass die Sie: in Ihrem Alltag in Ihrer ganzen Lebensführung beeinträchtigt!
- G: ja!
- I: wenn Sie da vielleicht einfach noch einmal kurz nachdenken was Ihnen dazu
- G: noch einfällt

- I: ja! genau da sind wir nämlich genau an diesem Punkt, also Sie sagten gerade zum Beispiel Sie hatten zeitweise dann Angst oder haben die vielleicht auch heute noch irgendwo hinzugehen
- G: ja
- I: alleine irgendwo hinzugehen ja?
- G: ja
- I: weil sie da Angst haben da könnte etwas passieren!
- G: ja
- I: gibt es da noch weitere Beispiele? oder wie wie wie erleben Sie so etwas dann? diese Einschränkungen dass Sie da irgendwo nicht hinkönnen zum Einkaufen zum Beispiel?
- G: - - - - was soll ich denn da jetzt sagen?
- I: oder ist es zum Beispiel jetzt einfach der Wunsch oder die Pflicht: auch Sie müssen jetzt einkaufen weil keine Lebensmittel mehr zu Hause sind und Sie trauen sich aber jetzt nicht in den Supermarkt zu gehen, handelt es sich um solche Dinge zum Beispiel?
- G: früher war das so!
- I: früher war das so!
- G: also vor und jetzt bekomme ich Herzstolpern oder Herzrasen - - äh bekomme ich auch ganz äh unverhofft, ich sitze jetzt noch ruhig da und ganz plötzlich fängt es an, wenn ich das dem Herzarzt sage dann sagt der 'das ist ganz normal bei die bei Ihrer Krankheit.'
- I: ja
- G: und dann wieder ist sind das und wieder an- und dann sagen sie aber wieder ich hätte Panikattacken das sind Panikattacken!
- I: hm
- G: im Unterbewusstsein: hat mir einmal jemand gesagt: weil ich kann ja das nicht steuern, ich gehe von zu Hause weg habe das nicht: bin irgendwo bekomme plötzlich Herzstolpern oder Herzrasen - - könnte aber jetzt im Moment gar keinen Grund sagen
- I: hm
- G: warum - - - und und dann die Angst 'hoffentlich falle ich jetzt nicht um!'
- I: ja und wie wirkt sich das: aus auf Ihre Lebensführung? - - das schränkt Sie ja ein!
- G: das schränkt mich ganz viel ein!
- I: genau
- G: und das macht mir auch Angst - - wenn ich jetzt äh etwas wenn ich jetzt nur in den Edeka-Laden gehe dann ist die Angst nicht so groß aber wenn ich jetzt weiter wegginge dann

schränkt überlege ich mir das schon, das - - am Anfang war das so dass ich fast nicht aus dem Haus herausgegangen bin

I: hm

G: und jetzt ist es halt so ich traue mich in die Rhön: zum Beispiel oder in den Spess- in den Steigerwald mal

I: hm

G: das geht auch aber weiter im Moment noch nicht:

I: hm

G: also die ganzen Jahre war ich nicht mehr im Urlaub oder so

I: hm wegen dieser Angst?

G: ja: - - und - - und weil ich einfach manchmal dann - - solche Phasen habe oder auch Tage habe an denen ich einfach so erschöpft bin!

I: hm

G: und - - - und und und äh dann dann - - wie andere Leute sagen sie sie machen dann ich traue mich dann auch nicht auf einen Ausflug mitzugehen weil das ist die Zeit ist mir zu lange!

I: hm

G: ich kann nur kurzfristig etwas planen!

I: ja

G: wenn ich - - - wenn ich jetzt ich ich gehe weder bei einem Ausflug mit weder noch zu auf Urlaub: obwohl ich es gerne tun würde

I: hm

G: oder was mache ich denn noch nicht? also irgendetwas was länger dauert: da bin ich einfach überfordert;

I: hm wie ist es denn jetzt mit solchen Sachen weil wir jetzt gerade im Freizeitbereich sind zum Beispiel ähm ein Kinobesuch, das ist natürlich auch eine Frage des Interesses aber alleine jetzt die Überlegung in einen Kinosaal zu gehen, wäre das auch ein Problem?

G: ja manchmal - -

I: schon auch hm

G: oder wenn jetzt eine Beerdigung ist - - und da sind also wir haben eine kleine Kirche - - und ich weiß jetzt schon vorher da ist die ganze Kirche so voll: - - - und dann bleibe ich lieber weg weil ich ja weil weil weil ich dann diese Herzrhythmusstörungen sind dann so schlimm dass ich dann dass dann die Angst kommt 'jetzt hältst du nicht durch!'

I: und dann müssten Sie quasi im Extremfall dann sogar gehen!

- G: ja:
- I: und das ist natürlich oder man denkt: das sieht blöd aus wenn wenn man während einer Beerdigung einfach geht!
- G: ja! das ist das drückt sich sogar im wenn ich jetzt - - äh sagen wir einmal beim Gottesdienst wenn ich in den Gottesdienst gehe wo ich wo ich jetzt mich meistens setzen kann
- I: hm
- G: dann ist schon für mich eine Erleichterung, aber wenn ich frei stehe und ich bekomme dieses Herzrasen dann fangen die Beine das Wackeln an
- I: hm
- G: und und dann dann bekomme ich meis- wie so ein bisschen einen kleinen Kipper und dann auf einmal geht das wieder zurück:
- I: hm
- G: das steigert sich und dann geht - - -
- I: wird es wieder besser
- G: und da habe ich einmal äh vor vier Jahren eine Entspannungsding mitgemacht so bei ich war vor vor dem Herrn Bornhausen (Versprecher) schon einmal bei einem Psychologen und der hat der hat mir dann einmal ein paar Atem- ein paar Stunden so Entspannungsübungen äh gelernt also er selbst nicht er hat da jemanden gehabt
- I: hm
- G: und da habe ich dann das Atmen ein bisschen gelernt wie in so einer Situation dann ich jetzt auf die Atmung gleich achten soll
- I: ja
- G: tief durchschnaufen und wenn ich jetzt in so eine Situation komme denke ich sofort an (Frau G schnauft tief) mache ich sofort (Frau G atmet tief aus)
- I: hm
- G: bleibe ich stehen und mache ein paar so richtige Atemzüge oder mal eine feste Faust
- I: hm
- G: mache ich oft: in der Kirche:
- I: ja
- G: bin ich verkrampft auf einmal dreht sich alles, dann mache ich meine Faust und schnaufe, manchmal rennt das Herz dann noch ein bisschen weiter aber dann auf einmal klingt es wieder ab!
- I: hm also es hilft dann schon auch was Sie da zumindest gelegentlich was Sie da erlernt haben ja?

- G: ja!
- I: das ist ja eine schöne Sache!
- G: das das hat mir jetzt die letzten Jahre setze ich das oft ein und habe es - - - und das wäre sogar für mich einmal gut mal noch einmal so etwas entweder auf Kur oder was so etwas noch einmal mitzumachen! dass mir das ein bisschen die Entspannung das ein bisschen mehr
- I: hm
- G: - - - - äh besser vielleicht noch in den Griff bekomme - - - und jetzt das letzte Mal als ich beim Herarzt war hat der zu mir gesagt man dürfte wieder einmal einen Katheter schieben aber ich weiß nicht, wann er es machen will nächstes Jahr oder wann!
- I: hm
- G: ein bisschen wäre es wieder also haben sie gesagt bei zunehmendem Alter dass es wahrscheinlich auf mich zukommt aber und dann haben sie wieder gesagt 'das muss aber nicht sein, es kann auch stehen bleiben!'
- I: hm
- G: also mit dieser Krankheit muss ich leben und - - und äh und bin sehr eingeschränkt also von daher von der Angst: und von allem.
- I: wie ist es denn mit Ihrem Mann und dem sozialen Umfeld, von mir aus dem Freundeskreis, ist da auch ist es da auch ähnlich so dass sich da eine Einschränkung abzeichnet? weil wenn Sie zum Beispiel sagen man kann auf keinen Ausflug mitgehen, irgendwann kann ich mir vorstellen sagt das Umfeld das soziale Umfeld 'ah komisch!' ja?
- G: ja!
- I: und 'da halten wir vielleicht Abstand!' wie erleben Sie das denn? wie ist es denn da? - - also sowohl mit Freunden als auch mit Ihrem Mann zum Beispiel.
- G: - - - mein Mann selbst - - - der hat eigentlich Einsicht
- I: hm
- G: er ist ein Typ der sagt 'wenn man nicht kann dann bleiben wir halt zu Hause!'
- I: hm
- G: obwohl er auch gerne - - - mal wegginge, aber jetzt im Moment ist er ja selbst die letzten Jahre schon so mit dem der hat ja diese Leukämie da!
- I: hm!
- G: und von daher gesehen hat er jetzt eigentlich auch mehr mit sich zu tun, also es ist jetzt meine Krankheit ist jetzt ein bisschen - - -
- I: in den Hintergrund getreten
- G: ja: er ist jetzt er ist jetzt der der krank ist, die ganze Zeit war es umgekehrt

- I: hm
- G: obwohl es ihm: besser geht als mir: psychisch
- I: hm
- G: er hat diese Attacken nicht und er ginge auch bei einem Ausflug mit oder er ginge auch einmal ein paar Tage in den Urlaub!
- I: ja
- G: - - - das würde er machen wenn also im Moment halt ja?
- I: hm
- G: jetzt im Mai August hat er ja noch Chemo bekommen und hat da war es dann sowieso nichts, aber jetzt im Herbst wollte uns die Schwägerin ein paar Tage mitnehmen und er hat dann gesagt 'ja ich ginge mit aber du!' und ich habe - - - ich kann zum Beispiel wenn ich jetzt mein Zimmer nicht kenne ich kann nicht nicht in Räume die eine Schräge haben!
- I: hm
- G: darin schlafen: ich gehe rein und schnaufe schon falsch, das Dach ist schräg und oder das Zimmer ist schräg da da bilde ich mir schon ein da bekomme ich keine Luft!
- I: hm
- G: oder wenn ich jetzt über einen freien Raum will freien Platz dann gehe ich nicht - - äh mittendurch dann gehe ich außen herum weil ich immer das Gefühl habe wenn ich jetzt mittendurch gehe dann schwanke ich dann werde ich so taumelig und bekomme solches Herzrasen:
- I: hm
- G: obwohl ich es - - - mit dem Entspannungsatmen da schon manchmal schaffe, manchmal probiere ich es trotzdem
- I: hm
- G: aber solange ich über den Platz laufe denke ich nur an meine Atmung!
- I: hm
- G: wenn ich dann ziemlich drüben bin dann denke ich 'ja jetzt hast du es doch geschafft!'
- I: hm
- G: muss mich dann sofort: konzentrieren 'jetzt musst du fest durchatmen!'
- I: hm
- G: dieses Taumeln ob das das ist mehr psychisch das das mit dem Herz zusammenhängt, das Herz rast ja dann wenn ich taumelig bin!
- I: hm das ist letztlich eine Agoraphobie den Namen kennen Sie sicher auch diese Platzangst!
- G: ja

- I: Angst vor engen Räumen und auch Angst vor großen Plätzen!
- G: ja!
- I: und bei Ihnen einfach auf das Herz bezogen, das ist also eine Sache die sehr viele Menschen haben ja?
- G: hm
- I: ich weiß nicht inwiefern Sie Herr Bornhauser darüber aufgeklärt hat aber das ist eine Sache die kommt sehr häufig vor, da sind Sie also kein Einzelfall und deswegen untersuche ich das auch ja? weil ich einfach wissen möchte wie denn der Alltag: von solchen Patienten aussieht, man sagt immer nur dieses oder jenes wird da äh erlebt oder empfunden aber Sie schildern das ja sehr eindrucksvoll: und da sind Sie jetzt die äh siebte Patientin die mir das so eindrucksvoll schildert ähm wie sehr so etwas einschränkend in das Leben sich auswirken kann; wie ist es denn um noch einmal kurz hierauf zu kommen auf das soziale Umfeld: jetzt haben Sie von Ihrem Mann haben Sie erzählt dass der sich ganz gut damit arrangieren kann dass aber jetzt auch er: mit seiner Erkrankung einfach momentan im Vordergrund steht
- G: hm
- I: ähm wie ist es denn mit Ihrem Umfeld: kann das etwas damit anfangen oder eher nicht?
- G: ich nein ich zeige es ja meinen also mein Sohn ist jetzt ein Jahr wieder eingezogen ein Jahr ist es jetzt schon her
- I: ja
- G: sieben Jahre waren sie fort, und dann haben wir vier Jahre umgebaut und jetzt ist er seit einem Jahr da, aber die bekommen das nicht so mit!
- I: hm also Sie verschweigen das dann auch sozusagen
- G: ja!
- I: hm
- G: es ist auch so schwer mit ihnen darüber zu spr- reden die haben dann vielleicht - - Angst wo meine ich halt dass sie dann nicht immer Angst wegen mir haben müssen oder ich kann das ihnen nicht so schildern wie ich Ihnen das jetzt erzähle!
- I: ja
- G: sie wissen zwar dass ich Angst habe in den Urlaub zu gehen, die haben mir dieses Jahr ich bin vierundsechzig geworden eine Reise geschenkt auf die Insel Mainau weil sie genau wissen
- I: schön!
- G: ja schön sagen Sie: weil sie genau wissen (Frau G lacht) ich habe Angst und da wollten sie mir das schenken dass ich dann einmal muss!

- I: ja
- G: als es so weit war habe ich abgesagt bin nicht gegangen!
- I: hm
- G: ich hätte mit dem Bus fahren müssen, wenn mein Mann jetzt gesund gewesen wäre und er wäre auch mit beim Bus aber er hätte selbst fahren können, wir hätten einfach gekonnt wenn wir gewollt hätten
- I: hm
- G: und wenn ich unten gewesen wäre hätte ich vielleicht mein Zimmer dann selbst aussuchen können und so war das ja alles organisiert!
- I: hm
- G: ich habe vier Wochen lang nur mit Angst gelebt zuletzt bin ich habe ich dann habe ich eine äh Muskelzerrung bekommen in meinem Fuß und das waren Schmerzen: ich konnte mich weder setzen noch laufen nur gerade hinlegen und das hat drei Wochen gedauert dann habe ich gesagt `nein!`, habe ich jetzt die Muskelzerrung bekommen wegen - - - wegen dem Ding, auf jeden Fall habe ich dann abgesagt!
- I: und haben dann quasi die Muskelzerrung als Vorwand genommen?
- G: ja!
- I: um das dann auch offiziell erklären zu können!
- G: ja!
- I: hm
- G: wenn ich das wieder das war über Nacht war das wirklich: da: ich konnte mich über Nacht nicht mehr setzen und laufen!
- I: hm
- G: und bis ich zum Arzt gekommen bin das waren Schmerzen: ich habe gedacht ich springe zum Auto hinaus!
- I: hm
- G: und das hat gut zwei Wochen gedauert!
- I: hm
- G: und so vier Wochen später wäre diese (Versprecher) Ausflug gewesen und da habe ich gesagt `das kann ich ja wieder bekommen!` es hat sich auch immer noch einmal bemerkbar gemacht aber - - ich habe dann abgesagt und da: sind die Einschränkungen; oder ich kann auch nicht wie andere Leute in meinem Alter die können schaffen: sagen wir einmal wenn ich jetzt früh meine Hausarbeit mache und koche dann brauche ich - - eine Stunde oder zwei Stunden meine Ruhe also diese Ruhepausen: die muss ich laufend haben!

- I: hm
- G: weil mein Körper ist dann so abgeschafft dass ich – – dass ich dann äh noch taumeliger bin und noch mehr Herzrasen habe und wenn ich mich dann wenn ich dann mich wieder entspannen kann oder ausruhen ein bisschen dann geht es wieder besser, also ich bin immer – – sagen wir einmal ein bisschen am am Arbeiten und dann wieder am Ausruhen!
- I: hm
- G: Ruhepausen und das muss immerzu
- I: hm also haben Sie quasi in Ihrem Arbeitsleben weil Hausfrau ist ja Ihr Beruf!
- G: hm
- I: auch: massive Einschränkungen
- G: ja!
- I: Sie können nicht sagen `ich putze jetzt einmal acht Stunden Fenster am Stück!`
- G: nein!
- I: das ganze Haus das geht nicht!
- G: oder wenn ich sauge: irgendwelche das ist so anstrengend: für mich das Saugen!
- I: hm
- G: dass ich dann zehn Minuten mich hinsetze; oder jetzt bei dieser Wärme: da habe ich nachmittags gar nichts mehr gearbeitet!
- I: im Sommer meinen Sie jetzt?
- G: ja! als es so warm war! da habe ich fröhs die wichtigste Arbeit gemacht und am Nachmittag war ich entweder war ich vor dem Fernseher oder ich habe gelesen oder herumgelegen!
- I: hm aber keine anstrengenden Arbeiten und Hauptsache nicht vor die Türe!
- G: ja!
- I: jetzt haben Sie gesagt Ihre Kinder Kinder: haben Sie glaube ich, mehrere
- G: ja!
- I: ähm also die wissen es nicht:
- G: nein!
- I: wie ist es denn mit Ihrem anderen Umfeld? Nachbarn Freunde ist das da bekannt oder ist es da auch so dass Sie sagen `ich halte das eigentlich eher für mich zurück!`?
- G: ja das halte ich zurück!
- I: hm da haben Sie auch Angst dass die das vielleicht nicht verstehen würden!
- G: ja genau!
- I: hm

- G: würden sie auch nicht! wenn ich jetzt das jemandem so schildere - - - ich kann das wenigen Leuten sagen eine Freundin habe ich mit der kann ich ein bisschen manchmal darüber sprechen aber die hat dann immer noch mehr als ich dann bin ich schon wieder ruhig, obwohl die von früh; dann sage ich immer zu ihr `wenn du: früh: um sieben Uhr bis nachts um zehn Uhr arbeiten kannst an einem: Stück: dann brauchst du nicht zu jammern!` sage ich zu ihr!
- I: hm
- G: ja sie kann sich nicht hinlegen: dann sage ich zu ihr `wenn ich ich muss: sonst ich muss: mich hinlegen oft sonst halte ich es nicht durch!`
- I: hm
- G: aber mit der einen Frau rede ich manchmal darüber und die weiß auch ein bisschen von meiner Angst und so - - - aber // das Umfeld weiß nichts davon so!
- I: würden Sie sagen dass Sie da vielleicht sogar ähm Ihr Umfeld selbst einschränken oder dass Sie sagen `eigentlich möchte ich jetzt gar nicht so viele Kontakte nach außen weil ich komme ja dann sonst immer wieder in diese Erlärungsnot!`?
- G: ja das stimmt, eigentlich will ich das gar nicht!
- I: Sie wollen es nicht? Sie sagen dann eher lieber also so empfinde ich es im Moment in der Stimmung dass Sie einfach dann sagen `ok, dann bleibe ich doch lieber alleine für mich dann muss ich es den Leuten schon nicht erklären!`
- G: ja!
- I: ja hm also so ist es?
- G: ja!
- I: ja
- G: und wenn ich manchmal eingeladen werde oder äh manchmal hat man das Gefühl wie jetzt in dieser Woche waren wir im Altenheim haben eine Tante besucht und will ich aber schon wochenlang machen und immer - - - war ich habe ich nicht die Kraft bekommen dass ich gesagt habe `jetzt machen wir es!`
- I: hm
- G: einmal war ich müde und einmal war es mir nicht gut und dann ja dann hast du wirklich keine Zeit gehabt - - und mehrere Termine an einem Tag: wenn ich weiß genau wenn ich in ein Altenheim gehe dann ist der Tag schon gelaufen oder wenn ich jetzt zum Einkaufen gehe mache ich halt früh meine Arbeit dann gehe ich einkaufen und dann ist der Tag vorbei
- I: hm
- G: weil weil ich nicht mehr schaffe!

- I: hm
- G: von meiner Kraft her!
- I: ja!
- G: und so war das dann jetzt war ich am Freitag waren wir dann in dem Altenheim ja und dann bin ich -- aber so geschafft dass ich dann nichts mehr: schaffe!
- I: hm
- G: --- ich wollte aber eigentlich eine andere Sache damit sagen, wochenlang ist das vorher schon geplant gewesen und bis das dann endlich einmal klappt
- I: hm
- G: und dann -- //
- I: hm das sind immer sehr lange Planungsphasen die dann wahrscheinlich immer mit massiver Angst erfüllt sind auch ja?
- G: ja!
- I: und wie ist es denn dann bezüglich Ihrer Zukunftsplanung wenn Sie, ich meine das ist natürlich immer jetzt dann schwierig ähm so etwas so etwas vorwegzunehmen aber was würden Sie sich denn wünschen oder wie sehen Sie in der Hinsicht was diese Angst: betrifft Ihre Zukunft?
- G: ich würde mir wünschen -- -- einmal ganz normal wie jeder andere Mensch -- -- einen Urlaub zu machen
- I: hm
- G: und wenn es auch kurzfristig also ein kurzer Urlaub wäre!
- I: hm
- G: oder einmal eben einen Ausflug machen oder -- einfach -- -- wenn man bei Leuten ist oder was bei -- -- so wenn so eine Feier: ist dass es einem da gut geht und nicht denkt und nicht so so taumelig dasitzt und denkt 'hoffentlich ist das jetzt bald vorbei!' dass es einem dann wieder besser geht!
- I: hm
- G: weil manchmal musst du dich ja so -- anstrengen dass du wirklich sagst ich weiß einmal war ich auf einem Geburtstag da war ich dagesessen zwei Stunden und bin nicht aufgestanden aber ich konnte fast nicht mehr sitzen bleiben und als ich zu Hause war habe ich gesagt 'ich möchte wirklich nicht mehr auf der Welt sein!' da gehst du zu Freunden zu einer Geburtstagsfeier und sitzt nur dort und und es geht dir so schlecht dort
- I: hm

- G: das wäre mein Wunsch wenn man mehr wenn man dass ich das einmal mehr - - - nicht mehr so hätte: oder dass mir das besser gelingt!
- I: hm also Sie meinen im Prinzip Sie Sie haben so wie ich das höre keine großen Ansprüche, Sie möchten einfach ganz: normal: das ganz normale Leben
- G: ja:
- I: ohne Angst leben können?
- G: ja: und ähm wenn ich jetzt eben bei Geburtstag eingeladen bin sagen wir einmal es fängt am Nachmittag an oder am Abend - - - dann kann ich vorher nicht sagen ich mache jetzt schnell noch mein Essen oder ich putze noch schnell etwas sondern da konzentriere ich mich das habe ich ja auch da gelernt bei bei diesen Entspannungstechniken dass ich mich vorher nicht so irgendetwas noch groß Einkauf noch mache wo ich sowieso schon äh der mir sowieso schon zu viel ist sondern einfach eine leichte Arbeit und und dann einmal da habe ich noch eine Kassette bevor ich gehe diese Kassette höre
- I: hm
- G: dass ich da mich äh beruhige oder wie ich sagen soll entspanne und dann geht es mir oft auch besser, aber wenn ich sage 'jetzt machst du schnell das!' und 'jetzt holst du noch schnell das!' und 'jetzt rennst du schnell auf die Geburtstagsfeier!' dann kann ich es sowieso vergessen!
- I: hm
- G: dann dann bin ich nur noch am
- I: Rotieren und
- G: ja!
- I: dann geht es Ihnen nicht gut ja?
- G: ja: und dann und dann niemandem etwas zu sagen!
- I: hm weil: es ja niemand: verstehen: würde genau, das ist die schwerste Geschichte an der Sache! also da zeigt sich ganz klar eigentlich in allen: Bereichen die wir jetzt auch angesprochen haben dass ähm es im Prinzip eine ganz große Einschränkung in Ihrem Leben bedeutet diese Krankheit und dass Ihr größter Wunsch ist das ganz normale Leben führen zu können ja? ähm ist in dem Zusammenhang sicherlich eine seltsame Frage aber ich würde sie trotzdem gerne stellen, ähm gibt es irgendetwas das Sie auch als Profit da mitnehmen? weil es gibt so etwas oftmals wie einen Krankheitsgewinn, also ich hatte zum Beispiel einen Patienten der durch diese Herzangst in die verfrühte Pensionierung gekommen ist
- G: hm

- I: und der hat gemeint er kann jetzt Reisen: machen also bei ihm war es nicht so agoraphobisch wie bei Ihnen da waren die Probleme anderer Art, er kann jetzt Sprachen lernen er kann an die Volkshochschule was er vorher zeitlich nicht gekonnt hätte!
- G: hm
- I: gibt es da irgendetwas das Ihnen einfällt?
- G: ja: kann ich Ihnen ein ein Thema oder ein Beispiel sagen also ich selbst bin von Natur aus äh - -
- - leutseelig!
- I: ja
- G: oder äh ich wenn ein wenn ein Fest im Dorf ist und so da will ich dabei sein oder wollte halt immer und wollte ich wollte äh auch viel bei: Leuten sein und viel äh und so ein Fest da wollte da habe ich mich immer so gefreut und von der Arbeit her wir haben Landwirtschaft gehabt
- I: hm
- G: da habe ich immer - - haben wir oft dann nicht mitgekonnt
- I: hm
- G: was meine Geschwister gekonnt haben und andere Leute
- I: hm
- G: die sind halt da haben wir dann oft absagen müssen
- I: ja!
- G: weil wir dann zu Hause bleiben mussten weil wegen der Arbeit!
- I: hm
- G: und dann war ich so unzufrieden oft!
- I: hm
- G: und richtig böse: manchmal - - ich wollte einfach mehr äh mehr feiern oder mehr
- I: einfach mehr erleben?
- G: ja: genau: und mein Mann war eigentlich kein solcher Typ der hat das nicht gebraucht der ist mitgekommen aber er hat das nicht gebraucht!
- I: hm
- G: und seitdem ich jetzt das: habe bin ich jetzt so zufrieden zu Hause die Zufriedenheit zu Hause!
- I: hm
- G: also ich ich wenn jetzt ein Fest ist und ich kann nicht so hin bin ich jetzt auch nicht so - - ja nicht traurig oder ich fühle mich dann zu Hause daraufhin fühle ich mich jetzt zu Hause auch wohl!

- I: hm
- G: wenn jetzt irgendetwas ist kann ich auch mal zu Hause bleiben ohne dass ich – – dass ich da jetzt denke `jetzt verpasse ich etwas!`
- I: hm
- G: das das war das ist eigentlich obwohl mit meinem Mann sind wir jetzt auch so eingeschränkt, wenn ich jetzt die: Krankheit nicht hätte ich ich wollte ja immer fort: und er hat ja auch Alzheimer
- I: hm
- G: er er fährt noch Auto aber so große Strecken das ist auch anstrengend für ihn; und jetzt sind wir eben zufrieden, die Kleinigkeiten die wir zu Hause miteinander haben das reicht uns jetzt beiden, und wenn ich diese Krankheit nicht: hätte wäre ich damit nicht zufrieden!
- I: das ist eigentlich ein sehr: interessanter also ich finde das unheimlich interessant dass das von Ihnen kommt dass Sie sagen vielleicht ist ja da auch irgendwo ein Sinn in der Sache ja? also was was machen Sie: aus dieser Krankheit Sie machen aus der Krankheit im Prinzip jetzt ähm – – ja dir Rechtfertigung für Ihr Leben im Moment oder Sie sagen `jetzt passt es irgendwie zusammen!`
- G: ja!
- I: ja? Sie integrieren es so
- G: ja ja!
- I: in Ihr Leben mit Ihrem Mann hinein dass es passt!
- G: ja:
- I: sehr interessant!
- G: und oder wenn ich jetzt zum Beispiel ich renoviere jetzt mein Esszimmer
- I: ja
- G: früher habe ich da angefangen und und wenn es fertig war habe ich aufgehört!
- I: hm
- G: jetzt habe ich halt einmal ein paar Tage Tapeten abgelöst dann war eine Woche frei weil ich habe dann von der Kraft her gemerkt das geht jetzt nicht mehr: jetzt brauche ich wieder ein paar Tage Erholung und dann ist der Tapezierer gekommen dann hat der tapeziert, jetzt kommt die Eckbank äh jetzt kommt eine andere Geschichte dran will ich meine Eckbank beziehen bei Gelegenheit schauen wir uns mal den Stoff an, es ist alles – – – und da bin ich nicht unzufrieden weil das jetzt nicht fertig ist sondern das ist ich habe keine Vorhänge dran das ist einfach jetzt einmal ein paar Wochen so, da bin ich jetzt so zufrieden: geworden!
- I: das heißt Sie können auch einen Gang herunterschalten um es auf den Punkt zu bringen!

- G: ja:
- I: Sie können jetzt anneh- und das ist ja wirklich positiv
- G: ja!
- I: nicht mehr so äh gestresst und immer wieder angetrieben zu sein!
- G: immer dieses Saubere!
- I: muss alles perfekt sein genau!
- G: wenn die Enkelkinder sagen wenn die Enkelkinder kommen und sagen oder die Schwiegertochter kann sie die Kinder ein bisschen bringen? sage ich halt immer 'nein' also höchstens wenn ich jetzt gerade etwas mache dann sage ich 'ich bin in einer Stunde fertig dann kannst du sie bringen! ich wollte heute zwar vielleicht noch das machen aber das mache ich dann eben morgen!'
- I: hm
- G: und das ist das Positive!
- I: und das können Sie dann auch wirklich liegen lassen?
- G: ja:
- I: und sagen 'ok jetzt ist das in Ordnung.'
- G: ja:
- I: oder ist da trotzdem innerlich eine Unruhe da
- G: nein!
- I: also das können Sie wirklich als positiv annehmen?
- G: ja! Jetzt wenn ich gerade das Bad putze und habe die Hälfte dann sage ich 'ich bin ich brauche noch eine halbe Stunde zum Bad und dann könnt ihr kommen.'
- I: hm
- G: aber dass ich dann vielleicht noch ein anderes Zimmer auch noch mitgemacht hätte das lasse ich dann weg; das ist die positive Seite, die positive Seite daran ist wenn ich jetzt äh - - - ich bin auch eigentlich gar nicht so: unzufrieden dass ich jetzt ein paar Jahre nicht im Urlaub war, ich brauche es eigentlich - - - im Grunde jetzt nicht direkt mehr aber es kann auch sein weil ich weil ich nicht durch diese Angst will - - ich weiß genau wenn ich das plane dann dann ist das für mich wieder eine Angststraße da vor mir und ach dann lassen wir das, wir machen so kleine Ausflüge und das habe ich ja vor ein paar Jahren auch nicht gekonnt!
- I: hm
- G: aber das kann ich ja jetzt.
- I: wer weiß vielleicht können Sie ja langfristig über diese kleineren Ausflüge an die größeren Ausflüge auch herantasten wäre ja möglich ja?

- G: das kommt auf meinen Mann dann wieder an!
- I: genau
- G: wie es dem jetzt dieses Jahr war ein schlechtes Jahr ja?
- I: hm
- G: da ist es ein bisschen drunter und drüber gegangen mit ihm!
- I: das haben Sie am Telefon ja schon erzählt dass Sie sehr viel um die Ohren haben im Moment
- G: ja: und jetzt sind wir auch bei der Hofübergabe und da müssen wir laufend auch uns informieren und Termine au- beim Steuerberater und und und und dann müssen wir da jetzt einen Termin beim Notar ausmachen und das ist noch ein bisschen - - -
- I: also weil Sie es jetzt gerade ansprechen mit der Hofübergabe vielleicht so als Schlusspunkt auch ähm ist das ja auch irgendwo so wie ich es jetzt empfinde eine Folge der Krankheit Ihrer: und natürlich aber auch der Ihres Mannes dass Sie jetzt dann Ihr Leben insgesamt ruhiger gestalten und eben auch Ihre Landwirtschaft aufgeben ja? hängt das damit auch zusammen für Sie oder?
- G: nein kann ich eigentlich nicht sagen!
- I: nicht: hm
- G: ich bin froh wenn das jetzt einmal vorbei ist, was mir nicht so passt das ist aber es ist einfach die Jugend das ist es sind halt so viele schon Meinungsverschiedenheiten und manchmal könnte man schon - - - manchmal könnte man schon - - - wie will ich sagen - - - würde mir schon wünschen dass man ein bisschen besser mit der Jugend reden kann!
- I: hm
- G: hauptsächlich der der die Hofübergabe da hat, aber er im Großen und Ganzen ist es nicht kommt es nicht zu einem Streit der länger anhält bis jetzt also war es immer eine kurze Auseinandersetzung und dann ist es wieder dann hat man wieder sich - - - versöhnt!
- I: klar ich meine Sie haben das aufgebaut, auf der anderen Seite Sie sagen es ja selbst Sie sind froh wenn es dann irgendwann einmal auch vorbei ist ich meine Sie sind ja auch in einem Alter in dem man sich den Ruhestand dann auch verdient!
- G: ja
- I: und dann lassen Sie die doch machen!
- G: ja!
- I: Sie haben dann damit nichts mehr zu tun und können das getrost: so wie Sie Ihr anderes Zimmer da weglassen können wenn Sie das Bad noch schnell fertig putzen lassen Sie den Hof

auch weg und versuchen da einfach ein bisschen Spaß dann am Leben zu haben oder das vielleicht in den Griff zu bekommen.

G: ja dass diese Angst - - - mein Mann jetzt vielleicht wieder einmal ein paar Jahre dass da mal ein paar Jahre jetzt Pause ist es waren ja fast drei Jahre aber dieses Jahr hat es ihn ja wieder dann erwischt gehabt und jetzt haben wir dann nächste Woche einen Termin für CT und da hoffen wir dass es gut ausfällt, Sie sagen es äh ist halt eine Krankheit die immer wieder nachwachsen kann: aber man weiß nie in welchen Abständen es kann ein paar Jahre dauern es kann schneller gehen das deshalb muss es immer kontrolliert werden; aber da hat man dann schon die Angst wenn es war dieses Jahr schon chaotisch ein bisschen; und die Hitze noch!

I: unter der haben wir alle gelitten die war furchtbar!

G: und wenn ich und da kann ich auch nicht viel unter die Leute wenn ich irgendwo bin mir war es immer schlecht:

I: hm

G: und immer dieser diese - - im Bauch: hat man da so eine Art Angstgefühl und dann kommt das da hoch!

I: hm

G: und dann das Herzrasen:

I: hm - - - also ich finde Sie haben jetzt ganz toll von Ihnen aus sämtliche Bereiche die wichtig waren für diese Erhebung beleuchtet, Sie haben ganz viele wichtige Informationen mir gegeben, jetzt wäre die letzte Frage an Sie möchten Sie noch irgendetwas ergänzen was Ihnen wichtig wäre? - - - wenn nicht: würde ich das Aufnahmegerät abschalten, wenn Sie noch etwas ergänzen möchten dann hätten Sie jetzt die Gelegenheit noch dazu, ich habe so den Eindruck sie wollen vielleicht noch etwas sagen ich weiß es nicht!

G: - - - ich würde mir halt wünschen dass - - das habe ich Ihnen ja schon gesagt dass - - - dieses Herzrasen und diese Rhythmusstörungen und diese diese Attacken da diese Panikattacken dass dass die mehr wegbleiben diese Panik diese Attacken, ich selbst kann es nicht als Panikattacken direkt sagen aber es ist einfach ich kann es nicht steuern

I: hm

G: es ist plötzlich da und da sagen sie und dann ist es halt doch eine Art von Panik im Unterbewusstsein:

I: das ist eine Panik die da entsteht ja? das ist ja eine Angst Sie haben ja ganz eindrucksvoll geschildert Sie haben Angst auf diese Plätze zuzugehen oder dieses Bild mit der Angststraße wenn Sie in den Urlaub fahren fand ich ganz passend, es ist natürlich eine Panikattacke die da

ist das natürlich: ist da auch eine organische Geschichte bei Ihnen dabei aber es hat sich schon da auch etwas entwickelt und Sie wünschen sich einfach dass das ähm irgendwie in den Griff zu bekommen ist

G: hm

I: und das finde ich natürlich auch einen ganz legitimen Wunsch von Ihnen!

G: also vor dieser Angstkrankheit hatte ich ja wenn ich aber mein Leben so im Nachhinein so durchlaufen lasse habe ich eigentlich schon immer: Probleme dieser Art - - ich kann Ihnen da vielleicht noch kurz etwas sagen

I: ja!

G: äh - - ich kann mich nie vorne hinstellen wenn etwas ist ich stelle mich immer hinten hin, und ich habe als Kind wegen meinen Haaren so sehr gelitten da äh weil ich hatte so rote Haare als Kind

I: hm

G: und da bin ich gehänselt worden und das hat mir meine Kindheit und meine Jugend sehr: eingeschränkt!

I: hm

G: Jugend: hauptsächlich als Kind steckt man das eher weg, und ich hatte ja auch Freunde und eigentlich die eigentlich immer mich so akzeptiert haben wie ich war aber trotzdem: ich habe ob irgendwie etwas - - - ob das damit zusammenhängen kann ich weiß es nicht!

I: hm

G: oder meine äh ich hatte vor wenn ich dreißig war das ist jetzt schon über dreißig Jahre her da hatte ich schon einmal eine Phase in der mit Depressionen wo ich auch in Behandlung war aber ich kann nicht mehr sagen wie lange das gedauert hat ein paar Jahre werden es auch gewesen sein!

I: hm also Sie selbst würden sagen dass da auch eine gewisse oder dass es halt einfach auch ein bisschen zu Ihrer Persönlichkeit anscheinend dazugehört ja?

G: dass ich wahrscheinlich das nie so anbringe wie ich mir das vielleicht wünsche und ich hoffe nur dass ich - - - nicht so schnell wieder umfalle weil - - - dann: wieder aufzustehen und wieder: von vorne anfangen - - das wird schwer!

I: hm

G: wenn ich die letzten fünf Jahre betrachte als ich schon - - schrittweise mich oft vorwärts bewegt habe oder jeden Tag sozusagen von neun Uhr an gekämpft habe und abends dann 'jetzt hast du es wieder geschafft!' und am nächsten Tag früh also und - - - wenn mir das einmal ein bisschen leichter jetzt fällt und dass ich nicht so schnell umfalle!

I: hm

G: das wäre jetzt mein das Letzte dann!

I: hm

G: steht in den Sternen!

I: also ich würde sagen wir machen jetzt hier einmal mit der Aufnahme Schluss weil wir haben jetzt alle Sachen beleuchtet, ich danke Ihnen jetzt im Moment einmal offiziell dass Sie teilgenommen haben und wünsche Ihnen offiziell nachher mache ich das auch noch einmal inoffiziell alles Gute weiterhin!

Patient 8 (Frau H)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Frau H wurde am 12. 01. 2004 zwischen 12.00 und 13.00 Uhr in den Räumlichkeiten der medizinischen Poliklinik Würzburg geführt, die Patientin wurde erst kurz vor der Befragung vom zuständigen Arzt auf das Vorhaben vorbereitet.

Kontaktherstellung: Der Kontakt zur Patientin wurde über Herrn Dr. Geib hergestellt. Eine in der Poliklinik angestellte Krankenschwester, die den Interviewer persönlich kennt, hat durch Zufall erfahren, dass Frau H, die zum Zeitpunkt des Interviews in der Würzburger Poliklinik untersucht wird, an einer Herzneurose leidet. Daraufhin hatte sie Herrn Dr. Geib gefragt, ob er es befürworte, dass ein Kontakt zum Interviewer hergestellt wird, was Dr. Geib bejahte.

Prof. Csef war mit dem Interview rückwirkend einverstanden.

Gesprächsbedingungen: Frau H war sofort bereit, an der Studie mitzuwirken. Die Patientin ließ sich nicht davon abhalten, bereits vor dem Einschalten des Aufzeichnungsgeräts in umfangreicher Weise von ihrer Herzangst zu berichten – der Interviewer musste sie mehrmals darauf hinweisen, dass er ihr zunächst erklären wolle, worum es in der Studie geht, ferner machte er mehrmals darauf aufmerksam, dass Frau H unbedingt die Einverständniserklärung unterzeichnen müsse, die den Interviewer dazu befugt, ihre Daten in verfremdeter Form für die Dissertation zu verwenden. Schließlich gelang es dem Interviewer, Frau H hiervon zu überzeugen. Die Patientin schilderte ausführlich ihre biographischen Erlebnisse mit der Herzneurose und betonte nach der Aufzeichnung, dass sie sich noch nie derartig geöffnet hätte.

Anamnese: Die Patientin ist 65 Jahre alt, hat vier Kinder und lebt in erster Ehe mit ihrem Mann zusammen im Eigenheim. Die Eheleute führen zum Zeitpunkt des Interviews gemeinsam einen Lebensmittelladen, befinden sich aber am Übergang in den Ruhestand. 1967 wird Frau H erstmals in ihr örtliches Krankenhaus eingeliefert, weil sie eine Tachykardie mit extrem hoher Pulsfrequenz erleidet. Nach der Entlassung ist sie häufiger gezwungen, in der Nacht am Fenster nach Luft zu schnappen, weil sie zu dieser Zeit immer wieder das Gefühl hat, zu ersticken. Nach Aussagen der Patientin war und ist die Ursache dieser Anfälle ein hypotensiver Zustand, der in oder kurz nach einer Phase des Tiefschlafs aufzutreten scheint. 1995 wird bei Frau H ein Hinterwandinfarkt diagnostiziert, der aber bei Folgeuntersuchungen nicht bestätigt werden kann. Interessant erscheint die Tatsache, dass die Patientin eine eigenartige – für Herzneurotiker aber gegebenenfalls typische – anklammernde Bindung an ein Medikament entwickelt hat, das

der Blutverdünnung dient; mit dieser Substanz scheint sie ihre Herzneurose „im Zaum zu halten“.

Dissertationsrelevante Diagnose: Die Patientin leidet an einer Herzneurose und ist fest davon überzeugt, organisch krank zu sein. Sie eignet sich daher für die vorliegende Untersuchung.

H = interviewter Patient

I = Interviewer

- I: so Moment - - - ok also jetzt läuft es mit, und dann bedanke ich mich noch einmal offiziell für den Mitschnitt und dass Sie bei der Untersuchung hier mitmachen, ich denke das ist ganz gut weil ja doch ziemlich viele Menschen auch von diesen ganzen Herzproblematiken betroffen sind, und ja vielleicht fangen Sie einfach an zu erzählen wie das dann ab diesem Zusammenbruch am Schreibtisch den Sie mir ja gerade im Vorgespräch geschildert haben gelaufen ist und wie sich dann die Krankheit in den verschiedenen Lebensbereichen bei Ihnen ausgewirkt hat.
- H: äh 1986 im Dezember hatte ich den ersten Herzanfall eigentlich und äh habe halt keine Luft mehr bekommen und und halt mit Todesangst und äh da habe ich mir dann auch weiter dann nichts daraus gemacht das ging vorbei und das war gut so also das ging wieder vorbei, und im Januar 1987 habe ich äh war ich am Schreibtisch gesessen ich habe ein kleines Geschäft und habe in das Wareneingangsbuch eingetragen und äh wie ich ohnmächtig wurde das weiß ich gar nicht jedenfalls hat mich mein Mann ungefähr so zehn Minuten später äh hat er mich gefunden weil er vorher ging er durch das Büro, das waren so ungefähr zehn Minuten Bewusstlosigkeit
- I: hm
- H: und äh und dann hat er den Arzt gerufen und der Arzt hat sich dann bei mir entschuldigt weil der hat einen Hirntemor (Versprecher) Hirntumor mit zweiundvierzig Jahren ist wurde äh ist daran gestorben, er hat weder Blut untersucht noch sonst etwas gemacht damals
- I: hm
- H: und er hatte sich entschuldigt, er kam allerdings jeden Tag und hat nach mir geschaut und hat Spritzen gegeben und so und äh hat dann äh als ich da aufwachte! am Schreibtisch habe ich dann keine Sätze vollkommenen Sätze herausgebracht und äh oder ich habe Wortfindung! war so schwierig für mich die Wortfindung!
- I: hm
- H: und das hat sich natürlich dann unheimlich auf mein Leben ausgewirkt, ich habe ein Geschäft da kamen Kunden herein dann habe ich gesagt ich möchte also sie möchten da oben das Brot, also sage ich `ja ich hole den Schrank herunter!`
- I: hm
- H: ich habe das sofort gemerkt! dass ich das gesagt habe!

I: hm

H: aber das war: gesagt; die haben mich dann alle komisch angeschaut ich habe dann gar nicht mehr gewusst äh soll ich jetzt noch ins Geschäft soll ich nicht ins Geschäft, aber ich musste ja ich bin ja alleine, mein Mann hat ja die anderen Sachen gehabt, und äh die Kinder sind alle aus dem Haus gewesen und äh auch; dann habe ich eben das ASS bekommen und dadurch konnte ich eigentlich habe ich wieder gelebt von den zwanzig Jahren vorher die ich Ihnen da gesagt habe

I: hm

H: und ich hätte abends auch ausgehen können aber ich habe mich nicht mehr getraut! ich habe mich so: geängstigt auszugehen weil ich eben Sätze verkehrt gesagt habe und das geht mir heute auch noch so ich verdrehe die Sätze ich merke dass es so ist oder ich habe Wortfindungsschwierigkeiten aber eben nicht: mehr: in den Ausmaßen; bin ich praktisch jetzt wieder gesund aber wie gesagt wenn ich ein bisschen aufgereggt bin oder so da passiert: das wieder ja? dass ich die einfachsten Worte nicht mehr finde und und flechte dann andere ein!

I: hm

H: und das hat sich dann halt auf mein Leben dann doch sehr stark ausgewirkt weil ich ja dann wieder gesund war ich habe mich gesund gefühlt nach den ASS da, nach diesen Dingen aber ich habe mich nicht unter Leute getraut; - - - na ja dann war ich äh - - wie will ich wie will ich jetzt weitererzählen, es ging dann auch einige Jahre so gut mit den ASS und dann plötzlich habe ich Herzinfälle bekommen in der Nacht aber nur: nachts BI- plötzliche Blutdruckabfälle in der Tiefschlafphase,

I: hm

H: - - und dann musste der Notarzt immer kommen und und hat mich äh ja wie gesagt behandelt und hat mir Spritzen gegeben und so und das war mitten in der Nacht wenn ich wenn ich in der Tiefschlafphase war, da bin ich dann auf und äh musste im Raum herumlaufen: weil das war so: ich habe gemerkt 'wenn du jetzt nicht läufst stirbst du!' so in der Richtung!

I: hm

H: da musste ich laufen dass ich wieder auf Touren gekommen bin und bis der Arzt kam der mir dann die Spritzen gegeben hat!

I: hm

H: und das ging dann auch ach das ging dann auch lange so zu - - - ja es ging ein paar Monate ging es so zu das wurde dann immer schlimmer!

I: hm

- H: dann war ich im Geschäft und äh war halt totenblass und mir ging es gar nicht gut und dann kam ein Kunde da rein und der hat mir das wahrscheinlich sofort, wahrscheinlich hat mir sicher: sofort angesehen was mit mir los war!
- I: hm
- H: hat mich auf einen Stuhl gesetzt und hat gesagt 'Sie fallen doch jetzt gleich um!' und äh und dann nach einer Weile habe ich gesagt 'ja, wie kommen Sie da dazu?', dann hat er gesagt er ist ein Herzspezialist äh aus dem Umkreis von Professor *Schneider in *Ingolstadt,
- I: hm
- H: 'und ich mache Ihnen bei meinem Chef einen Termin und da müssen Sie eben nachschauen.'
- I: hm
- H: und da hat mich meine Tochter dann nach *Ingolstadt gefahren und von *Ingolstadt herunter also bis *Ingolstadt von *Bad Neustadt/Aisch ist das ja *Ingolstadt!
- I: hm
- H: und da habe ich nicht atmen können und und alle ich musste ständig heraus ich sage 'das schaffe ich nicht bis *Ingolstadt, das geht nicht!' und äh dann bin ich doch da rein und dann sind wir wieder gefahren und dann waren wir unten und dann haben sie mir na eine lange Spirale gesetzt also und haben äh - - - und das Schlimme muss ich dazusagen äh ich habe dann immer dann bin ich ja bei den Ärzten gewesen und einmal mit: Befund einmal ohne Befund einmal mit: Befund und einmal ohne und das: hat mich fertig gemacht, wenn jetzt irgendwie eine Krankheit gefunden worden wäre: dann hätte man die ja speziell behandeln können, ich kam mir vor wie das Letzte!
- I: hm
- H: und äh na ja gut: jetzt geht es mit *Ingolstadt wieder weiter und äh da haben sie mir eben diese Spirale hinein und mit dem Fernseher, was: das war ich weiß es gar nicht!
- I: Katheteruntersuchung!
- H: Katheteruntersuchung war es vielleicht, sie wollten es äh hier unten hineinstecken, dann haben sie es aber doch hier oben gemacht und ohne Befund wieder; und als sie diesen Katheter herausgezogen: haben da habe ich dann noch einmal einen - - - kurzen Anfall: gehabt von diesen nächtlichen äh äh Attacken da!
- I: hm
- H: diese plötzlichen Blutdruckabfälle!
- I: hm

- H: die kamen sogar dann beim Tag: wieder, und als sie mir das wieder so herausgezogen haben wie gesagt da war ich frei: – ich habe keine seit dieser: Zeit habe ich keine habe ich nicht mehr solche schrecklichen Attacken bekommen, war aber kein Befund da: die haben auch keinen Befund gesehen wie sie da hineingingen, die hatten ja äh den Monitor: hatten die ja, ohne Befund, und trotzdem: als die hinausgingen da war ich frei: heimwärts dann die wollten mich mit dem Saniauto nach Hause fahren
- I: hm
- H: da habe ich gesagt `das brauche ich nicht ich bin doch ein ganz anderer Mensch!`
- I: hm
- H: `ich lebe doch wieder!` und äh dann ist meine Tochter zurückgefahren und da war ein Kaufhaus und da hat sie gesagt `Mama ich möchte so gerne mit dir da rein!` sage ich `gehen wir rein!`
- I: hm
- H: sagt sie `du spinnst doch! du kannst doch gar nicht da hineingehen! du konntest doch fast nicht bis nach *Ingolstadt!`
- I: hm
- H: sage ich `ich fühle mich frei ich ich ich kann mitgehen!` und dann war ich sogar mit im Kaufhaus und habe den Sani abgelehnt und alles!
- I: hm
- H: und das hat dann wieder so zwei Jahre angehalten, allerdings nur mit ASS ich habe gemerkt wenn ich das ASS nicht nehme und dann äh dann bekomme ich wieder so Punktschmerzen, überall: Punktschmerzen – an der Wade: äh hier und da habe ich gemerkt je höher die kommen und je schwerer die sind und dann bekomme ich wieder einen Anfall!
- I: hm
- H: und was total gegen äh gegen jeden medizinischen Verstand spricht: die sagen ja das spricht gegen jeden medizinischen Verstand!
- I: hm
- H: und und es ist aber so, es war immer so!
- I: hm
- H: habe ich und ich wollte jedes Mal das ASS aussetzen ja?
- I: hm
- H: und das ging aber nicht weil wenn ich die nicht gehabt habe und ich wollte absolut davon weg, wenn ich die acht Tage nicht gehabt habe dann ist ein so: schwerer Anfall gekommen dass ich gedacht habe `das Herz schafft das einfach nicht durch!`

- I: hm
- H: und dann habe ich äh richtig Panik bekommen und ich habe dann ist also isometrische isometrische sage ich äh na: jetzt habe ich wieder einmal einen Lapsus äh - - - äh - - -
- I: EKG?
- H: nein äh ähm indem ich mich ruhig stelle - - indem ich mich ruhig stelle indem ich mich äh indem ich mir sage `dir fehlt nichts!' äh
- I: ja Sie haben sich selbst beruhigt.
- H: ich habe mich selbst beruhigt genau: und äh
- I: ja ging das dann auch, konnten Sie das dann?
- H: äh ja also das war sehr sehr schwer weil ich habe ja Todesangst gehabt! das ist ja nicht so äh richtige richtige: aber richtige Todesangst mit Panik die ersten Male!
- I: hm
- H: und dann hat mir der Arzt eben gesagt ich soll soll an etwas anderes denken und und äh - - äh und soll meine Tabletten nehmen dabei und äh das geht und das habe ich dann immer getan ich habe gesagt `mir fehlt nichts und das beruhigt sich wieder wenn ich ruhig bin!' aber es hat sich nicht: beruhigt, ich musste praktisch habe ich gemerkt das wenn ich gemerkt das wird immer schlimmer dann habe ich mir noch eine ASS genommen und manchmal ging es auch mit zwei, und dann wurde es noch schlimmer dann habe ich gemerkt das Herz das schafft es einfach nicht das ist das ist furchtbar: und dann habe ich oft meinen Mann die erste Zeit habe ich meinen Mann dann immer geweckt,
- I: hm
- H: und dann zum Schluss nur wenn ich gedacht habe `also jetzt jetzt brauchen wir einen Arzt'; ich habe auch Testament und alles gemacht und wie das eben so war, und äh dann habe ich drei habe ich drei ASS genommen und dann habe ich gemerkt wenn ich viel Wasser: trinke hilft mir das auch, dann habe ich manchmal drei Liter: vier Liter Wasser also immer Wasser getrunken und und und dann und gelaufen: dass es besser wird!
- I: hm
- H: dass das wieder in Schwung kommt ja?
- I: hm
- H: der ganze Kreislauf wieder in Schwung kommt, und immer wieder sagt auch wieder in der Tiefschlafphase, aber das konnte ich dann selbst beherrschen also nach diesem Katheter wie Sie sagen es war ein Katheter konnte ich das selbst beherrschen was ich vorher nicht konnte!
- I: hm

H: hätte ich unmöglich: gekonnt vorher, und äh na ja und das wurde immer schlimmer, dann musste ich bis zu zwanzig ASS nehmen bei einem solchen Anfall, der hat manchmal zwei Tage angedauert und dann bin ich nachts aus dem Bett raus ins Wohnzimmer rein, habe habe ich mich gesetzt also liegend: gesetzt mit Kissen und wie gesagt habe mir selbst dann Wasser und meinen Mann habe ich nur geholt weil ich den nicht wecken wollte und so denke ich `das bekommst du schon hin!`

I: hm

H: und äh und ich habe es bis jetzt auch jedes Mal hinbekommen aber fragen Sie mich nicht wie, fragen Sie mich nicht wie!

I: hm

H: und manchmal wenn ein solcher Anfall war dann habe ich ja nicht mehr reden können also das war die Stimme ganz leise (Frau H flüstert) jetzt habe ich noch eine kräftige Stimme und die Stimme die war das hat mich alles angestrengt

I: hm

H: das Reden: hat mich angestrengt, und wenn ich einen großen: schweren: Anfall gehabt habe da hat es da ist vierzehn Tage nacheinander also war die Seite halt schwach

I: hm

H: und das war ja damals auch das habe ich ganz vergessen mit den Wortfindungsschwierigkeiten

I: ja

H: war die linke Seite: äh total schwach:

I: hm

H: ja? ich habe dann alles fallen lassen mit der linken Hand und und äh das war dann das habe ich ganz vergessen; - - ja und wenn ich dann zur Untersuchung gegangen bin `ja das Herz ist gut: das Herz hat nichts: und das ist in Ordnung, die Herzkammern sind in Ordnung´ und äh aber ich bin halt nie: hingekommen wenn ich den Anfall gehabt habe!

I: hm

H: das war niemals der Fall: und äh also das hat schon große: große: Auswirkung auf auf mich: und auch auf mein Familienleben gehabt das ist klar!

I: und das sind

H: und jetzt jetzt wollte ich eben und das letzte das vorletzte Mal war es so: da war es ganz anders, nicht mehr diese Blutdruckabfälle sondern ein wahnsinniges Herzgestolper und Rasen und äh das war jetzt zweimal ganz anders

I: hm

- H: und äh ich habe dann mir einen Blutdruckmesser dann auch angeschafft und da waren das nach einer halben Stunde die erste halbe Stunde konnte ich mich gar nicht rühren und gar nichts weil ich da nur gekämpft habe dass ich das überhaupt überlebe so in die Richtung,
- I: hm
- H: aber ich habe k- nie einen Arzt geholt weil ich eben Angst hatte die lachen mich ja wieder aus die Ärzte!
- I: hm
- H: und äh dann habe ich eben nach einer halben Stunde Blutdruck konnte ich dann anlegen Blutdruckmesser dann hatte ich 259 Blutdruck und ich weiß der obere Wert, den unteren Wert habe ich gar nicht gesehen wegen meinem Zittern und ich habe ja dann auch immer bei diesen Blutdruckabfällen habe ich nachher Schüttelfröste gehabt
- I: hm
- H: muss ich auch noch sagen ja? richtige Schüttelfröste und äh aber bei diesem Blutdruck war dann der Puls auf 159 also Puls 159 und der obere Wert war 259, das habe ich mir aufgeschrieben aber zum unteren Wert bin ich gar nicht gekommen
- I: hm
- H: und dann äh nach über einer Stunde dann war er wieder eigentlich im normalen Bereich 170, 120 und dann wieder wieder äh normal, und diese Anfälle habe ich aber genau: auch in einer Tiefschlafphase bekommen und dann den zweiten Anfall während dem Tag!
- I: hm
- H: aber der war nicht mehr so schwer wie der erste Anfall!
- I: hm
- H: und da habe ich und und durch das ASS alle Ärzte haben gesagt 'Sie spinnen doch wie können Sie solche Mengen ASS nehmen!?' sage ich 'ja wenn ich das ASS nicht hätte wäre ich ich könnte das nicht nicht allein packen: das würde nicht gehen!' aber ASS macht halt dann auch wieder den Magen: kaputt und alles!
- I: hm
- H: das ist ja das und das nehme ich achtzehn Jahre: jetzt!
- I: hm
- H: und jetzt hat mein Mann gesagt 'das geht jetzt nicht mehr so weiter, jetzt muss: alles abgeklärt werden!'
- I: hm
- H: das muss: alles abgeklärt werden; und jetzt weiß ich nicht sind Sie am Krankheitsbild weniger interessiert als wie an dem

- I: also das Krankheitsbild wie Sie es beschreiben entspricht dem dem völlig normalen typischen Verhalten was Patienten in dem Bereich halt haben¹⁷⁹¹ ja? wenn kein eindeutiger oder kein Organbefund vorhanden ist und dann immer so in die Richtung Psychosomatik gedacht wird, das ist immer die gleiche Geschichte, also da entsprechen Sie jetzt völlig dem Bild: interessant wäre natürlich einfach und das finde ich toll: dass Sie keinen: organischen Herzfehler haben das ist sehr sehr viel wert, trotzdem haben Sie ja subjektiv dieses Empfinden 'mir geht es nicht gut!' in vielen Bereichen, wenn Sie da vielleicht einfach erzählen, Sie hatten vorhin so ansatzweise Dinge ähm Sie konnten teilweise nicht aus dem Haus gehen oder Sie konnten nicht in dieses Kaufhaus, eine Art Angst vielleicht auch dass Sie in diesen Bereichen
- H: niemals: niemals: und ich denke auch es ist etwas Organisches da nämlich meiner: Ansicht nach ist irgendwo im Körper eine Verstopfung
- I: hm
- H: irgendwo: muss diese Verstopfung sein und die ist nicht auffindbar; nämlich ich bin ein Mensch der mitten im Leben steht, ich habe Arbeit ich habe gar keine Zeit für Krankheiten, ich bin ja ich weiß nicht wie oft operiert worden, die Zeit fragen Sie mich danach ich weiß es gar nicht, das geht mich nichts an:
- I: hm
- H: weil ich habe gar k- ich bin jetzt gesund, mir ist jeder: Tag wichtig mir die Sonne die am Morgen scheint aber auch der Regen, seitdem ich damals so krank war habe ich das alles lernen: habe ich das gelernt!
- I: hm
- H: früher habe ich nie: aber nie: äh geschaut, nur Arbeit Arbeit die Kinder Arbeit, und nach diesem ersten Zusammenbruch damals ist mir jede Blume: jeder jeder äh der Schmetterling oder so das äh Sie glauben gar nicht ich ich habe dann noch einmal richtig gelernt: äh die Natur: zu sehen und die Natur gibt mir sehr viel:
- I: hm, das ist jetzt eigentlich das was hier mit Krankheitsgewinn bezeichnet ist ja? dass Sie äh also so höre ich das jetzt heraus dass Sie sagen 'Mensch ich habe eigentlich dadurch seitdem es mir damals so ganz schlecht gegangen ist gemerkt wie kostbar eigentlich so dieses alltägliche Leben ist, es geht nicht nur um die Arbeit es geht auch um andere Dinge im Leben!' das höre ich heraus:
- H: ja auf jeden Fall: auf jeden Fall: das positive Denken und das und ich kann nicht sagen 'ach mir geht es so schlecht!' nein mir geht es gut: wenn ich andere Leute sehe denen geht es

¹⁷⁹¹ die genaue Diagnose der Herzneurose wird vom Interviewer deshalb umschrieben, weil Frau H zum Zeitpunkt des Interviews noch keinerlei Einsicht in die Psychosomatik ihrer Erkrankung zeigt!

doch noch viel schlechter: und da habe ich mich damals auch herausgezogen selbst herausgezogen: ich habe die anderen Leute gesehen denke ich `was willst denn du? dir geht es doch gut:’

I: hm

H: und so habe ich dann auch immer gedacht, aber das holt mich diese Anfälle holen mich einfach immer: wieder ein und immer wieder ein!

I: hm

H: und das Schlimme ist ich bin operiert worden in äh in äh / in Schweinfurt und da haben sie auch festgestellt ich habe einen Hinterwandinfarkt: gehabt sie haben festgestellt: und es war dann nichts: es war nichts: also ist ja auch etwas da das im Körper herumgeht, die haben da äh Klumpen hier in der Halsschlagader festgestellt und dann war nichts mehr da! einmal ist es da: einmal ist es nicht: da und das ist für mich was mich das jetzt am meisten belastet das belastet: mich Sie glauben nicht wie mich so etwas belastet!

I: hm

H: der Herzinfarkt der Hinterwandinfarkt da haben sich damals drei Ärzte: im ähm nach dem EKG haben sie einige Male gemacht da haben sie gesagt `eindeutig:’, so jetzt gehe ich zum äh Herzspezialisten auch nicht gleich, mir geht es ja gut ich gehe nicht zu Arzt da gehe ich ich gehe nur hin wenn ich merke oh: jetzt ist wieder eine schlimme Geschichte!

I: hm

H: zum Doktor *Müller nach ähm *Bad Neustadt der sagt `was wollen Sie denn? Sie haben doch kein niemals: einen Herzinfarkt gehabt!’

I: hm

H: und damals war ich froh denke ich `ach: das kam: ja davon von dem Hinterwandinfarkt!’ deswegen ging es mir so schlecht und mir ging es auch wirklich: fürchterlich schlecht und und äh und das belastet mich eigentlich am meisten, allerdings: äh weil ich gefragt habe ob Ihnen (Versprecher) der Krankheitsverlauf auch interessiert

I: hm

H: ich äh früher hätte ich mich ja geschämt überhaupt so überhaupt wenn Sie so jung sind zu einem Mann so etwas zu erzählen, ich bin jetzt ich werde jetzt sechshundsechzig also da sind wir abgeklärt und ihr sowieso heutzutage anders wie wir damals waren, und da war ich beim Frauenarzt

I: hm

H: und äh weil mein Alter da wurde gesagt ich habe einen starken Hormonmangel und aber ich konnte die Pille nicht vertragen und da haben sie mir gar nichts gegeben, und jetzt ist mein alter Frauenarzt in äh Rente gegangen also in Pension gegangen und jetzt musste ich einen neuen Arzt suchen, und als der mich untersucht hat habe ich äh sind mir die Tränen herausgeschossen vor Schmerzen und alles und da sagt er 'ach Sie haben ja einen akuten Hormonmangel!' und jetzt hat er mir nach diesen: letzten Anfällen hat er mir Zäpfchen verschrieben hat er gesagt die beseitigen den äh Hormonmangel den akuten Hormonmangel und äh dort wo es eigentlich sein soll

I: hm

H: und als: ich diese Zäpfchen bekam und das war jetzt erst im November also Nov- Dezember: ja, Dezember war das im November waren die letzten Anfälle im Dezember: und da habe ich gemerkt ich brauche ja eigentlich weniger ASS: was ist denn da los? ich bin gar nicht darauf gekommen eigentlich ja?

I: hm

H: ich habe nur gedacht ich brauche jetzt weniger ASS es geht mir doch auch besser und so, und äh dann war ich bei einer Nachuntersuchung das war jetzt am Siebten: deswegen ist das für mich jetzt auch äh ziemlich schlimm da das war am siebten: äh Januar hatte ich den Termin weil die während den Jahren (Versprecher) hatten sie zu der äh der Frauenarzt

I: hm

H: und da äh hat er mich wieder untersucht und die Schmerzen die waren fast nicht mehr da, da sage ich 'ja was ist denn jetzt passiert? ich habe ja gar keine Schmerzen mehr!' und dann sagt der 'ja das war der akute Hormonmangel!' und da ist mir blitzartig eingefallen 'mein Gott ich brauche ja auch weniger ASS!'

I: hm

H: und da habe ich ihn gefragt 'wie ist denn das ich brauche jetzt weniger ASS, kann das irgendwie einen Zusammenhang damit haben?' dann hat er gesagt 'ja freilich:' das ASS macht das Blut äh das ASS nicht äh die Hormone die er mir gibt die machen auch das Blut: dünner!

I: hm

H: und am Achten hatte ich aber hier: den Einlieferungstag: verstehen Sie?

I: hm

H: den hatte ich aber schon drei vier Wochen früher bevor ich die letzten Anfälle hatte!

I: hm

- H: und da ist es mir jetzt so gut gegangen, ich habe jetzt / zu meinem Mann gesagt 'was soll ich denn in der Klinik? die finden doch wieder: nichts die finden doch wieder nichts wir gehen wieder nach Hause das hat ja keinen Sinn!'
- I: hm
- H: und und jetzt wie gesagt wenn sie jetzt wieder nichts finden das belastet mich unheimlich, vielleicht liegt (Versprecher) es mit den Hormonen: zusammen - - das kann ja sein also das das äh psychosomatisch: auf keinen Fall! - - -
- I: hm, ok äh das ist jetzt Ihre Ihre Einstellung dazu, jetzt was noch einmal interessant wäre, ähm und bei mir jetzt natürlich auch hier im Zentrum steht hier die Symptome die Sie haben hatten ja? am Tag und nachts wie haben die denn einschränkend zum Beispiel auf Ihr Leben sich ausgewirkt? weil die müssen sich ja irgendwie Sie sagten ja vorhin Sie gehen nicht so gerne in die Öffentlichkeit wenn ich Sie richtig verstanden habe,
- H: tut weh!
- I: was ging da vor in Ihnen? wie hat sich diese Sache ausgewirkt weil es ist ja dann: wenn es wirklich so ist dass Sie aufgrund dieser Erkrankung ein eingeschränktes Leben führen eine Behinderung!
- H: ich wollte nicht mehr mit dem Auto fahren - - durch Schwindelattacken konnte ich nicht mehr mit dem Auto fahren, und äh - - ja: und wie gesagt der ganze Freundeskreis hat sich aufgelöst -
- I: warum?
- H: ganz einfach: wir waren vorher sind wir zum Schwimmen gegangen zum Kegeln gegangen, das hat sich dann alles aufgelöst weil ich ja abends das ging ja nur am Abend, die Hausfrauen konnten auch nur abends konnte ja nicht aus dem Haus weil das mir eben äh mich so belastet hat diese Müdigkeit: diese schreckliche Müdigkeit: am Abend,
- I: hm
- H: ich konnte dann äh nicht mehr aus dem Haus die haben dann einige Male gefragt 'was ist? geh doch geh doch mit!' habe ich auch gesagt 'ja: ich gehe mit heut- heute: Abend: gehe ich bestimmt mit!'
- I: hm
- H: und dann war nichts: - - und dann haben die das auch dann gelassen ja?
- I: war das auch ein bisschen die Angst dass währenddessen Sie da
- H: nein:
- I: ausgehen wieder etwas passieren könnte?
- H: nein: das war nur eine bleierne Müdigkeit!

- I: bleierne Müdigkeit aha!
- H: bleierne Müdigkeit, und wie gesagt jetzt: nachdem ich den äh mit den ASS da mit dem dass es dann besser war dann habe ich mich halt auch ganz und gar abgeseilt ja?
- I: hm
- H: von dem wollte ich dann auch nichts mehr in den neuen Bereich einbringen, und außerdem mein Mann und ich wir verstehen uns so gut und äh mir bringt das jetzt auch viel - -
- I: machen Sie da mal weiter!
- H: ja also mir macht das jetzt gar nichts aus dass ich nicht weggehen kann abends zur Z- also jetzt wo man älter ist aber früher schon!
- I: früher schon und früher war es auch schon eingeschränkt durch diese
- H: sehr: sehr: ich konnte ja über fünfundzwanzig Jahre fünfundzwanzig Jahre war ich einmal im Tanz einmal,
- I: hm
- H: und mein Mann hat so gebittelt und gebettelt, es war nichts ich konnte nicht: und das hat mich natürlich auch furchtbar belastet ja?
- I: hm, und jetzt ist es aber nicht mehr so?
- H: jetzt ist es nicht mehr so, höchstens ich habe den Anfall gehabt und bin vierzehn Tage ganz schwach dann kann ich ja nichts:
- I: hm
- H: gerade so kann ich dann kochen und und und dann muss ich mich immer wieder hinlegen bis sich das wieder gekräftigt hat: dann dann ist es auch wieder gut, und wenn ich so kleine Anfälle habe also wo ich merke jetzt ist das Herz also äh ist nicht so belastet das merke ich ja dann schon am nächsten Tag hat trete ich ein bisschen kürzer aber dann geht es wieder als ob nichts gewesen wäre: zwischendurch als ob nichts gewesen wäre - - es ist eigenartig!
- I: hm also mal so und mal so!
- H: mal so und mal so:
- I: wie ist es denn innerhalb ihrer Ehe wenn ich da einmal nachfrage einfach, ist da, Sie sagten ja gerade Sie verstehen sich gut mit Ihrem Mann
- H: ja
- I: und es ist dann schon auch die Zweisamkeit mit ihm: im Gegensatz zu dem Herumgeturne draußen sage ich jetzt einmal ähm wirkt es sich trotzdem auch irgendwie innerhalb Ihrer Ehe aus dass da irgendwelche Einschränkungen sind? - - oder dass Ihr Mann Ihnen vielleicht auch ja ich weiß nicht
- H: nein, er hilft mir wo er kann!

- I: der hilft Ihnen dann!
- H: der hilft mir wo er kann und er sagt auch immer 'wecke mich auf: wenn es dir wieder so schlecht geht!' er macht ja das mit: also es ist ja nicht so dass ich das einfach nur so sage, das ist wirklich: das sind die wirklichen: Todesängste wirklich Todesängste: die ich mir dann wieder weg- wegspreche indem ich sitze und das Wasser trinke und und; aber mit dem Stolpern da habe ich das auch nicht mit dem Herz- mit dem Wasser weggebracht ja?
- I: hm
- H: das das war dann ganz schlimm und äh ich habe halt dann Medikamente Sauerstoff also / nennt sich das und das hat mir dann ein bisschen geholfen und aber eigentlich auf unsere Ehe nicht!
- I: hm nicht.
- H: nein wir schauen dann Fernsehen oder wir sprechen miteinander
- I: ja
- H: und wir es ist ja so er hat ja noch Metzgerei auch angemeldet und ich mein Geschäft noch und äh da haben wir abends ja auch noch sehr viel zu diskutieren und wir wollten es jetzt aber weg- machen also im Juni wird das wird das äh die Metzgerei, mein Mann ist siebzig wird siebzig jetzt im Mai und ich werde sechsendsechzig im Februar, da hören wir dann auf!
- I: hm
- H: das steht jetzt schon fest.
- I: hängt das dann auch damit zusammen weil Beruf ist ja auch ein Punkt der eingeschränkt sein kann, ich meine gut: mit fünfundsechzig und siebzig hat man auch als Selbstständiger das Alter zu sagen 'ich möchte jetzt einfach in den Ruhestand!' ja?
- H: ich bin froh!
- I: das glaube ich Ihnen - - aber die Frage ist die: hängt das auch ein bisschen mit der Krankheit zusammen oder hätten Sie es auch so gemacht?
- H: das hätte ich so gemacht:
- I: hätten Sie auch so ok.
- H: wir haben ja noch Fischteiche wir haben ja noch viele Dinge nebenbei, wir haben Wald in den man dann gehen kann
- I: hm
- H: und äh ich freue mich darauf, wir haben ja nie die Möglichkeit gehabt mal zur Rhön zu gehen oder spazieren zu gehen, die vier Kinder haben einen äh äh ja? die haben einen auf Trapp gehalten und so
- I: hm

H: wie gesagt und wenn ich gewollt habe war ich immer zu müde: ich war immer müde müde müde: das ganze Leben war Müdigkeit, gearbeitet und dann am Abend müde, und der Sonntag: war für mich der schönste Tag, am Sonntag da konnte ich mich nach dem Essen nachdem ich gespült hatte einmal hinlegen: das und dann habe ich mal Kreuzworträtsel gemacht ich habe früher so furchtbar gerne gelesen ich war ja auf dem Gymnasium und äh ///// ich habe mich die ganze Woche auf den Sonntag gefreut:

I: hm

H: weil ich da mal und dann Ruhe: kein Radio null und gar nichts!

I: hm

H: und da habe ich mich jedes jeden wie gesagt so: auf den Sonntag gefreut das glauben Sie nicht: mein Kreuzworträtsel habe ich gemacht und dann war halt die Zeit da konnte ich dann war derartig viel Arbeit da da konnte ich keine Rätsel mehr lösen (Frau H lacht)

I: hm

H: und dann habe ich wieder angefangen und denke ich 'mein Gott bist du so blöd geworden? du bringst ja gar nichts mehr zusammen, jetzt wird es aber höchste Zeit dass du die grauen Gehirnzellen wieder animierst!'

I: hm

H: und das fiel mir ja so: schwer: Kreuzworträtsel zu machen und dann war für mich praktisch äh der Start wieder damit anzufangen!

I: hm

H: da habe ich dann Angst bekommen 'mein Gott darin bist du ja schon schon' - -

I: nicht mehr so fit?

H: nicht mehr so fit, und jetzt geht es wieder, ich habe natürlich wie wie Wortfindungsschwierigkeiten weiß ich was es ist aber ich brauche dann eine Weile und ich denke das trainiert: ja dann auch das Hirn!

I: ja klar!

H: so sehe ich das: und das lasse ich mir jetzt nicht nehmen jeden Sonntag wenn die Arbeit fertig ist lege ich mich hin auf die Couch ins Wohnzimmer und dann habe ich meine zwei Stunden totale Ruhe

I: hm

H: mit den Rätseln und da will ich nichts hören und nichts sehen das weiß auch mein Mann dann geht er alleine spazieren und ich ruhe aus und wenn wir vielleicht den Betrieb nicht mehr haben

I: hm

- H: dann kann ich vielleicht einen Sonntag auch einmal hinaus, ich kann mir das einmal unter der Woche gönnen dass ich mir das auch gönnen kann!
- I: hm ähm wie ist es denn jetzt: mit dem sozialen Umfeld oder dem Freundeskreis im Moment ist das immer noch so?
- H: ich habe gar nichts, wir haben Russlandausiedler da also in der Nähe und die haben sich da ein kleines Haus gekauft und das muss ich noch sagen das Haus das sie sich gekauft haben äh da war (Versprecher) eine Frau gewohnt und das war immer unser seelischer Mülleimer, mit dieser: Frau habe ich immer Kontakt gehabt und das ist mir auch furchtbar schwer gefallen die ist äh gestorben mittlerweile
- I: hm
- H: das war wie meine Mutter praktisch sie ist zu mir gekommen ich bin zu ihr gekommen also es ist nicht so dass ich nur mit meinem Mann Kontakt hatte, mit dieser Frau äh hatten wir immer Kontakt und auch im Ort selbst war ich auch beliebt wenn jemand kam oder wenn jemand Sorgen gehabt hat dann sind die auch zu mir gekommen und und ich habe sie getröstet und so oder ich war immer da für jeden!
- I: hm
- H: und - - - also so Kontakt habe ich schon wieder Russlandausiedlerin die jetzt in das Haus ist, die hat auch Probleme die hat eine behinderte Tochter äh und äh die anderen Kinder Sie wissen ja auch was das Problem mit den Russlandausiedlern ist die trinken so und einer ist jetzt auch in Diebstahl verwickelt da kommt der halt auch und weint sich aus und da muss ich es halt auch trösten
- I: hm
- H: und und äh also - - äh so habe ich dann und mit meiner anderen Nachbarin habe ich überall Kontakt;
- I: und diese Krankheit oder diese Anfälle die wirken da: oder haben doch einmal mindestens einschränkend gewirkt ja? oder habe ich Sie da falsch verstanden dass Sie halt gesagt haben ich bin ich habe Angst irgendwie was weiß ich einen Herzinfarkt zu bekommen oder plötzlich tot umzufallen und deswegen: ähm habe ich keine sozialen Kontakte oder deswegen: traue ich mich nicht mehr aus dem Haus!
- H: nein!
- I: gibt es da da gibt es kein Zusammenhang?
- H: nein überhaupt nicht nein überhaupt nicht überhaupt nicht!
- I: hm
- H: deswegen denke ich ja das muss: irgendwie ein ein also ich war ich war damals in Reha,

- I: ja
- H: das hat mich damals auch so fürchterlich geärgert also
- I: hm
- H: der der äh Psychologe der kam von der DDR herüber damals ist er rübergekommen das war 1988 1989 ich merke mir das nicht das ist so - - und äh da sind wir aufgenommen worden in / das war ein Hochplateau für äh äh Schlaganfallpatienten ja? und da haben sie mich ein bisschen dass einfach wieder die Hand kräftiger wird und auch das mit dem Sprechen das wurde da oben gemacht - - ja - - und sehen Sie? jetzt ist der Faden weg!
- I: hm Reha habe Sie gerade genannt ja: dass Sie Übungen gemacht haben.
- H: ja das wollte ich aber damit nicht sagen mit den Übungen,
- I: ja
- H: sehen Sie? so geht das!
- I: ja!
- H: aber nur: seit dieser: Zeit seit ich diesen Schlagan- also die haben ja gesagt es war kein Schlaganfall es war ein / oder ich weiß es nicht ich weiß es nicht ich bin ja auch noch nicht untersucht worden in der in der Geschichte
- I: hm
- H: aber äh äh es geht ja davon - - äh wir waren ja bei den Russlandausiedlern!
- I: nein wir waren bei der Frage
- H: ja genau: bei dem DDR-Arzt waren wir, jetzt habe ich den Faden wieder, ja und dann wird ja Aufnahme gemacht und so dann hat er gefragt 'wann ist die Mutter gestorben?' sage ich 'Mutter lebt noch.' 'wie alt?' 'die wird fast achtzig.' 'und was war mit dem Vater?' sage ich 'ja der Vater der ist äh mit sechsendsechzig mit vierundsechzig Jahren gestorben 1966' habe ich gesagt,
- I: hm
- H: '1902 war er geboren.' und äh 'ja an was?' habe ich gesagt 'ja das war ein Herzan- mit dem mit dem Herzen ist er gestorben der hat ein Kriegsleiden gehabt war bei der / und da hat er sich Asthma geholt Herzasthma ist er gestorben.' na ja da habe ich mir auch nichts mehr dabei gedacht und dann waren auch so vom Psychologen: waren so so Runden da und äh musste jeder etwas sagen und so aber da ist überhaupt: nichts über den Vater gesagt worden oder in der Richtung der hat mich gar nicht gefragt äh danach ja?
- I: hm
- H: nur wegen Arbeit und so haben sie halt einmal gefragt; dann ähm werde ich entlassen und mein Hausarzt liest mir vor: dass ich diese Krankheit bekommen habe überhaupt: den

Schlaganfall bekommen habe weil: mein Vater äh 19- schon mit vierundsechzig Jahren auch an einem Herzasthma gestorben ist,

I: hm

H: -- ja da habe ich mich aber aufgeregt!

I: hm

H: -- das war zwanzig Jahre nachher: und das war ja ein Kriegsleiden: vom Vater und ich habe ja nicht mit einem Gedanken daran gedacht, also wenn das: ein Psychologe macht und schreibt da nur rein nur dass er praktisch -- na nur etwas schreiben kann:

I: dass er halt eine Diagnose hat.

H: eine Diagnose: hat äh nur eine Diagnose hat: er hat mich wirklich nur gefragt 'wann ist der Vater gestorben an was? wann ist die Mutter?' die hat Osteoporose gehabt damals schon das habe ich auch: gesagt und das war zwanzig Jahre später!

I: hm

H: über zwanzig Jahre und deswegen: habe ich den Schlaganfall bekommen hat er richtig hineingeschrieben weil: mein Vater an einem habe ich mir eingebildet ich bekomme das auch an einem Asthma Herzasthma gestorben ist

I: hm

H: obwohl ich gesagt habe es war ein Kriegsleiden das Asthma, und dann hat er noch Dreschmaschine gefahren, diesen Staub noch eingeatmet, das kennen Sie ja nicht Dreschmaschine:

I: ich kenne es!

H: Sie kennen es so? und dann die hat er gefahren im Ort -- also und das jahrelang und da hat er diese Hustenanfälle ist immer weitergegangen also halt nichts mit Herz, wenn er das nicht gehabt hätte hätte er vielleicht heute noch gelebt, ich habe mir das nie eingebildet dass ich deswegen krank werde,

I: hm

H: freilich der Vater ist gestorben, die Oma ist auch gestorben die ich gerne gehabt habe, jeder muss äh äh seine Familienmitglieder und das tut: weh!

I: hm

H: das tut sehr weh: aber dass ich deswegen krank: werde, ich habe ja auch Familie ich habe mich ja äh äh ich habe ja mit meiner: Familie zu tun gehabt!

I: hm

H: mit meinen: Kindern und kann mich nicht hineindenken 'mein Vater war krank jetzt werde ich auch krank.' hatte ich gar keine Zeit dazu!

- I: hm gut also das ist jetzt natürlich da hat jeder so seine Erklärungsmuster, Sie haben Ihre der Psychologe hat seine, das muss nicht immer unbedingt zusammenpassen das ist klar, die Frage die mich jetzt insbesondere auch interessiert weil ich erlebe Sie jetzt als eine sehr - - ja vitale und agile Person die viel weiß über ihre äh Sachen die sie da einmal hatte
- H: ja
- I: oder immer noch hat, die aber und da spiele ich jetzt an auf die aktuelle Lebensführung jetzt bei dem was ich von Ihnen merke wie Sie vorhin sagten mitten im Leben eigentlich stehen, inwiefern und ich frage ja immer wieder Sie in diese Richtung wie ist es denn jetzt: mit dem Freundeskreis wie ist es denn jetzt mit dem sozialen Umfeld, wie würden Sie denn insgesamt Ihre aktuelle Lebenssituation in Verbindung: mit diesen Ängsten Paniken Herzsensationen einschätzen?
- H: da hat sich überhaupt nichts geändert - - äh ich gehe nicht mehr weg mit denen aber mit meinen mit meinen Kunden habe ich ein enges Verhältnis, die kommen mir neu ins Geschäft kommen und mit meinen Nachbarn auch
- I: hm
- H: also wir waren immer gut miteinander immer einer hat dem anderen geholfen und wenn einer etwas gehabt hat hat er es auch den anderen gesagt, also es ist nicht so dass ich jetzt hingegangen bin und habe gejammert ich sage ich jammere sowieso nicht ich sage einmal einen Tag nicht gelacht das ist ein verlorener Tag,
- I: hm
- H: das ist immer mein Wort wenn die wenn die Leute dann kommen `oh mir geht es so schlecht!`
- I: ja
- H: dann sage ich `ach da müsst ihr raus:` das geht auch ja?
- I: hm
- H: und ähm wenn es einem noch so dreckig geht aber man muss einmal am Tag lachen!
- I: hm
- H: einmal am Tag nicht gelacht ist ein verlorener Tag und schon lachen sie!
- I: hm
- H: nur mit dem Wort schon lachen sie!
- I: ja, und Sie haben aber trotzdem auch gesagt dass Sie mit den anderen trotzdem nicht weggehen,
- H: nein nein nein!
- I: also es handelt sich jetzt um Kunden und Nachbarn? wie würden Sie das

- H: entweder bin ich faul geworden ich bin zu faul um abends wegzugehen
- I: hm
- H: früher war ich es nicht früher wollte ich absolut und es ging nicht, und jetzt mag ich nicht!
- I: hm
- H: das ist eigentlich die Änderung die eingetreten ist ich mag gar nicht mehr weg ich mag nur weg wenn mich meine Kinder einladen die eine Tochter ist in *Bad Mergentheim und die anderen Kinder sind halt alle in *Stuttgart, und das na aber wir sind halt mit Telefon und mit den Enkeln verbunden und alles, ist alles heiter Sonnenschein auch die Kinder untereinander sind miteinander gut und äh sonntags und so wird immer angerufen ich rufe sie nicht an nur ab und an weil ich sage `möchte ich nicht: ich möchte euch nicht ständig äh überprüfen das hätte ich äh früher auch nicht gewollt dass die Mutter oder der Vater ständig angerufen hat, `wenn es so weit ist ruft ihr an wenn ihr wollt!` und so
- I: hm
- H: wenn es einmal ganz lange dauert dann rufe ich auch einmal an `wie geht es euch?`
- I: hm
- H: aber äh ich mag das nicht, die Kinder haben ihr eigenes Leben und wir haben ein eigenes Leben
- I: hm
- H: aber wir sind trotzdem eine Familie und äh es ist alles in Ordnung!
- I: und mit Ihren Kindern hatten Sie da auch nie Einschränkungen durch diese Herzgeschichten dass da irgendetwas nicht funktioniert hätte oder dass Sie sagen `ich kann mit meinen Kindern zum Beispiel entschuldigen Sie wenn ich immer wieder auf diese Sache zurückkomme aber mit diesem Kaufhaus warum konnten Sie das nicht betreten?
- H: ja wegen diesen Wortfindungsschwierigkeiten ich habe Angst ich blamiere mich!
- I: achso!
- H: ich blamiere: mich, wissen Sie ich habe ja unmögliche Worte gesagt und unmögliche Sätze und dann kamen ja nicht nur Leute die mich gekannt haben sondern die kamen ja aus anderen Dörfern auch!
- I: hm
- H: und äh ich habe nur Angst vor der Blamage gehabt und auch beim Weggehen: wenn man so zusammen einmal weggegangen sind ja äh die haben mich dann angeschaut ich habe das ja zwei dreimal probiert und dann ähm habe ich mich nicht mehr getraut etwas zu sagen dann haben `warum bist du denn so ruhig?` ja dann habe ich halt wieder einmal einen Satz gesagt und der ging voll in die Hose

- I: hm
- H: und dann habe ich immer mehr äh äh habe ich mich zurückgezogen!
- I: hm
- H: ich habe mich nicht mehr getraut: wegzugehen aber praktisch nur äh wegen diesen Schwierigkeiten wegen diesen Wortfindungsschwierigkeiten weil ich die Sätze so verdreht hatte!
- I: also quasi in einer Art Akutphase Ihrer Krankheit wenn man so will ja? und jetzt obwohl diese Anfälle immer wieder kommen sind diese Probleme jetzt nicht mehr da.
- H: die sind weg.
- I: gut, und mit Ihren Kindern gab es da in dem Bereich irgendwie auch so etwas oder dass Sie jetzt wegen diesen Wortfindungsstörungen gesagt hätten 'Mensch eigentlich ich will da nicht anrufen oder ich habe Angst dass ich mich mit denen irgendwie'
- H: nein!
- I: da gab es nichts?
- H: nein: die haben nur manchmal gelacht und da habe ich mitgelacht!
- I: na sehen Sie da sind wir wieder bei Ihrer fröhlichen Natur auch!
- H: ja genau: äh äh ich habe gelacht und sie haben gelacht und dann wenn wir wieder zusammengekommen sind im Sommer und dann haben sie wieder gesagt 'weißt du noch was du damals gesagt hast?'
- I: hm
- H: und dann äh die ganze Runde lacht dann herzlich ja?
- I: hm
- H: und das macht mir nichts aus da lache ich dann voll mit weil das ja wirklich ganz ganz tolle Sätze waren (Frau H lacht)
- I: hm also das heißt die aktuelle Lebensführung Sie sind eigentlich im Moment recht zufrieden?
- H: ich bin zufrieden:
- I: bis auf diese Abklärungsgeschichten die jetzt eben noch laufen mit der Krankheit ja?
- H: jetzt zum Beispiel mein Mann wird äh siebzig habe ich schon gesagt im April am Fünften ich werde am Sechzehnten sechsendsechzig, jetzt haben uns die Kinder eine Reise geschenkt nach Griechenland
- I: hm

- H: ich freue mich schon so darauf, ich habe dann halt wieder Angst weil diese äh Punktschmerzen gehen dann wieder an und ich merke einfach ich habe schon einmal einen Flug gehabt nach dem Flug war es wieder besonders schlecht ja?
- I: hm
- H: und jetzt nehme ich einfach dann mehr ASS also vor dem Flug und und Stützstrümpfe die haben auch geholfen das habe ich gemerkt
- I: hm
- H: dass die mir geholfen haben, und dann habe ich einfach zwei drei Tage bis ich dann auch äh jetzt sind wir in Griechenland das ist nicht so weit, die wollten uns eigentlich eine weitere Reise aber da habe ich schon einmal wegen dem Flug der ist dann nicht so weit
- I: hm
- H: und äh habe ich zwei drei Tage Schwierigkeiten und och das das zieht wieder und das ja? und dann habe ich auch manchmal wieder einen Anfall dort hatte ich auch: schon aber ich habe ihn dann wieder wegbekommen!
- I: hm - - gut also was ich aber wichtig finde was ich so heraushöre ist dass Sie keine Angst vor der Angst haben das ist ja in solchen Sachen oder?
- H: ich habe Angst vor den vielen ASS die ich nehme weil ich merke der Magen das wird ja alles dünner und das ist ich äh ich neh- ich esse jetzt zwar sehr viel: obwohl ich keinen Hunger habe nehme dann die Tabletten und esse noch einmal nach das habe ich ja gemerkt das hilft mir sehr, aber ich will von den ASS loskommen!
- I: hm
- H: dass ich nicht mehr so viele: Tabletten nehmen muss und vielleicht klappt es jetzt mit diesen Zäpfchen mit diesen Hormonzäpfchen, vielleicht hat man jetzt äh überhaupt diese Sache gefunden: dass das Blut klumpt, und das klumpt: das lasse ich mir einfach nicht nehmen!
- I: hm
- H: die sagen 'es klumpt nicht!' sage ich es klumpt: es klumpt nicht dauernd aber ich merke es!
- I: hm und das machen Sie abhängig von diesen Stichen da in den Beinen oder wie woher wie kommen Sie darauf dass
- H: wenn ich merke das sticht das macht mir nichts aus also da nehme ich normal eine manchmal einhunderter ASS dann dreihundert oder fünfhundert je nachdem wie ich mich fühle, und ich habe sie schon ausgesetzt habe ich weil die Ärztin hat gesagt 'setzen Sie es

doch einmal aus!' aber dann war etwas los, vierzehn Tage ging es aber: danach habe: ich einen Anfall bekommen ich habe gedacht 'nie wieder komme ich da heraus!'

I: hm

H: und dann habe ich an die zwanzig ASS genommen bei dem einen Anfall, aber verteilt auf ungefähr na sagen wir einmal zehn Stunden neun Stunden

I: so lange hat der Anfall gedauert?

H: die Nacht ja ja: ach das also akut: nicht akut: dauert er vielleicht eine Stunde,

I: hm

H: akut und dann entweder wird er höh- mehr: oder er lässt nach, wenn er mehr: wird dann muss ich noch mehr ASS nehmen immer mehr und immer mehr und immer trinken trinken trinken ja?

I: hm

H: und äh da kann ich aber gar nichts mehr da kann ich ja bald die Hand nicht mehr heben und gar nichts!

I: hm

H: so schlimm ist es, also beim akuten Anfall, und dann schwillt auch hier: schwillt das an manchmal an ganz: dick schwillt das hier an und wenn ich drücke tut es weh!

I: hm

H: oder wie heute Nacht hatte ich auch wieder so so, ich habe jetzt die ASS abgesetzt!

I: hm

H: das war noch nie: da also dass ich sieben Tage ASS abgesetzt habe und allerdings dann auch diese Zäpfchen, aber später habe ich die abgesetzt drei Tage sind (Versprecher) das jetzt her, und das war noch nie da dass ich sieben Tage ohne ASS ohne dass ich den Anfall hatte, und heute: Abend heute Nacht hatte ich wieder drei vier Stunden habe ich gedacht 'oh es baut sich wieder auf es baut sich wieder auf!' und dann hatte ich auch schon einen Teilanfall aber halt nicht so dass ich Panik bekomme, da habe ich gedacht 'na ja er wird nicht mehr er wird nicht mehr bekommst du wieder weg.'

I: wie schaut denn diese Panik aus? weil der Begriff ist ja auch sehr interessant!

H: aus, du meinst jetzt ist es aus!

I: hm

H: 'lieber Gott helfe mir!' ich bete dann 'lieber Gott helfe mir ich möchte noch ein bisschen leben!' manchmal wenn einem etwas danebengeht dann sagt man so 'ach wenn ich nur nicht mehr da wäre!' ja? so so beiläufig, und dann klammere ich mich ans Leben 'lieber Gott lasse mich noch ein bisschen leben!'

- I: hm
- H: 'ich möchte: noch nicht sterben!'
- I: hm
- H: -- und das sage ich dauernd vor mir; autogenes Training habe ich vorhin gemeint was ich nicht herausgebracht habe!
- I: mit der Entspannung
- H: mit der Entspannung ich mache autogenes Training und das klappt auch oft also wenn ich ich muss aber meine Tabletten nehmen ohne: habe ich es auch schon probiert es geht nicht! das Herz schafft es einfach nicht!
- I: hm
- H: das schmerzt ja auch, das tut dann so weh: und ich denke jetzt 'geht er durch geht er nicht durch?' die sagen 'im Herz gibt es keine Nerven das können: Sie nicht haben das das gibt es nicht dass im Herzen Nerven gibt!' sage ich 'ja aber bei einem Herzinfarkt hat man ja auch: Schmerzen oder?' ich kann es ich habe das Gefühl so ich kann es nicht anders sagen!
- I: hm
- H: und du denkst jetzt es ist aus also äh ich ich laufe dann sogar herum und ordne das noch also wenn ich gestorben bin (Frau H lacht) dass dass sie das nicht suchen müssen und das nicht suchen müssen; wenn ich gerade äh äh meine meine Büroarbeit gemacht habe das ist eine wichtige Sache dann lege ich es sogar noch hin dass sie das sehen, Testament habe ich sowieso gemacht so schlimm ist es, es ist sehr schlimm!
- I: hm aber jetzt: mittlerweile nur noch in diesen Anfällen während den Anfällen
- H: nur: in diesen immer: nur in diesen Anfällen!
- I: oder immer
- H: immer: nur in diesen Anfällen!
- I: also in diesen in diesen freien Intervallen da können Sie mittlerweile das Leben gut genießen?
- H: normal: leben normal leben! nur darf ich nicht wenn ich merke mein Körper erschüttert oder so wenn ich im Garten bin wir haben ja auch noch einen Garten, und äh ich mache mit der Harke so und wenn ich das viel mache dann habe ich es ja auch die Nacht: also wenn mein Körper Erschütterungen: da habe ich das auch!
- I: hm
- H: oder ich fahre einmal im Bus da fahre ich auch mit äh wenn äh das das mache ich ja noch also beim Verein
- I: hm

- H: fahren wir jedes Jahr weg, letztes Jahr waren wir in Belgien und danach: nach diesem Bus-schütteln habe ich das dann auch also wenn der Körper geschüttelt wird irgendwie!
- I: hm
- H: dann dauert es; oder ich muss mehr ASS nehmen: dann kann ich das manchmal noch noch äh verdrängen mit den mehr ASS!
- I: hm
- H: merke ich wieder 'oh das kommt mir wird es gar nicht gut!' und es wird mir schlecht mir ist es ja dann ewig schlecht, es ist nicht nur dass diese Panikanfälle sondern mir wird es ja sehr: schlecht dabei!
- I: hm
- H: nicht dass das Herz sehr stark schmerzt oder es tut weh dabei: aber mir wird es unheimlich schlecht!
- I: hm - - - aber interessant ist wirklich so im Vergleich zu vielen anderen Patienten dass Sie in diesen Intervallen zwischen den Anfällen dann offensichtlich ganz gut leben können!
- H: kann ich gut: leben ja kann ich sehr gut leben!
- I: was wünschen Sie sich denn für die Zukunft? das wäre jetzt an der Stelle noch eine Frage - -
- H: dass ein Befund da wäre!
- I: Sie wünschen sich einen organischen Befund?
- H: ich wünsche einen org- was heißt organisch? egal wie! aber äh einen Befund!
- I: hm
- H: ich komme mir wie ein Depp vor verstehen Sie?
- I: hm
- H: ich komme mir ja vor als wenn ich da irgendwie äh äh mich da hineindrängen würde und würde Krankheit haben wollen:
- I: hm
- H: man findet ja nichts: und das ist für mich das Schlimmste!
- I: hm
- H: man findet nichts! es ist für mich so schlimm - - - (Frau H beginnt zu weinen)
- I: also das würden Sie sich wünschen dass da irgendwie etwas
- H: dass irgendetwas gefunden wird und dass man dann anfangen kann äh dagegen etwas zu tun!
- I: hm

- H: entweder einmal die die Adern durchleuchten ich weiß ja nicht ob es geht: ich weiß es nicht!
- I: hm ja gut ich meine mit dieser dieser Katheteruntersuchung ist man ja in diese Richtung gegangen und wenn da: an diesem Monitor was Sie vorhin beschrieben haben
- H: ja das war ja dann gut: der der das ist ja losgekommen und war Jahre gut!
- I: hm
- H: und jetzt äh fing das wieder an! - - -
- I: hm also wissen Sie was ich glaube bei dem Herrn Csef: bei dem Sie hier dann auch noch in Behandlung sein werden: ich glaube heute Nachmittag haben Sie noch einen Termin mit ihm
- H: ich weiß es nicht
- I: ähm der wird glaube ich zu Ihnen noch irgendwie kommen bei dem sind Sie gut aufgehoben, der ist da Experte mit diesen Dingen bei denen man vordergründig nichts findet, ähm also da können Sie ganz beruhigt sein, aber trotzdem: sind Sie froh dass es nichts Organisches ist ich denke das wäre wesentlich schlimmer weil wenn: jemand verengte Herzkranzgefäße hat oder einen Infarkt oder was auch immer dann ist es ja wirklich dramatisch und zumindest hat man bei Ihnen in der: Geschichte noch nichts gefunden, ich glaube ich wäre an Ihrer Stelle da beruhigter!
- H: eine Ärztin hat gesagt das können die Herzkranzgefäße sein
- I: hm
- H: das können sie sein!
- I: aber wenn Sie jetzt bei der Katheteruntersuchung nichts gefunden haben sind sie es nicht!
- H: ja die Katheteruntersuchung weiß ich nicht ob das bis zum Herz ging die haben die Adern haben die angeschaut!
- I: doch das geht
- H: wegen der der Halsschlagader, da haben die den Katheter rein und da war ja damals auch ein Befund da!
- I: hm
- H: die haben den in die Halsschlagader nicht ins Herz das weiß ich! hier (Frau H zeigt auf ihre Halsschlagader) ist er hineingekommen!
- I: sie machen das eigentlich wegen dem Herz hauptsächlich also da denke ich mal sind Sie dann ganz gut beraten gewesen!
- H: ich habe mir nur gedacht damals haben die da etwas heraus entweder eine Verengung dass eine Verengung weg war
- I: hm

H: oder es war doch etwas drinnen das sie zurückgezogen haben beim Herausziehen war das!

I: hm

H: da hatte ich ja noch einen einen praktisch einen Ansatz!

I: hm

H: von einem Blutdruckabfall, dann kam der nie wieder!

I: hm

H: ich habe ja früher das hätte ich ja auch nicht mit autogenem Training weggebracht!

I: hm

H: unmöglich: das waren äh äh Anfälle die hat nur der Arzt da musste ja der Arzt kommen!

I: hm - - - also ich finde Sie haben jetzt ein ganz rundes Bild abgegeben in diesen ganzen Bereichen die wir hier so angesprochen haben - - Alltag Beruf Familie soziales Umfeld die Zukunftsplanung und so Krankheitsgewinn haben Sie ja auch genannt dass Sie sich mehr am Leben freuen dass Sie bewusster: leben jetzt - - wollen Sie oder haben Sie das Bedürfnis noch irgendetwas dazu zu der Frage zu sagen entweder: was hat die Krankheit aus Ihrem Leben: gemacht oder was haben Sie: aus der Krankheit gemacht? weil ich habe irgendwo das Gefühl dass Sie trotz: dieser Anfälle die Krankheit irgendwie in Ihr Leben schon integriert haben also Sie wissen: ja um diese Problematik die da gelegentlich einmal kommt dadurch dass Sie diese dieses Aspirinprodukt da nehmen gehen Sie ja irgendwie mit der Krankheit auch um: also Sie können ja ganz gut eigentlich damit leben - - ja das haben ja Sie aus der Krankheit gemacht; wollen Sie zu diesem Komplex noch irgendetwas sagen?

H: ja ich kann nur sagen dass diese Anfälle ja nicht dauernd kommen manchmal habe ich ja ein viertel Jahr gar nichts!

I: hm

H: und dann denke ich 'ach da kommt doch nichts mehr ich bin gesund!' und dann holt mich halt das immer wieder ein: und da denke ich 'ja jetzt bist du gesund was willst du denn mehr?' und dann gehe ich einfach auch wieder über meine Grenzen, ich arbeite dann wieder viel ich habe mein ganzes Leben lang nur gearbeitet ich bin das nicht gewohnt das Hinsetzen und dann auf einmal bekommst du wieder eine auf den Kopf gedeckelt!

I: hm

H: sage ich immer 'mein Gott' denke ich 'jetzt ist es vorbei!' nein - - es kommt dann doch wieder aber wie gesagt ich habe schon ein halbes: Jahr nichts mehr gehabt, es ist nicht so dass das jetzt immer immer wieder kommt aber ich merke einfach wenn das da unten dann so komische Schmerzen gibt und es ist so dass ich manchmal einen lauten Schrei ausstoße die kommen urplötzlich: aber aber Punktschmerzen: es sind Punkt: oder es sind größere Kreise

dass sich das so als großer Kreis verschwommen dann der Schmerz als Kreis verschwommen da gibt und dann merke ich sie kommen immer höher herauf und je höher sie steigen und das habe ich auch erst mit den Jahren: ich mache das jetzt ja achtzehn Jahre: mit!

I: hm

H: mit den Jahren habe ich das erst aufgenommen in meinem Kopf!

I: hm

H: und dann oder je je schlimmer ich ich die empfinde je größer: diese Punkte desto schwerer wird dann der Anfall aber das kann sich drei Wochen hinauszögern vier Wochen oder es kann auch dann äh in drei vier Tagen sein da denke ich dann gar nicht mehr daran und plötzlich ist der Anfall: da!

I: hm

H: aber vorher tun sie sich in diesen: Punktschmerzen ankündigen, und dann jetzt habe ich einfach gemerkt dann nehme ich jetzt wenn ich diese Schmerzen habe mehr ASS und dann kommen die auch gar nicht mehr, also ich bin praktisch mit meiner Krankheit jetzt schon verwachsen ich kann schon sagen wenn ich das mache und das mache äh kommen sie vielleicht nicht mehr und dann kommt einfach dann plötzlich doch noch etwas ja?

I: hm

H: wo ich gar nicht mit rechne aber ich kann das oft äh verschwinden lassen durch diese ASS da nehme ich dann mehr oder weniger ich muss die dann individuell dosieren - - - also so habe ich das Gefühl!

I: hm - - - ok - - - wollen Sie noch etwas sagen? ich habe so den Eindruck jetzt ist es eine runde

H: ich habe Ihnen schon ganz viel gesagt da bekomme ich direkt Komplexe dass ich einen solchen Schmarren gesagt habe!

I: wir reden eine Stunde jetzt schon!

H: eben: jetzt habe ich Komplexe dass ich mich so äh überhaupt äh - - - mich ausgebreitet: habe vor Ihnen!

I: Sie müssen da keine Angst haben das wird alles verfremdet hinterher von Ihrer Person bleibt da nichts übrig!

H: ich spreche nur nicht oft derartig viel verstehen Sie? und schon über die Krankheit einmal gar nicht verstehen Sie? deshalb habe ich das auch aufgeschrieben dass ich das bloß niemandem mehr sagen muss das geht mir bis hier oben!

I: hm ja gut nur ich äh bin ja an dieser Krankheit sehr interessiert deswegen müssen Sie bei mir da jetzt keine Komplexe haben, ich bin froh dass Sie an der Studie teilgenommen haben;

ich schalte das Gerät jetzt einmal aus, wir können uns dann ja noch kurz unterhalten, aber dann sind wir jetzt mit der Aufnahme fertig oder?

H: (Frau H flüstert) ja!

Patient 9 (Herr J)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Herrn J wurde am 13. 01. 2004 zwischen 16.00 und 17.00 Uhr in den Räumlichkeiten der Würzburger Poliklinik im direkten Anschluss an eine Therapie-sitzung bei Prof. Csef geführt.

Kontaktherstellung: Prof. Csef hat den Kontakt zu Herrn J hergestellt, weil er sich bei ihm schon längere Zeit in Behandlung befindet. Ein erster geplanter Termin im letzten Jahr konnte nicht stattfinden, weil der Interviewer zeitlich verhindert war.

Gesprächsbedingungen: Herr J ist im Vorfeld der Befragung auf das gespannt, was ihn erwartet. Der Patient erzählt sehr offen über sein Leben mit der Herzneurose und bindet den Interviewer in das Gespräch mit ein. Interessanterweise bringt Herr J einen Ordner mit zum Interview, der die komplette Dokumentation seiner Erkrankung enthält. Er zeigt dem Interviewer alte Arzt-berichte, EKG-Kurven und Aufnahmen, die im Rahmen einer Endoskopie gemacht wurden. Herr J fällt daher bereits im Vorfeld des Gesprächs dadurch auf, dass er in perfektionistischer Art und Weise den Verlauf seiner Erkrankung dokumentarisch festhält – dieses Verhalten dürfte ein Indiz dafür sein, dass die Herzneurose ein fester Bestandteil seines Lebens ist.

Anamnese: Der Patient ist 61 Jahre alt und unterrichtet an einem Würzburger Gymnasium. In einem amtsärztlichen Gesundheitszeugnis wird ihm bereits vor Jahrzehnten eine Herzneurose bescheinigt, zum Zeitpunkt des Interviews leidet der Patient an internistischen und psychosomatischen Erkrankungen, die eine intensive medizinische und psychologische Betreuung nötig machen. Herr J lebt zusammen mit seiner Ehefrau im Eigenheim, er hat zwei erwachsene Kinder.¹⁷⁹²

Dissertationsrelevante Diagnose: Der Patient leidet an einer Herzneurose und kommt daher für die vorliegende Studie in Betracht.

¹⁷⁹² weitere Angaben zu Herrn J werden aus Gründen des Datenschutzes nicht erwähnt

J = interviewter Patient

I = Interviewer

J: also wo sind wir denn? in Würzburg!

I: genau und heute ist der dreizehnte! Januar 2004; - - - super vielen Dank! (Herr J hat die Einverständniserklärung ausgefüllt und unterzeichnet); also dann danke ich Ihnen noch einmal ganz offiziell jetzt wo auch der Mitschnitt läuft dass Sie an dieser Studie teilnehmen,

J: ja: ja:

I: Sie sind jetzt der neunte Patient das wollte ich Ihnen noch sagen!

J: Hitler war der siebte ja (Herr J lacht); eine Frage bekommt man dann die Doktorarbeit wenigstens zu sehen?

I: ja die wird im Laufe dieses Jahres fertig und wenn es Sie nicht abschreckt tausend Seiten zu lesen dann dürfen Sie die gerne lesen!

J: ich lese gerade die Doktorarbeit einer ehemaligen Schülerin die hat auch tausend Seiten!

I: also dann sind Sie es gewohnt dann können Sie die gerne haben!

J: aber die ist für mich vielleicht unverständlich; gut!

I: ok also es geht mir wie gesagt einfach darum ich habe es Ihnen ja gerade erklärt dass Sie einfach einmal vielleicht kurz darauf eingehen wie der Beginn und die Weiterentwicklung Ihrer Krankheit gewesen ist also kurz im Überblick und dann eben ausführlicher auf die Bereiche Ihres täglichen Lebens, was Sie erzählen möchten: wie sich Ihre Herzneurose Herzangst wie auch immer sich das jetzt bei Ihnen: nennt da gibt es sehr viele verschiedene Begriffe, auf Ihr Leben auswirkt und umgekehrt vielleicht: was Sie aus dieser Krankheit gemacht haben, denn es gibt ja auch so etwas wie einen Krankheitsgewinn bei vielen Erkrankungen, dass Sie vielleicht sogar einen Profit: hätten: ich weiß es nicht es gibt solche Patienten.

J: stellen Sie die entsprechenden Fragen dann weiß ich was Sie meinen!

I: hm ok - - also dann ja: vielleicht fangen Sie einfach einmal kurz an im Überblick zu erzählen wie das mit dieser Erkrankung angefangen hat und sich vielleicht über die Jahre weiterentwickelt hat!

J: ja glauben Sie ich kann das alles noch auswendig? (Herr J schlägt seinen Ordner auf) - - - ja: - - jetzt läuft Ihr Ding jetzt muss ich mich natürlich beeilen! - - - Kardiologie; das war 1997,

I: hm

- J: - - - ähm 1997 da hatte ich plötzlich nachts; es wäre vielleicht besser wenn Sie sich das fotokopieren: hatte ich plötzlich nachts äh die typischen die typische Arrhythmia absoluta, ich wusste nicht was das ist weil ich so etwas ja noch nie gehabt habe!
- I: hm
- J: äh ich rief an - - beim - - - bei der Rettung äh es kam der Arzt der sofort den Rettungswagen also bestellt hatte die Ambulanz und die haben also gesagt ich müsse sofort ins Krankenhaus ich hätte eine Arrhythmia absoluta, mir war dieser Begriff ja natürlich nicht vertraut, wenn man so etwas noch nie erlebt hat bei jemandem, Bekannten Verwandten äh ist man damit nicht vertraut, sehen Sie deswegen habe ich mir all das Zeug hier aufgemalt!
- I: hm
- J: und äh (Herr J räuspert sich) es war also dann so dass man mich äh ins Krankenhaus transportiert hat äh ich will jetzt diese einzelnen Dinge nicht: äh erläutern, äh ich wünschte nicht nach *Schweinfurt zu kommen, als *Würzburger geht man nicht freiwillig nach *Schweinfurt sondern nach *Würzburg!
- I: hm
- J: das liegt ja nahe: zu Herrn Dr. *Groß, wie Sie jetzt mittlerweile vielleicht auch wissen Schüler war von Professor Csef,
- I: hm
- J: und äh dann hat man - - - schon; ich war also nicht transportfähig, hat mir man also dann Medikamente gegeben das müsste man jetzt hier alles nachlesen!
- I: das brauchen Sie nicht ich äh habe Einblick in den Arztbericht das kann ich dann hinterher machen!
- J: sodass ich also äh sodass ich also dann nach *Würzburg kam und äh eigentlich nicht wusste was mit mir los ist - - und äh dann äh noch zu meiner Frau gesagt habe `na ja wenn der alte Herr will dass ich gehe dann gehe ich halt, wenn er mich hier noch gebrauchen kann dann bleibe ich hier.`
- I: hm
- J: ich war also erstaunlich ruhig: also ich hatte keine äh ich muss ja das erzählen was Sie hören wollen: worüber Sie hören wollen nicht was: Sie hören wollen, wir sind ja nicht nicht bei äh äh bei der Gestapo! ähm äh die; ich hatte also keinerlei Angst dergestalt dass ich sage `jetzt muss ich sterben!` ich habe gesagt `na ja wenn es jetzt aus ist dann ist es vorbei!` äh es war nicht: vorbei, Sie sehen ich lebe noch!
- I: hm

- J: äh ich wurde dann nach nach einer gewissen Aufenthaltsdauer entlassen - - - was man mir alles gegeben hat steht ja hier; und äh ja: und im Allgemeinen ging das dann recht - - hier habe ich meinen Bericht: das war also am vierundzwanzigsten November 1997 nachts um zwei Uhr äh ich wurde mit / behandelt, anfallsweise einmal /, das ging also eine gewisse Zeit gut ich hatte dann gar keine Probleme eigentlich mehr, man hat mir nur gesagt ich solle nicht zu viel trinken man hat also auf das Trinken und alle möglichen Geschichten getippt, ich solle nur einen viertel Liter Wein trinken am Tag oder einen halben Liter Bier und solche Dinge mehr!
- I: hm
- J: äh dann hatte ich am kam ich am vierundzwanzigsten Januar 1998 also in der Nacht vom Heiligen Abend auf den ersten Feiertag wieder: ins Krankenhaus, gleiches Erscheinungsbild Arrhythmia absoluta: äh hier: sagte damals Dr. *Groß na das wäre einfach die Freude gewesen meine Kinder kamen nach Hause, aber vom heutigen Standpunkt her war einfach das zu viel für mich!
- I: hm
- J: ich war sehr äh in der Schule gestresst ich war sehr engagiert und das bin ich auch heute noch wo ich nur noch Teilzeitbeschäftigter bin,
- I: hm
- J: und und von da an kamen also diese Anfälle öfter äh es war noch zweimal 1998, es war dann 1999, und äh es war aber fast immer in Zeiten der Ruhe: wie das hier also einmal um Weihnachten war, so kam es einmal Pfingsten und zwar in Georgien im Kaukasus äh was nicht ganz angenehm war denn da gibt es natürlich in unserem Sinne keine Ärzte!
- I: ja.
- J: äh die haben das sogar hinbekommen mit Naturmitteln, ich lernte da die so nur am Rande viell-
///// ich lernte eine Dame kennen die so in der Akademie der Wissenschaften von Georgien für Naturheilkunde zuständig ist, kaukasische Naturheilkunde und äh die haben das wieder hinbekommen mit irgendwelchen Melissen,
- I: ach ja!
- J: und äh gewissem Honig, die haben anderen Honig und haben da wirklich und plötzlich war die Arrhythmie weg schlagartig:
- I: hm
- J: - - - äh 2000 im gleichen Jahr war ich im Juli noch einmal in der Klinik, dann 2001 hatte ich eine absolute Arrhythmie wieder Pfingsten interessanterweise, ähm 2001 dann noch

einmal äh zu Beginn der großen Ferien, Sie merken also es ist immer in in in diesen Endspurtzeiten:

I: ja!

J: äh deswegen das habe ich mir einmal herausgezogen, vor kurzem das sind hier weitere Erkrankungen völlig anderer Art also Zahnarzt und so weiter,

I: ja

J: ähm dann war es wieder Arrhythmia absoluta am fünfundzwanzigsten Dezember 2001, also schon einmal am fünfundvierundzwanzigsten Dezember, also es ist immer diese Sache, dann hatte ich am vierundzwanzigsten Juli 2002 Herzrasen, und jetzt am dreizehnten August 2003 in Ungarn!

I: hm

J: musste ich auch wieder mit Blaulicht transportiert werden das war nicht ganz einfach weil äh ich keinen Arzt erreichen konnte, ich habe bei der Polizei angerufen in diesen ehemals sozialistischen Staaten funktioniert das noch, wenn man die Polizei anruft kommt dann auch der Rettungswagen einige Minuten später!

I: hm

J: und man hat mich halt ins Krankenhaus geschafft und hat mich mit Propafenon behandelt und äh - - ja ist ja auch egal; - - ja: das war also wie heißt das so schön? die Amnesie! (Versprecher)

I: hm, also Beginn und und einfach die Weiterentwicklung; hat das dann da wirklich erst angefangen 1997 oder hatten Sie schon vorher Probleme?

J: nein: ich hatte zumindest keine spürbaren: Probleme,

I: hm

J: wissen Sie das brauche ich Ihnen nicht zu erklären ich meine wenn man sich nicht beobachtet, sicher: ich habe seit meinem siebzehnten Lebensjahr nach dem Mittagessen immer das Bedürfnis mich ein bisschen hinzulegen,

I: hm

J: wenn ich ein größeres Essen zu mir nehme muss ich mich hinlegen sonst habe ich Herzbeschleunigung: gehabt, aber das ist halt so!

I: hm, aber Sie haben es also schon sehr früh eigentlich?

J: ja: ja: ja: ja: das hat er hier herausgekitzelt Professor Csef: schon 1959:

I: ach!

J: hatte ich hatte ich das was man damals vegetative Dystonie nennt!

I: hm

- J: nein also recht interessant 'wegen vegetativen nervösen Störungen zeitweilig mit unangenehmen Herzsensationen steht *Herr J in Arztbehandlung.'
- I: hm
- J: aber wissen Sie wie alt war ich damals? da war ich also siebzehn Jahre alt!
- I: hm
- J: Sie können sich vielleicht an die Zeit noch eher erinnern als ich bei mir ist es ja so weit her dass ich ja gar nicht weiß dass es vielleicht einmal gewesen ist, ähm es äh es ist also da war: schon etwas,
- I: hm
- J: aber ich habe es nicht realisiert: und habe gedacht 'na ja das ist: eben: so:'
- I: hm
- J: - - wissen Sie wie einer der schlecht sieht, solange er nicht beim Augenarzt ist dann ist es eben so!
- I: hm
- J: es muss ihm erst jemand sagen 'du sitzt in der letzten Reihe siehst die Tafel nicht die anderen sehen sie!'
- I: hm
- J: verstehen Sie? das hat mir keiner gesagt auch mein Körper hat es mir nicht gesagt weil hier in diesem wann war es? 1997 da im November äh äh da hat es mir mein Körper laut und deutlich gesagt 'jetzt: so geht es nicht weiter!'
- I: hm
- J: können Sie damit etwas anfangen?
- I: ich kann damit prima: etwas anfangen!
- J: schön, dann fragen Sie mich mal weiter!
- I: ja: wie wie also wenn wenn das jetzt so der Status quo ist sagen wir einmal ja? wenn das jetzt der Sachverhalt ist ähm wie wie hat sich denn diese Sache entweder schon früher: oder erst seit 1997 auf Ihre verschiedenen Lebensbereiche ausgewirkt? auf den Alltag vielleicht als Überbegriff und als Unterkategorien zum Beispiel Familienleben: oder oder auch mit Ihrer Frau oder in der Schule: das Berufsleben zum Beispiel das sind ganz wichtige Dinge!
- J: ja wissen Sie die paar Stunden die ich unterrichte ähm ja Weiterentwicklung: ja es führte dazu dass ich einfach merkte beim ersten Mal noch nicht: da hieß es 'ja also - - - nicht so viel essen nicht so viel trinken!' ähm - - - wegen des Drucks auf das Herz; ja das ist schon einmal eine Einschränkung, wissen Sie ich man ist ja kein Alkoholiker aber das Wissen: darum 'du kannst ja machen was du willst du bist ja so frei dazu!' und wenn man halt Besuch

bekommt; sagen wir einmal ich konnte; ich weiß nicht ob man das aufnehmen sollte (Herr J lacht); ich konnte in Ungarn bis zu vier Liter Wein am Tag trinken ohne betrunken zu sein die Ungarn können das!

I: das ist eine andere Kultur das ist klar.

J: und die fangen frühs um zehn Uhr an und dann haben wir uns eben so durchgelöffelt ja?

I: hm

J: äh das ging dann eben nicht mehr: ich meine ich merke das schon äh dass ich sagen wir einmal eine gewisse eine gewisse Einschränkung: der Lebensfreiheit: hatte, ich meine man muss nicht saufen,

I: hm

J: ähm - - dann kam das dazu dass ich wie gesagt äh nicht mehr weggehen konnte und ähm - - - ja und und und - - vielleicht jetzt: meine Frau sagte das letzte Mal als ich wieder einen solchen Anfall hatte `mit dir kann man ja nicht mehr weggehen und nicht mehr wegfahren, man weiß ja nie was einem passiert!'

I: hm

J: schauen Sie ich war in dem Ungarn ganz lustig und vergnügt war alleine da, ich fahre bin schon seit über fünfundzwanzig Jahren dort ich kann die Sprache sprechen ich darf die nicht verlernen, und äh das ist also nicht weil ich weg von meiner Frau will sondern da gehe ich in ein Kurbad und das ist für meine Frau die zehn Jahre jünger ist als ich nicht gerade das Schönste, die ist gesund: und ich habe es also mit dem Kreuz und alle möglichen Sachen, Sie merken dass ich immer solche Bewegungen mache weil ich Schmerzen habe,

I: hm

J: und äh - - ja äh und und ich hatte ausgemacht mit einem Nachbarn dass wir äh an dem dreizehnten August irgendwo hinfahren wollen,

I: hm

J: nun könnte man sagen ich hatte Angst vor dem Wegfahren, das stimmt ja nun gar nicht!

I: hm

J: gut vielleicht hatte ich eine Angst die mir nicht bewusst ist aber ich meine damit kann ich natürlich alles begründen ja?

I: hm

J: also äh äh dann äh kann ich jeden einen Heuchler nennen, man glaubt zwar zu glauben aber in Wirklichkeit heuchelt er also damit kann ich ja alles relativieren!

I: hm

- J: äh deswegen lasse ich mich auch auf dieses (Versprecher) Psychologisiererei jetzt einmal nicht ein; ähm im Gegenteil es war mir ja peinlich den Leuten sagen zu müssen äh `es tut mir Leid jetzt schleppen sie mich ab!' ja? ins Krankenhaus, und ich meine in ein ungarisches Krankenhaus zu gehen, meine Frau hat einen Blinddarmdurchbruch gehabt, ist nicht gerade ein positives Erlebnis!
- I: hm
- J: äh ich wollte auf das Klo gehen da musste ich mir erst im OP die Tupfer holen damit ich mir den Hintern abwischen konnte,
- I: hm
- J: es ist also sehr karg!
- I: hm
- J: und es gibt auch nichts zu essen dafür ist die Familie zuständig; und ähm - - - also es war nicht etwa dass ich Sehnsucht nach nach äh Gemeinschaft hätte denn im Gegenteil ich habe mir ja ein Haus gemietet in Ungarn ein kleines Häuschen für vierzehn Euro am Tag, äh ein richtiges festes Haus: äh weil: ich Ruhe haben wollte, wissen Sie wenn ich Umtrieb haben will kann ich in die Schule gehen das reicht mir dann das brauche ich nicht; und äh - - - also auch das ist nicht der Grund äh warum es mir so ergeht (Herr J hustet) - - - äh es ist schon eine Einschränkung und ich merke dass ich müder: geworden bin, müde nicht im Sinne des äh Schlafbedürfnisses ich brauche wenig Schlaf sondern äh müde dass ich nicht mehr dass dass es nicht mehr so flott von der Hand geht, man merkt dass man alt: wird: im nicht im Sinne des Lebensalters sondern eben den Ermattung:
- I: hm
- J: dass ich keine Schlafmütze bin das merken Sie an der Art wie ich erzähle!
- I: richtig!
- J: na ich meine man kann ja sagen `na ja das ist halt ein alter Trottel!'
- I: nein nein also dazu stehen Sie glaube ich noch zu sehr im Leben als dass man das vermuten könnte!
- J: ja deswegen hat das / er hat ja vor ähm Professor Csef hat vor einem Jahr gesagt `ja wie lange wollen Sie denn noch leben?' und dann habe ich gesagt `na ja so lange werde ich es nicht mehr machen.' dann hat er gesagt `ja wenn Sie nicht sofort aufhören sind Sie in einem halben Jahr tot!' jetzt ist ein Jahr vorbei ich habe nicht aufgehört ich lebe noch immer!
- I: was aufhören, was hat er damit gemeint?
- J: mit dem Arbeiten mit dem Beruf.
- I: aha!

- J: äh ich stresse mich einfach sehr hinein ja?
- I: hm
- J: ja im Beruf: ja gut ja dass dass ich ab diesem Schuljahr Teilzeit mache,
- I: hm
- J: ich mache meine ganzen Studiendirektorsarbeiten noch, die kann ich mir ja so legen wie es mir passt, und äh unterrichte zehn Stunden und suche mir die Klassen heraus die ich unterrichten will das ist angenehm.
- I: und diese Teilzeitreduzierung kommt wegen der Krankheit?
- J: ja: schauen Sie es ist nicht: damit ich eher aufhören kann wie das ja viele machen das wissen Sie auch mit dem Blockmodell dann krache ich halt ran: wenn es mir schlecht wird bin ich krank, Überstunden kann ich kaum mehr machen weil ich ja alles voll gestopft habe,
- I: ja ja!
- J: äh das könnte ich nicht das könnte ich nicht ich habe auch gesagt ich hab- ich kann keine Vertretung mehr machen, bei uns sind drei vier Lehrer wegen Herzerkrankung außer Dienst zeitweise!
- I: hm
- J: das wird schlimm wird das wenn das so weitergeht, aber das ist eine andere Sache.
- I: ja ich bin selbst auch in einer Schule ich bin hier in Würzburg in der Schule für Kranke also ich kenne das auch bei Kollegen also dieses Burn-out-Syndrom ich meine gut bei mir sind es
- J: ich weiß nicht ob man das Burn-out nennen kann wissen Sie damit kann man ja kokettieren nicht?
- I: die Medizin will allem und jedem einen Namen geben also das können Sie auch anders nennen das ist egal ich denke das ist individuell!
- J: nein die können einfach nicht mehr!
- I: ja!
- J: die können nicht mehr.
- I: und bei Ihnen ist es also auch so dass eben wegen dieser Herzgeschichte unter anderem oder dieser Ermattung die Sie genannt haben
- J: ja
- I: weil Sie so gewissenhaft sind einfach gesagt haben 'ok!'
- J: ich weiß nicht ob ich gewissenhaft bin, das sagen die anderen Leute.
- I: nein Sie: haben gerade gesagt Sie können nicht: sich einfach krankmelden das ist für mich ein Zeichen der Gewissenhaftigkeit!

- J: na ja gut das ist richtig ja, ich bin heute auch nicht ich habe mich heute auch nicht krankgemeldet obwohl ich kaum noch krächzen kann!
- I: sehen Sie?
- J: na ja Gott wissen Sie wenn Sie eine Kollegstufe haben und das vier Stunden hintereinander da doziere ich doch, was soll ich denn die Verantwortung mir geben die wissen es doch sowieso nicht!
- I: (Interviewer lacht) ja gut.
- J: ich diskutiere doch mit Säuglingen nicht ob sie Milupa oder Alete essen wollen.
- I: das ist auch eine Einstellung!
- J: ja: wenn die gut sind dann lasse ich sie gerne, aber wenn sie es nicht können ich bin doch hier nicht ein Schlangendompteur der sagt `jetzt müsst ihr etwas sagen jetzt müsst ihr etwas sagen!' so etwas verlangt man bei einer Lehrprüfung ja!
- I: nein das sehe ich auch so, so bin ich in der Schule auch das ist schon ok; aber jetzt noch einmal zurück also der ok das haben wir jetzt,
- J: wo unterrichten Sie denn?
- I: ich bin in der Schule für Kranke hier in Würzburg in der Kinder- und Jugend-
- J: ja was ist denn Schule für Kranke?
- I: das ist eine Klinikschule.
- J: da haben Sie aber normale Kinder mit normaler Entwicklung weitgehend oder?
- I: sowohl aus der Psychiatrie als auch verhaltensoriginelle: Schüler so nennt sich das heute!
- J: ich weiß man findet für alles etwas Positives! früher war man ehrlich heute ist man höflich, äh es gibt keinen Kriegsminister mehr sondern einen Verteidigungsminister ich weiß!
- I: ok also Sie haben gesagt dass also dieser dieser Einschnitt in den Beruf ganz klar daher kommt ähm ist ja beachtlich weil das hat ja für Sie dann auch finanzielle Einbußen die Sie freiwillig dann quasi hinnehmen.
- J: ach wissen Sie meine Söhne einer der fängt jetzt an als Referendar der ist so blöd Lehrer zu werden ich habe ihn ja gewarnt aber gut er gräbt sich sein eigenes Grab,
- I: hm
- J: äh und der andere der sitzt über seiner Diplomarbeit, ich meine ob ich da jetzt ein paar Pfennwas was brauche ich denn? das Haus ist abgezahlt, ich brauche vielleicht einmal ein paar Klammotten wenn ich aufhöre brauche ich sowieso keine mehr, dann brauche ich ein Auto irgendwann einmal wieder, sonst brauche ich doch nichts mehr!
- I: hm
- J: brauche doch nichts mehr!

- I: hm gut wenn jemand so genügsam ist finde ich das toll: also
- J: ich habe viertausend Bücher zu Hause, die Hälfte wartet sicherlich noch darauf gelesen zu werden, mein Haus voller Bücher, ich muss eine Entfeuchtungsanlage im Keller haben, das sind mindestens vier- vielleicht sind es auch fünftausend Bücher ich habe sie nicht gezählt!
- I: Wahnsinn: gut und wie ist es denn in anderen Bereichen also gerade auch Sie sagen Sie haben zwei Söhne, mit Familie: zum Beispiel hat da hat es da irgendetwas gegeben?
- J: also jetzt sage ich es ganz brutal ich bin froh wenn ich sie nicht sehe weil sie anstrengend sind!
(Herr J lacht herzlich)
- I: hm
- J: ja wirklich: das ist nicht das klingt herzlos aber ich meine Ihnen gegenüber ist mir das egal aber Sie verstehen es vielleicht nicht falsch äh die strapazieren:
- I: klar ich meine Sie haben ein gewisses Alter Ihre Söhne haben ein gewisses Alter wo es dann auch einfach ein bisschen auseinander geht!
- J: mein älterer Sohn hat Kunst studiert und meint er sei ein Künstler und Künstler sind sowieso immer anstrengend!
- I: hm aber hat sich jetzt also anstrengend waren sie wahrscheinlich nicht erst seit Ihrer Herz-erkrankung!
- J: ja natürlich sicher aber das ist natürlich auch ein Problem der Lenkung und Leitung nicht? äh wenn die bei mir in der Wohnung waren und ich habe gesagt 'jetzt ist Ruhe!' dann musste eben einmal Ruhe sein!
- I: hm
- J: denn sonst war ich dann für die auch nicht mehr da, äh und jetzt ist ganz klar da kommt diese -
- mein älterer Sohn war erst ein Jahr in Amerika jetzt ist er in Belgien und äh äh gut: wenn der einmal kommt nicht dann freuen sich natürlich ich und meine Frau!
- I: hm
- J: und deswegen ist ja auch auffällig dass immer gerade Weihnachten oder solche Fälle wenn dann etwas passiert denn äh äh es geht ja nicht ohne Spannung, das wird wenn bei Ihnen mit Ihren Eltern ja auch sein,
- I: klar!
- J: es kommt au- es kommt zu Spannungen, es ist auch gut so: sonst hätte man ja einen Trottel als Sohn ja?
- I: hm ja und gerade an Weihnachten kommt es gehäuft zu Spannungen!
- J: da kommt es naturgemäß zu Spannungen aber jeder: bemüht sich zwar weil jeder weiß dass es nicht ungefährlich ist aber man kann machen was man will ja?

- I: hm -- gab es da Einschränkungen jetzt im Verhältnis zu Ihren Kindern was Ihre Herzgeschichte betrifft?
- J: nein!
- I: also das war immer völlig unberührt davon?
- J: nein, ich glaube Sie äh Sie Sie sehen das schlimmer als es ist, ich lebe eben einfach damit; wissen Sie der eine hat Schweißfüße der andere hat das und ich muss damit leben: äh das was mir unangenehm ist ist dass es nicht kalkulierbar: ist!
- I: hm
- J: das ist das was äh was mich auch immer äh Professor Csef: fragt ja 'was wünschen Sie sich am meisten?' ich sage 'dass es kalkulierbar: wird!'
- I: hm
- J: wissen Sie wenn wenn wenn ich ein steifes Bein habe dann weiß ich ich kann kein Wettrennen machen und ich kann nicht mit dem Fahrrad fahren!
- I: hm
- J: und dann weiß ich dass ich äh gewisse äh sagen wir einmal nicht hinknien: kann um etwas aufzuheben!
- I: hm
- J: äh das heißt ich kann mich einstellen und äh ich ich ich habe halt Alterweitsichtigkeit und Kurzsichtigkeit hatte ich schon immer, und da weiß ich ich muss eine Brille: tragen!
- I: hm
- J: ich kann mich also darauf einstellen:
- I: hm
- J: und kann jetzt nicht was weiß ich was äh äh und weiß wenn eine Treppe ich hinuntergehe durch eine Gleitsichtbrille wie ich mich benehmen muss!
- I: hm
- J: das kann ich bei dem Herzen nicht:
- I: hm richtig ja!
- J: und das ist das Unheimliche; (das Gespräch wird hier kurz unterbrochen, weil eine Sekretärin mitteilt, dass sie nun nach Hause gehen würde und den Interviewer bittet, die Räumlichkeiten nach dem Interview abzuschließen)
- I: also was Sie gerade sagen ist interessant mit der Unberechenbarkeit dass das das Einzige ist womit Sie jetzt größere Probleme haben!
- J: ja:

- I: weil es gibt durchaus viele Patienten die können ähm das Haus nicht mehr verlassen, die haben da eine agoraphobische Tendenz entwickelt weil sie Angst haben!
- J: ja die habe ich auch!
- I: die haben Sie auch? sehen Sie das meine ich damit ja?
- J: gut äh diese Unberechenbarkeit führt dazu dass ich zum Beispiel jetzt gesagt habe ich fahre nicht mehr nach Ungarn, das ist für mich ganz schlimm ich habe liebe Freunde dort
- I: hm
- J: wirklich liebe: Freunde - - äh die ich praktisch aufgeben muss,
- I: hm
- J: äh äh ich habe in Ungarn weiß ich nicht ob Sie das interessiert, ich habe in Ungarn in kommunistischer: Zeit äh als erster Deutscher in kommunistischer Zeit evangelische deutschsprachige Gottesdienste halten dürfen
- I: hm
- J: durch meine gute Beziehung zum fünfthöchsten Kommunisten in Ungarn durch diese Beziehung der hat meiner Frau das Leben gerettet, wir konnten miteinander frei reden auf Ungarisch er konnte kein Deutsch, äh er hat zwar in Deutschland studiert aber da hatte er einen Dolmetscher bei sich gehabt weil er der fünfthöchste Kommunist war: und äh und konnte ihm sagen dass für mich äh der Kommunismus Untermenschentum ist und dass sie auch nicht besser wären als die Nazis:
- I: hm
- J: das konnte ich mit dem Mann besprechen!
- I: hm
- J: und äh dann konnte ich Kirche halten, das war sagenhaft: was glauben Sie die Leute haben Rotz und Wasser geheult
- I: hm
- J: in den Gemeinden wo sie seit 1945 kein Wort Deutsch mehr reden durften,
- I: hm
- J: kommt dann plötzlich einer aus Deutschland; auf diese Dinge muss ich alle verzichten!
- I: hm
- J: diese Leute die mich geherzt und geliebt haben das ist für mich ein Opfer!
- I: hm
- J: aber ich kann nicht mehr hingehen - - allein: - - denn es könnte ja auch sein dass ich einmal nachts, ich bin aufgewacht dass ich vielleicht einmal nachts nicht aufwache oder zu spät aufwache!

- I: hm
- J: das heißt und das ist dieses Unheimliche:
- I: hm
- J: - - wissen Sie dieses
- I: ja wie vom Blitz getroffen!
- J: das Gespentische!
- I: ja ja
- J: äh jetzt kommt aber etwas Interessantes!
- I: hm
- J: es gibt drei: Dinge wo ich nie: einen Herzanfall: bekommen: habe!
- I: hm
- J: beim Autofahren beim Unterricht: und wenn ich Gottesdienst halte;
- I: hm
- J: ich fahre Ihnen ich bin jetzt von Belgien nach Hause gefahren ich war ich Lüttich mit meiner Frau die wollte also ihren Sohn: sehen da sind wir dann halt nach Belgien gefahren nicht? normalerweise: äh weiß ich nicht ob ich wenn ich jetzt hier gehe vorhin wo ich weggefahren bin weil ich Schule, hatte ich Herzasen und und und Extrasystolen,
- I: hm
- J: ich fahre mit dem Auto hierher und steige aus und es ist alles in Ordnung;
- I: hm
- J: ich fahre in Belgien weg bei Glatteis höchstmögliche Geschwindigkeit dreißig Kilometer!
- I: hm
- J: das ist doch eigentlich anstrengend!
- I: hm
- J: weiß nicht wie weit ich kommen kann den Schnee haut es herunter herunter herunter das war an einem Tag an dem es sehr viel geschneit hat,
- I: hm
- J: am vierten Januar / - - - glauben Sie ich hätte einen zu schnellen Puls gehabt? glauben Sie ich hätte eine Extrasystole gehabt?
- I: hm
- J: also: muss: die ganze Sache doch so sein dass wenn man sich auf irgendetwas anderes: konzentriert; der Körper sagt jetzt 'hier habe ich jetzt zu schaffen zu arbeiten.'
- I: hm

- J: ich meine das gibt es ja auch äh bei anderen Erkrankungen wenn plötzlich das Haus brennt und das Kind muss gerettet werden dann; oder oder wenn jemand plötzlich der besoffen ist nüchtern wird wenn wenn eine Katastrophe ist!
- I: hm -- das ist das was Sie vorhin auch meinten dass eben in Ruhephasen
- J: ja: als wie wenn der Körper jetzt sagt 'jetzt haben wir ja Zeit dazu jetzt kann ich einmal äh die Sau herauslassen!'
- I: hm
- J: und das: führt dazu dass das ist genauso: dass dass man wirklich äh bei mir ist es noch nicht so: äh ich fahre jetzt über Fasching nach Marienwald, aber da fahre ich ja gerne: hin, da bin ich achtzehn Kilometer von der deutschen Grenze entfernt, in diesem ähm Kurhotel ist vierundzwanzig Stunden ärztliche Bereitschaft -- -- das heißt ich habe ein Gefühl der Sicherheit!
- I: hm -- was für dieses Krankheitsbild völlig normal ist übrigens ja?
- J: ja:
- I: das wird Ihnen der Herr Csef gesagt haben dass
- J: er hat es mir nicht gesagt aber jetzt aber mir ist das klar!
- I: hm -- -- und auch diese Anfälle in entspannten Situationen sind normal!
- J: ja bloß das Schlimme ist damit kann man ja auf die Dauer nicht leben!
- I: nein das macht einen verrückt vermutlich ja?
- J: sehen Sie? genau das ist es!
- I: ja!
- J: äh meine Frau hat zu mir jetzt gesagt heute hatte ich auch ein bisschen Probleme wirklich marginal, 'mit dir kann man nicht mehr wegfahren!' habe ich gesagt 'du hast Recht!' ich will ja auch gar nicht mehr wegfahren: -- -- äh äh ich habe zu Hause genug Möglichkeiten ich bin überzeugt davon dass es Leute gibt die die die denen fällt zu Hause die Decke auf den Kopf mir fällt sie nicht auf den Kopf, nur habe ich eine Frau halt die viele Jahre jünger ist ja?
- I: hm -- -- das heißt es wirkt sich insofern: auf Ihre Ehe auch negativ aus!
- J: ach na ja oh Gott nein so schlimm ist das nicht!
- I: ja gut aber es ist zumindest nicht positiv wollen wir es einmal so sagen!
- J: so: ist es nicht?
- I: wenn Ihnen Ihre Frau sagt man kann nicht mehr mit Ihnen weggehen
- J: ich wollte ich wollte Ostern vergangene Ostern in die Niederlausitz fahren, wir haben ausgemacht wir fahren in einem oder an zwei Tagen, am ersten Tag fahren wir bis Dresden da wollte ich mir die Frauenkirche anschauen und so weiter und so weiter die habe ich also nach

dem Krieg erlebt und so diese diese Stadt, und so weiter, dann war ich einmal mit meinen Kindern also so / dort, und äh da hat man diese Schrecken der Nachkriegszeit noch gesehen, und die wollte ich sehen und dann wollten wir weiterfahren nach in die Gegend von / war der Weg eines Dichters da haben sie im Fernsehen etwas gesendet den Laden und da wollte ich mir das einmal anschauen den Laden!

I: hm

J: ja: ich war in Dresden - - - heißer Tag Ostern - - - - auf einmal bekomme ich ein Herzrasen, nun laufe ich ja nicht immer mit einem solchen Messgerät herum

I: hm

J: ich merkte nur dass ich es nicht mehr erfüllen kann den Takt, ich merkte dann auch das Stolpern, auf einmal blieb es stehen dann raste es wieder los, ich rufe Herrn Dr. *Groß an der also der zuständige Kardiologe ist da sagt er `ja es gibt nur zwei Möglichkeiten, entweder Sie sehen zu dass es weggeht oder Sie müssen in Dresden ins Krankenhaus gehen das ist eine Arrhythmie!' sagt meine Frau `wir fahren nach Hause!' - - - -

I: ins Krankenhaus dann?

J: nichts ins Krankenhaus, ich bin fünf Stunden nach Hause gefahren: ich steige in das Auto und es war weg!

I: hm

J: so.

I: ja das ist wirklich das kommt ganz oft vor dass es eben dann

J: ja jetzt sagen Sie mir einmal warum! Sie forschen doch!

I: ja: da gibt es aber also ich erforsche ja den Alltag jetzt der Patienten da gibt es letztlich keine Erklärung dafür, dieses Krankheitsbild da gibt es sehr viel darüber aber es ist noch so unerforscht: das gibt es seit dem Mittelalter da hieß es *Anxietas praecordialis*

J: ja ich weiß!

I: ja und seitdem wird es immer wieder genannt

J: diese berühmte Herzangst!

I: hat hundert verschiedene Namen: Sie Sie wenn Sie in die Literatur schauen Sie werden wahn-sinnig: ich habe einhundert Theorieseiten nur über diese Krankheit geschrieben!

J: also Mittelalter würde mich ja interessieren wissen Sie? das würde mich sogar sehr: interessieren

I: ja

J: jetzt entsch- darf ich das jetzt sagen? - - - wissen Sie in in es gibt Forschungsgebiet das im Mittelalter gab es ja keine Neurosen nicht?

- I: ja
- J: es gab keine Neurosen!
- I: erst neunzehntes Jahrhundert hat es dann der Begriff der
- J: ja
- I: nein früher! 1776 wurde der Begriff erstmalig verwendet!
- J: nein nein den Zustand: gab es nicht äh denn Armut wurde nur kollektiv erfahren, es brach halt eine Seuche herein oder Feinde oder oder was weiß ich
- I: hm
- J: äh Armut war immer eine Schickung Gottes, irgendwelche Meteoriten wurden als Warnung geschickt, das heißt also man hat sich nie hineingestresst!
- I: hm
- J: sondern man wusste alles ist von Gott und man wusste dieses Leben ist sowieso nur die Prüfung für das andere!
- I: ja
- J: ist etwas Schönes nicht? äh und dadurch hatten die ja keine keine äh Neurosen oder Psychosen oder solche Dinge waren im Mittelalter völlig unbekannt!
- I: hm
- J: völlig: unbekannt!
- I: hm die Frage ist nur gab es das deswegen auch nicht ja? vielleicht waren es da andere Krankheiten also wir sehen es ja hier an dieser Herzangst dass die auch hundert verschiedene Namen hat, überhaupt nicht einzuordnen ist, manche Ärzte sagen es gehört in die Reihe der Panikstörungen, andere sagen wie Herr Csef es ist eine Psychosomatik im weiteren Sinne!
- J: ja gut das ist sein Forschungsgebiet!
- I: ja nein: aber da gibt es einen wissenschaftlichen Streit: über diese Frage ja?
- J: ich weiß es!
- I: und letztlich ist es egal und das ist es worauf es mir ankommt, mir: geht es darum wie die Patienten mit dieser Erkrankung leben und nicht wie sie heißt und wann sie das erste Mal kam und so weiter ja? das ist genau der Punkt!
- J: äh äh wissen Sie ich habe ja einmal über über äh über die // geschrieben in Würzburger medizinhistorischen Blättern äh ich habe es jetzt nicht dabei sonst würde ich Ihnen eine Kopie schenken ich habe selbst nur noch ein Original, äh das ist ähnlich: warum bis 1820 in gewissen Gebieten Deutschlands oder auch außerhalb Deutschlands von drei Kindern äh von drei lebend geborenen Kindern eines das zweite Lebensjahr nicht erreicht hat!
- I: hm

J: und diese Kinderkrämpfe nicht?

I: hm

J: und ich habe also herausgefunden war- wahrscheinlich liegt das an äh liegt das an Arsen - - ich habe es herausgefunden!

I: hm sehen Sie mal wenn man genügend forscht kommt man vielleicht in solchen Fällen dann wirklich zu einem Ergebnis, hier dreht sich immer alles im Kreis und

J: ja der Krampf wurde natürlich als als übernatürlich erklärt!

I: ja natürlich wie alles früher ja?

J: und diese Herzanngst gab es schon es war aber im Mittelalter also das kann ich Ihnen erklären hängt natürlich damit zusammen oder äh diese Todesangst: die war wirklich eine Todesangst, wie geht es dann weiter? ich meine die ganze Reformation ist ja nur aus dieser Frage ausgelöst worden aus keiner anderen Frage ja?

I: hm

J: - - das ist diese diese Angst vor dem Jenseits: dass einen der Teufel umtreibt!

I: aber es ist doch interessant: dass Im Prinzip die gleiche Symptomatik unter völlig anderem Fokus betrachtet worden ist oder?

J: ja der biologische Körper war ja der gleiche ob mit liebem Gott oder ohne lieben Gott ja?

I: ja aber da sehen Sie einmal was alleine die Denkweise an dieser ganzen Geschichte ändern kann an der Herangehensweise und das finde ich interessant: letztlich ist es einfach so ob Sie jetzt Angst vor dem Jenseits haben oder Angst in der Öffentlichkeit ohnmächtig zu werden

J: die Angst habe ich gar nicht: wenn ich in der Öffentlichkeit ohnmächtig werde ich bin noch nie ohnmächtig geworden, also das Problem ist noch nicht an mich herangetreten nicht?

I: hm

J: und äh solange ich nicht ohnmächtig bin und merke das Ding fängt an und es ist nicht zu beruhigen dass ich kaltes Wasser trinke oder (Herr J schnauft tief ein) tief atme oder irgendetwas, ich meine solche Übungen kann man ja alles machen aber äh ob ich das jetzt auf Chinesisch mache oder was weiß ich was es ist ja sowieso egal ich meine ich kann auch diese ganzen chinesischen Methoden die dagegen sind die helfen manchmal, ist ja egal also die Angst habe ich nicht:

I: hm

J: sondern äh ich äh das also das mit dieser Herzanngst diese Angst habe ich eigentlich nicht: und ich meine wenn ich abtreten muss dann bin ich eben weg:

I: hm

J: das ist ja auch kein Problem nicht?

- I: aber was ist es dann wenn Sie sagen Sie fahren Sie fahren deswegen nicht ins Ausland?
- J: na weil ich die ganze Sache nicht mag: - - -
- I: also Sie haben keine Angst davor aber Sie mögen es nicht?
- J: ja ich mag nicht ins Krankenhaus müssen! wenn ich wieder eine Arrhythmia absoluta dann muss: ich ins Krankenhaus!
- I: hm
- J: die kann ich nicht mehr selbst auskurieren ja?
- I: hm also ist es die Angst äh dann vor dem Krankenhaus?
- J: nein nicht vor dem Krankenhaus, vor den Unbequemlichkeiten auch: nicht? denn Krankenhaus das ist also mit irgendwelchen Spritzen: und irgendwelchen und unter Umständen dann auch dass man auf den Grill gelegt wird nicht? so mit Elektroschock und so!
- I: hm
- J: wie ein solches Würstchen auf dem Grill hüpf!
- I: hm also wie ich Sie jetzt äh erlebe auch so mit Ihrer Lebenslust und die anderen Kulturen und die ganzen Genussdinge die Sie vorhin genannt haben höre ich so ein bisschen heraus dass Ihre hauptsächliche Angst darin besteht ähm dass Sie auf Lebensqualität einfach verzichten müssen auf Ihre: spezielle Lebensqualität die in ganz vielen Facetten besteht, Reisen Kultur ähm Essen und Trinken ja?
- J: bitte bewerten Sie mir das nicht zu sehr, ich bin eigentlich kein Mensch der gerne weggeht, ich war schon als Kind äh hat man mir nie Stubenarrest geben dürfen mir hätte man Raus-Arrest geben müssen!
- I: hm
- J: ich kann mich äh f- mit mir selbst unterhalten!
- I: hm
- J: weil ich gerne lese weil ich gerne Musik höre äh ich habe auch eine elektrische Eisenbahn zu der ich niemals mehr komme, immerhin die ältesten Lokomotiven sind vom Jahr 1938 die äh nicht etwa gekauft irgendwo auf den Flohmarkt,
- I: hm
- J: das sind Lokomotiven mit denen ich gespielt: habe!
- I: hm
- J: also ich meine ich hätte genug - - ich ich brauche nicht wegfahren!
- I: hm

- J: und äh ich meine ob man nun ob ich jetzt auf diese Menschen verzichte oder vielleicht in zehn Jahren weil ich als Krüppel mich sowieso nicht mehr bewegen kann das ist ja auch: egal eigentlich ja?
- I: hm ja aber das ist ja und da sind wir beim nächsten Punkt beim sozialen Umfeld: auch, ähm wie reagieren denn die anderen Leute darauf? oder Sie sagen ja Sie vermissen die Leute dann schon: also ich glaube schon dass
- J: nein nein ich kann ja telefonieren! – – äh das ist wissen Sie wenn man je älter man wird desto eher äh stören einen auch können einen andere Leute auch stören!
- I: hm
- J: man man hat ja dann so eingefahrene Gleise nicht? der eine muss das machen und der andere muss das machen und dann dann dann greifen die Zahnräder nicht mehr ineinander
- I: hm
- J: insofern – – es ist natürlich die Frage wie weit – – die Vernunft: natürlich das Gefühl lenken kann nicht? aber von der Vernunft her vermisst ist das eigentlich nicht äh das meis- das meiste was ist dass ich nicht mehr die Freiheit: habe etwas zu tun aber dass ich es tun müsste: äh den Drang habe nicht, nicht als ich dann meiner Frau sagte 'fahre ich eben nicht mehr nach Ungarn!' war es also nicht wie ein trauriger Abschied mit einem Taschentuch nicht?
- I: hm
- J: äh was mich das erste Jahr geärgert hat dass ich nicht mehr in den Kaukasus: fahren kann weil das so herrlich ist!
- I: hm
- J: denn das geht ja dann tatsächlich nicht ja? also nicht? wenn Sie dafür für zweihundert Kilometer Fahrt einen ganzen Tag brauchen auf einer immerhin Autobahn: weil sie so schlecht ist, äh kann ich nicht mehr hin: ich meine ich kann mich nicht darauf verlassen dass irgendwo ein Bergarzt: ist
- I: ja sicher!
- J: also ein Barfuß-Mediziner der mich heilt nicht? der zwar eine bayerische Lederjacke mit Hirschhornknöpfen hatte aber (Herr J lacht)
- I: das heißt Ihr soziales Umfeld ähm hat Sie da auch gar nicht so interessiert sondern was ich so höre ist der Kernpunkt: bei Ihnen ist Freiheit auf der einen Seite und Unberechenbarkeit auf der anderen!
- J: ja: ja wissen Sie äh deswegen mag ich Computer nicht obwohl ich viele bediene äh es ist auch etwas Unberechenbares an einem Computer und ich mag nichts Unberechenbares; meine ganze Erziehung mein ganzes Leben: ging darauf hin zu fragen 'warum?' und wie kann ich äh

allein das Warum würde mir schon einen Teil Befriedigung gewähren nicht? warum brauche ich eine Brille? weil das Alter und dann kann man das erklären und dann na ja gut: dann brauche ich eben die Brille! aber das ist ja erklärbar das ist berechenbar: zum Beispiel meine schwangere Frau war einmal das ist mir irgendwie unangenehm wenn ich frage um zehn Uhr äh äh ko- oder um acht Uhr hast du Wehen: nein so, dann kann ich etwas trinken! und plötzlich um elf Uhr sagt sie `jetzt geht es los!' das ist doch etwas Grässliches:

- I: hm ja es ist eine Einschränkung in Ihrer täglichen Freiheit ganz klar ganz klar!
- J: sehen Sie und das ist es: oder dann äh wenn ich mich gebrechlich geben muss wenn Sie sagen müssen `also passt mal auf zu der Einladung kann ich nicht kommen!' weil ich todsicher: weiß; und da kommt nämlich noch etwas dazu das haben wir heute besprochen, dass ich auch eine eine - - - na wie haben wir das vorhin ge- Spasmus: habe, das heißt wenn ich aufgeregt bin, Herz und Magen-Darm-Kanal haben ja doch irgendwo ein gewisses (Versprecher) Zusammenhang, und den haben wir den habe ich vorhin erst erkannt dass ich das als Kind schon hatte!
- I: hm
- J: dass wenn ich mich aufrege bleibt die Speise nicht im Hals stecken sondern hier äh also am Eingang von der Speiseröhre in den Magen, die bleibt wirklich stecken!
- I: die bleibt stecken?
- J: die bleibt stecken: die muss ich wieder herausbrechen: - - denn wenn ich weiterstopfe dann das das ich muss und das ist also wenn ich mich aufrege und dann kommt natürlich sofort: durch den Würgereiz auch kommt natürlich sofort das was alles dann dazugehört
- I: die ganze Litanei
- J: sehr schön: die ganze Litanei wird dann heruntergebetet!
- I: hm
- J: und äh deswegen gehe ich seit Jahren zum Beispiel schon nicht mehr zum Essen aus - - -
- I: hm aber da ist es ja nicht die Einschr-
- J: darf ich?
- I: ja klar! ist es da auch die eingeschränkte Freiheit oder ist es da schon einfach das Unbehagen vor diesen Situationen dass Sie da nicht in Anführungszeichen wie ein ganz normaler Mensch essen können?
- J: ja vor allem schauen Sie ich sitze jetzt hier mit Leuten am Tisch und plötzlich stehe ich auf und verschwinde und komme in einer halben Stunde vielleicht wieder weil mich der Würgereiz derart lange auf dem Klo festhält, es geht ja mittlerweile schon so, jetzt kommt natürlich vielleicht eine Zwangsneurose dazu dass ich wenn ich in eine Gastwirtschaft gehe

ich mich so positioniere dass ich möglichst bald wenn etwas wäre oder möglichst das Klo erreichen kann!

I: hm das gehört aber auch dazu also viele Patienten die ich kenne die machen

J: gehört auch dazu?

I: ja klar

J: also das ist ja gut ich lerne ja mehr von Ihnen als Sie von mir!

I: ja Sie werden von der Doktorarbeit dann auch einige Dinge lernen habe ich das Gefühl

J: was wird die kosten?

I: nichts, die bekommen Sie auf CD-ROM, oh da müssen Sie Ihren Computer bedienen!

J: nein macht mir ja nichts aus! aber einhundert Seiten CD-ROM, Sie das ist aber viel Papier!

I: und nein es ist also so dass viele Leute dann auch sagen wenn sie ins Kino gehen oder irgendwo wo viele Menschen sind sie müssen in der Nähe des Ausganges

J: Klaustrophobie!

I: ja: das ist eine Variante!

J: also da habe ich keine Probleme obwohl: ich nie ins Kino gehe!

I: es ist die Angst: vor einer bestimmten Situation, in der einen Sache Platzangst, bei Ihnen die Angst davor mir könnte es ja schlecht werden!

J: na ja nicht Angst nein es ist keine Angst Angst ist ja ein undefiniertes Gefühl, sondern die Furcht: es könnte passieren; ich muss meine Speisen auswählen, alles was so gulaschmäßig ist oder Rindfleisch ist führt dazu, während wenn ich zum Beispiel ein Wurstbrot esse - - - ist es noch nie eingetreten!

I: noch nie - - aber da haben Sie wieder Ihre Berechenbarkeit auf der anderen Seite wenn Sie so wollen

J: (Herr J lacht) ja natürlich!

I: die Berechenbarkeit in der Unberechenbarkeit.

J: also Sie haben mich weitergebracht wie Ihr Professor, sagen Sie es ihm bloß nicht! (Herr J lacht) aber es ist so! Sie haben das nämlich genau jetzt auf den Punkt gebracht die Berechenbarkeit, also das Leiden ist hauptsächlich ein Leiden der Unberechenbarkeit!

I: hm

J: was die Leute entweder ans Bett fesselt oder ans Haus fesselt oder nicht hingehen können wo man will, also negatives Ausschluss sozusagen!

I: ja ja:

J: man schließt sich ein: es ist eine Klausur sozusagen!

I: eine Klausur ja!

- J: und der andere schließt sich aus!
- I: ja ja ja und innerhalb dieses Systems da ist alles berechenbar weil es ist ja es bricht ja alles weg mit der Zeit!
- J: ja: und wenn ich zu Hause bin und es passiert mir etwas dann weiß ich genau welche Nummer ich anrufen muss – – deswegen habe ich auch immer jetzt hier natürlich nicht ein Handy dabei äh der der der der Doktor *Groß sagt zu mir 'Sie können mich jederzeit anrufen!' ich merke wie sauer: er ist das merke ich an der Stimme, aber das Gefühl ich kann da anrufen, der hilft mir natürlich: nicht, als ich in Dresden war und er gesagt hat 'Sie müssen ins Krankenhaus gehen!' da hat er mir natürlich nicht geholfen, als ich in Ungarn ihn anrufe, rief um zehn Uhr abends da hat er gesagt da hat er gesagt so in der Art 'seien Sie nicht so hysterisch legen Sie sich ins Bett nehmen Sie Baldrian!' und / hat er mir da verschrieben das Zeug hat überhaupt nicht geholfen denn wenn man in der Aufregung ist hilft das alles: nicht!
- I: ja ja
- J: da bleibt man so klar: also da da ist ich glaube wenn man säuft das läuft durch wie Wasser!
- I: hm
- J: und dann dann halb zwölf Uhr wache ich auf und da habe ich gedacht 'jetzt kannst du ihn nicht mehr anrufen!' und da merkte ich ja bitte: ich habe geschlafen: als man mir; er sagt 'ja das haben Sie sich eingeredet!' er auch Csef 'das haben Sie sich eingeredet!' aber nachts im Schlaf kann ich mir doch nichts einreden: oder unbewusst!
- I: hm – – – hm also ich bin ich bin wirklich fasziniert wie wie wie wir das jetzt wirklich hier so auf den Punkt gebracht haben, mir geht jetzt die ganze Zeit diese Berechenbarkeit und Unberechenbarkeit im Kopf herum, und ich glaube sowohl bei Ihnen als auch wenn ich jetzt die anderen Patienten Revue passieren lasse, es geht doch wirklich immer um diesen Punkt ja!
- J: wissen Sie wir werden doch alle dazu erzogen dass alles machbar ist begreifbar ist manipulierbar ist, warum haben die Leute Angst vor genmanipuliertem Essen?
- I: hm
- J: die wissen ja gar nicht ob es schädlich ist, keiner weiß es!
- I: hm
- J: und wenn ich gespritztes Zeug esse ist es bestimmt genauso schädlich!
- I: hm
- J: und bei manchen Sachen darf ich auch keinen Pampelmusensaft trinken oder keine Milch trinken wenn ich wenn ich was weiß ich was irgendwelche Antibiotika nehme!
- I: hm

- J: das heißt also alles ist berechenbar: - - - und die Unberechenbarkeit ist das was; und das war im Mittelalter wahrscheinlich auch wenn einer nicht wusste 'komme ich in den Himmel oder in die Hölle?' denn die Hölle war ja real vorhanden!
- I: hm
- J: der Teufel war ja real vorhanden! - - - der Historiker geht nicht: davon aus dass das wahr ist was ich beweisen kann sondern das was die Leute glauben: wahr ist!
- I: hm
- J: die fünfzig Prozent die Hitler gewählt haben 1933 glaubten ja dass er gut: ist!
- I: hm
- J: ich kann also nicht sagen da war ein Verbrecher! sonst müssten ja alle unsere Vorfahren zur Hälfte Verbrecher oder Idioten gewesen sein!
- I: hm
- J: was ja heute noch auch von den Leuten dieser Generation sofern sie noch leben auch so dargestellt wird diese Aussage 'wir wussten es wirklich nicht!'
- J: ja: ja: die wussten es auch nicht! und und und deswegen wussten d- gab es im Mittelalter natürlich auch Ängste!
- I: hm
- J: wie bekomme ich einen gnädigen Gott ja? deswegen diese / die sich geprügelt haben bis hin zum Selbstmord ja?
- I: ja das waren halt andere Ängste aber Ängste gehören zum menschlichen Leben dazu:
- J: ja natürlich:
- I: Krankheit gehört insgesamt zum menschlichen Leben dazu, das ist ja eine These auch die ich hier vertrete ja?
- J: Sie: deswegen ist die Romantik gescheitert: - - - - habe ich heute heute heute Kollegioten erzählt, nicht manche sind kollegial aber die meisten sind ja sowieso Kollegioten, äh äh habe ich denen erzählt 'meine Damen und Herren wenn ich sage ich schaffe mir meine Welt selbst, der Mensch ist Schöpfer, Romantik, und ich werde krank:' - - - Gott wird nicht: krank! Gott stirbt nicht! dann bricht nämlich dieser unglaubliche Idealismus zusammen und deswegen waren die ja alle Neurotiker ja?
- I: hm
- J: so sage ich das immer meinen Schülern, entweder wurden sie wahnsinnig oder sie machten Selbstmord oder sie wurden katholisch oder sie wurden Nationalisten!
- I: hm

- J: das eine sind die zwei absoluten Glaubensrichtungen gewesen, Nationalismus und Katholizismus des neunzehnten Jahrhunderts noch oder ausgehenden achtzehnten!
- I: hm
- J: und das andere äh war die Flucht, Wahnsinn oder Selbstmord!
- I: hm ja das stimmt also Sie haben völlig Recht das ist halt eine sehr: sehr abstrakte und weitsichtige Interpretation der Sache aber es ist sehr nachvollziehbar!
- J: ja aber so muss ich ja das heute einem Schüler beibringen ich kann dem doch nicht mit einer blauen Blume kommen!
- I: nein: natürlich das ist ganz klar!
- J: und das Gleiche ist es hier!
- I: ja!
- J: ich weiß: was ich habe, nur das Schlimme ist ich weiß nicht was ich dagegen tun kann!
- I: hm
- J: und wenn mich der Csef jeden Tag: behandelt er hat gesagt 'legen Sie sich hier in die Klinik!'
- I: hm
- J: was soll ich denn hier? da stört mich vielleicht die Fliege an der Wand weil die kein Einbettzimmer haben, ich kann: mit anderen Leuten nicht zusammen im Zimmer schlafen!
- I: aber Sie haben keine organische Herzgeschichte oder? also es ist alles - - oder was heißt alles: es ist nicht organisch bei Ihnen?
- J: was äh ich meine jetzt frage ich einmal blöd gegen ich weiß schon was Sie meinen, was ist or- was verstehen Sie in dem: Fall jetzt unter organisch?
- I: organisch dass am Herz irgendein Befund
- J: nein gar nichts! gar nichts! schauen Sie das ist ja das was die schon (Herr J blättert in seinem Ordner) was ich wie alt war ich? gesagt haben hier nicht?
- I: mit siebzehn Jahren haben Sie das vorhin erwähnt!
- J: - - - nehmen Sie es doch einmal mit! Sie können das haben! ach komm jetzt ich kann mir doch wieder eine Kopie davon machen! (Herr J händigt dem Interviewer die Kopie eines amtsärztlichen diagnostischen Schreibens von 1959 aus)
- I: ach das ist schon eine Kopie!
- J: ja das Original existiert gar nicht mehr das ist eine Kopie von der Kopie!
- I: ja wenn Sie ja sehr gerne: das ist von? 1959, also so etwas habe ich auch noch nie gesehen!
- J: (in sehr lauter Sprache) ja sehen Sie deswegen habe ich es Ihnen doch gegeben:
- I: super!

- J: schauen Sie und jetzt muss ich schreiben ich Ihnen ach mein Geburtstag steht ja drauf, brauchen Sie das auch nicht aufgeschrieben zu bekommen, ich war siebzehneinhalb Jahre alt!
- I: hm
- J: ich muss Ihnen dazu sagen äh ich bin bis siebzehn Jahre in der DDR gewesen war dann unter der Bewachung des Staatssicherheitsdienstes, das ist für ihn: (hier ist Professor Csef gemeint) natürlich sehr wichtig weil er endlich findet was ich alles habe, und äh ähm (Herr J zitiert aus dem Arztbrief) 'nimmt am Turn- und Sportunterricht nicht teil.' das war immer also doch doch diesmal habe ich teilgenommen später: habe ich nicht mehr teilgenommen!
- I: hm
- J: und äh und äh - - - äh ja - -
- I: Sie sagen Sie wissen Sie wissen was Sie haben und ähm Sie können sich hier in die Klinik legen und das bringt auch nichts das heißt Sie brauchen eigentlich für sich dann ein Erklärungsmuster nur dafür oder was Sie einfach machen können!
- J: ja was soll ich mich hier hereinlegen? dann liege ich drei Tage da: und bin froh dass ich wieder herauskomme denn ein solcher Krankenhausbetrieb nervt: ich komme ja nie zur Ruhe und wenn ich mit einem anderen Menschen der schnarcht und und der riecht anders und was weiß ich was
- I: hm
- J: dann kommen irgendwelche fremden Leute herein in dem Moment in dem ich vielleicht gerade; dann muss ich mir irgendwelche blödsinnigen Fernsehsendungen vielleicht anschauen!
- I: hm ja und vor allem wenn Sie wissen Sie haben nichts Organisches was wollen Sie dann hier in der Klinik ja? ich kann das nachvollziehen das ist Quatsch, aber ich also ich merke jetzt wenn man mal dieses gesamte
- J: das ist jetzt dieses EKG aber das bringt Ihnen nichts!
- I: EKG kann ich nicht lesen!
- J: ja dann brauchen Sie es auch nicht! - - - ich schaue nämlich was ich an Dubletten ja reden Sie ruhig weiter: ich kann auch weiterreden!
- I: ja, nein: also was was mir einfach auffällt ist dass Sie dass Sie einfach schon in Ihrem ganzen Leben einerseits eine eine äh massive Einschränkung haben aber andererseits die auch annehmen können, sehe ich das richtig? das ist jetzt wieder diese Sache mit 'ich schließe mich ein: ich kann mich auch mit mir selbst beschäftigen!'
- J: ja:

- I: und `es gibt ja Telefon und ich kann ja trotzdem mit den anderen Leuten in`
- J: ja und dann da meine Frau ja meine Frau äh selbst auch sehr gerne für sich für sich manchmal alleine ist ist das also auch nicht so; und wir vertrauen uns gegenseitig das ist natürlich wichtig, wenn natürlich der andere das ausnutzt um um - - na ja - - den den den Partner zu hintergehen sagen wir es einmal so, so ist es vielleicht besser gesagt!
- I: hm
- J: (Herr J sucht noch immer in seinen Unterlagen nach Dokumenten) ich suche immer noch nach Dubletten aber irgendwo habe ich welche!
- I: hm
- J: ich meine ich kann das ja wieder kopieren! dann schreibe ich mir das auf Sie haben mir ja da einen Zettel gegeben damit ich Ihnen etwas gebe denn das ist vielleicht ganz interessant!
- I: ja!
- J: nicht dass Sie also irgendwelche Blätter da; schauen Sie ich habe doch hier von dem Zeug Lehrbuch der inneren Medizin: ich habe doch alles da: ich weiß doch über alles Bescheid: nicht?
- I: Sie sind also quasi Profi auch in Ihrer Krankheit Sie sind perfekt: informiert!
- J: na ja weil: ich wissen will was ich habe!
- I: hm
- J: ich habe da mit dem Professor Becker schon von der Herzstiftung telefoniert; (es folgt ein völlig unverständlicher Satz, der nicht verschriftlicht werden kann) hören Sie zu das muss man alles haben! nein ich habe jetzt nichts, das hier ist bloß Endoskopie das wollte er (gemeint ist Professor Csef) auch einmal sehen!
- I: hm
- J: - - - nein ich habe jetzt nichts mehr da: - - nein: ich habe jetzt keine Duplikate mehr das tut mir Leid!
- I: äh ich habe ja auch die Einsicht noch später in die Krankenakte das ist ja kein Thema!
- J: ja aber die liegt doch nicht hier! die liegt doch bei Doktor *Groß!
- I: gut dann gebe ich Ihnen dann meine Adresse und dann können wir da noch einmal in Verbindung treten!
- J: ja ach das wollte ich sagen: wenn Sie etwas brauchen dann können
- I: dann melde ich mich bei Ihnen ja!
- J: das machen wir doch ganz anders Sie bekommen meine Adresse - -
- I: ja prima! - - - wie ist denn Ihre aktuelle Lebensführung, (Herr J händigt dem Interviewer seine Visitenkarte aus) danke schön super, wie ist denn Ihre aktuelle Lebensführung

insgesamt? ist es massiv: dadurch bee- äh also bestimmt dass Sie sagen 'ich will eigentlich primär wissen was ich habe.' einerseits

J: ja das weiß ich ja!

I: ja: aber Sie sind ja anscheinend noch immer auch in gewisser Weise auf der Suche 'warum ist es so oder wie kann ich es beeinflussen?' das ist ja auch

J: ja gut also das ja ja warum ist es so ja gut ich meine das haben mir schon viele Leute prophezeit dass das einmal kommen würde,

I: hm

J: ich war immer eine Lokomotive die unter Dampf stand!

I: hm

J: - - - und das haben die immer gesagt also irgendwann klappe ich zusammen!

I: hm wobei diese Leute wahrscheinlich organische Herzkrankheiten gemeint haben!

J: nein nein:

I: nicht!

J: ach das der der der die meisten Leute differenzieren doch so nicht: oder?

I: nein aber man muss es schon machen weil das ist ja wirklich eine ganz andere Sache, weil Sie können daran letztlich ja nicht sterben an dieser Herzerkrankung.

J: doch: stellen Sie sich einmal vor ich kann natürlich: daran sterben wenn ich jetzt eine Arrhythmia absoluta habe es kommt zu es kommt zu Gerinnselbildung!

I: hm wissen Sie wie da die Pulsfrequenzen sind wenn diese Anfälle kommen?

J: - - - oh: das kann ich alles nachschauen: sehen Sie: (Herr J öffnet erneut seinen Ordner) seit 1998 - - - - habe ich schon zu Doktor *Groß gesagt 'da kann man eine Doktorarbeit schreiben!'

I: richtig: wenn Sie das alles auswerten bekommen Sie auch einen Dokortitel dafür!

J: och ich hätte schon über diese Kindererkrankung etwas bekommen können aber ich bin ja kein Mediziner: ich will auch keiner sein: ja da ist doch alles drinnen: alles drinnen: alles drinnen:

I: nehmen Sie Betablocker? ja: zur Zeit zur Zeit - - auch das steht drinnen zur Zeit habe ich Atenolol und // also blödes Wort! und dann nehme ich auch gegen Prostata was ja auch äh eine Betablockerwirkung hat also blutdrucksenkende nicht das andere, / das bringt nicht sehr viel und natürlich Aspirin 300 zur Blutverdünnung!

I: hm

J: für den Fall der Fälle ja?

- I: hm – – ja gut aber da sind Sie ja im Prinzip medikamentös perfekt ausgestattet eigentlich ja?
also da kann man ja glaube ich nicht mehr viel mehr machen das ist
- J: nein: kann man nicht!
- I: hm
- J: und das läuft auch ich weiß genau: wenn ich jetzt plötzlich Hochdruck bekomme dann nehme
ich eine Captopril eine halbe 12,5 Milligramm halbe Tablette also das sind dann 6,25 Captopril
und dann geht das wieder runter!
- I: hm
- J: also da habe ich schon meinen Mechanismus soweit im Griff:
- I: das heißt Sie haben die Krankheit in Ihr Leben soweit wie es geht integriert?
- J: ja das muss ich!
- I: muss man ja es bleibt ja nichts anderes übrig!
- J: muss ich was soll ich denn sonst machen?
- I: ja klar! – – – haben Sie ähm einen Krankheitsgewinn? – – so als als abrundende Frage!
- J: (Herr J lacht) also nach dem Motto äh äh ja: ja: ich mache jetzt keine Vertretung mehr:
- I: hm also auch beruflich gesehen ja!
- J: nein nein äh wissen Sie äh – – sicher – – äh ich will es einmal so sagen, wenn ein Mann mit
Krücken in die Straßenbahn kommt stehen die Leute auf und lassen ihn hinsitzen!
- I: hm
- J: wenn Sie das einen Krankheitsgewinn: nennen dann habe ich einen, aber der Mann mit Krücken
würde gerne stehen wenn er könnte: verstehen Sie äh Krankheitsgewinn das ist einer der der ein
Pappplakat immer vor sich herträgt und sagt 'jetzt werde ich Frührentner!' nicht?
- I: zum Beispiel:
- J: ja das habe ich ja nicht! – – –
- I: hm also Sie: Sie sagen ja im Prinzip es schränkt Sie eigentlich nur ein in Ihrer Freiheit mit Ihrer
Berechenbarkeit die Sie gerne hätten:
- J: ja: ja: verstehen Sie deswegen muss ich den äh das Wort Gewinn: etwas differenziert sehen
nicht?
- I: hm – – also Sie: um es um es dann ja?
- J: ich kann natürlich sagen ich habe es nicht aber wenn ich jetzt fünfzig Prozent Behinderung be-
käme dann bekomme ich einen Steuernachlass
- I: hm

- J: ja wer fünfzig Prozent behindert ist ist meistens, Betrüger gibt es immer! so behindert dass er gerne auf den Steuernachlass verzichten würde um wieder eine volle Arbeitskraft zu haben ja?
- I: hm - - also Krankheitsgewinn hängt natürlich auch immer davon ab wie ich den verwerte und bewerte ja? also was objektiv ein Gewinn sein kann muss für mich subjektiv keiner sein!
- J: das ist völlig richtig!
- I: und das höre ich aus Ihrer Aussage jetzt heraus!
- J: ja natürlich, deswegen musste ich das einfach differenziert sehen!
- I: hm - - - gibt es noch irgendetwas zu zu oder was Ihnen auf dem Herzen liegt? ich denke wir haben jetzt wirklich alle: Bereiche in irgendeiner Form angesprochen!
- J: das weiß ich nicht das müssen Sie wissen, ich schreibe keine Doktorarbeit! - - ich habe versucht mich in Sie hineinzufühlen: was Sie hören wollen, Sie wollen ja nicht was weiß ich was, mich Klavier spielen hören oder was weiß ich, sondern Sie wollen ja äh damit etwas anfangen können und deswegen haben Sie ja das Ding auch laufen!
- I: ja genau!
- J: äh - - und und - - ich weiß nicht Zukunftsplanung: was soll ein Mann mit einundsechzig Jahren der mit vierundsechzig Jahren in Pension gehen wird eher kann ich nicht gehen es sei denn ich bin krank aber was soll ich?
- I: also gut Zukunftsplanung ähm
- J: was wollen Sie von einem alten Mann wissen?
- I: das weiß ich nicht: das muss ich Sie fragen ob
- J: ja also ich hoffe dass wenn ich einmal aufhöre zu arbeiten in knapp drei Jahren dass es besser wird: aber äh sagen kann ich das auch nicht!
- I: hm - - also Sie wünschen sich quasi wieder Ihre alte Freiheit zurück!
- J: ja also dass ich die wissenschaftlichen Arbeiten machen kann die ich alle machen kann denn dazu bin ich jetzt auch: zu müde! - - -
- I: wegen der Krankheit auch?
- J: weil alles langsamer: geht aber vielleicht würde es ja auch langsamer gehen weil ich jetzt einundsechzig Jahre bin ja? das kann ja auch sein!
- I: hm
- J: bloß wenn ich denke Adenauer war neunzig Jahre und war noch immer fit - - -
- I: ja aber ich glaube dass so etwas einen schon auch ausbremsen kann!
- J: ja ja: deswegen habe ich das Wort Burn-out vorhin nicht weil es ein Modewort ist nicht haben wollen, sondern mir ist eine konkrete Beschreibung einfach lieber als eine Chiffre!

- I: hm
- J: unter der hinter der sich alle möglichen Geschichten ja verbergen können!
- I: hm – – na Sie wenn ich diesen äh dieses Werk hier sehe Sie sind ja auch schon sehr ähm mit dieser Sache konfrontiert und in Verbindung, da geht ja auch viel Zeit drauf!
- J: och nein: wenn wenn ich mich frühs messe dann setze ich mich hin das ist ein solcher Prozessor das ist also praktisch eine Schreibmaschine und ich tippe das schnell hinein!
- I: hm
- J: das ist nicht viel Arbeit: interessant wird es ja dann erst wenn ich jetzt mit den Magen-Darm-Geschichten den Rückengeschichten die ich habe, bin ja auch häufig beim Orthopäden gewesen oder zum Teil konnte ich ja nicht einmal mehr korrigieren oder an der Tafel schreiben, ja das ist auch gut so wenn ich an die Tafel / das ist der einzige Wunsch den ich habe, aber // // // // `sagt mal wisst Ihr Kinder ich kann nicht so schreiben ich habe es hier mit der Rotatorenmanschette!'
- I: hm
- J: ich kann es auch wirklich nicht mehr: aber ich will: es auch nicht mehr, die sollen mitschreiben!
- I: nein da haben Sie Recht gerade in der Kollegstufe!
- J: ich habe ja nur noch elfte zwölfte dreizehnte Klasse!
- I: die können schreiben!
- J: ja wissen Sie und das Gezapple so gerne ich die Kleinen auch habe die kommen immer zu mir und laufen einem hinterher das ist grässlich: äh so mit diesem Gezapple das das äh kann ich nicht mehr!
- I: hm
- J: wenn Sie einmal dreißig Jahre älter sind dann können Sie auch nicht mehr mit mit Halbidioten entschuldigen Sie bitte wenn ich das so sage ungesteuerten: Menschen werden Sie auch nicht mehr sich so befassen können!
- I: hm klar irgendwann reicht die Energie nicht mehr!
- J: so ist es:
- I: ich merke es ja jetzt schon wie mir die Kleinen hinterherrennen, ich habe hauptsächlich die Großen also auch die Kinder oder Jugendlichen die also schon achtzehn zwanzig sind
- J: oh Gott!
- I: und mit denen kann ich wesentlich besser auskommen als mit den Grundschulern!
- J: ja?
- I: ja natürlich:

- J: na ja gut ich wollte Sie nicht befragen aber
- I: nein: aber das ergibt sich jetzt eben daraus!
- J: wo wohnen Sie denn?
- I: ich wohne hier direkt um die Ecke in der Kaiserstraße!
- J: ich komme sonst nämlich nie hierher!
- I: ich gebe Ihnen jetzt auch noch meine Karte dann haben wir das ausgetauscht; aber jetzt einmal um hier einen Schluss zu machen ich würde sagen wenn Sie nichts mehr von sich aus sagen wollen
- J: nein!
- I: dann sind hier jetzt erst einmal alle Bereiche abgedeckt ähm ich habe äh viel: was ich daraus ziehen kann:
- J: freut mich!
- I: und wenn Sie möchten ich sehe Sie haben eine Mailadresse kann ich Ihnen die Auswertung Ihres Interviews auch in zwei drei Wochen schicken, diese Zeit wird es brauchen weil es ist viel zum
- J: aber freilich interessant für mich: ist das ja auch wieder interessant!
- I: gut dann werde ich Ihnen das zukommen lassen!
- J: weil ich weil ich ja auch schon zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen gemacht habe, natürlich mehr auf historischem Gebiet und wenn ich Medizin mich interessiert hat es mich aus historischen Gründen interessiert und äh äh – – – das interessiert mich einfach:
- I: dann maile ich Ihnen das zu das ist kein Problem!
- J: denn es ist ja ein Grenzbereich ja?
- I: ja! es ist ein Grenzbereich: ein sehr unerforschtes Gebiet aber es wird ständig irgendetwas auf den Markt geworfen an Publikationen!
- J: ja es ist ein Grenzbereich zwischen Sozialwissenschaften wenn man so will so heißt das glaube ich heute und äh eben eben der Medizin!
- I: deswegen kann ich als Pädagoge ja auch über dieses Thema schreiben weil es eben dieser Grenzbereich ist!
- J: und bekommen Sie dann den Doktor
- I: der Philosophie – – wenn ich ihn bekomme aber ich hoffe es ich gehe davon aus!
- J: also das ist doch heute nichts mehr wert diese Doktor, wenn ich das sehe bei manchen Leuten – – –
- I: gut also wie gesagt wenn Sie ein solch großes Werk schreiben wo Sie sich fachfremd vertiefen müssen also ich denke da ist es dann schon verdient wenn Sie da mit 1200 Seiten

oder mehr am Schluss stehen aber es gibt auch Mediziner die schreiben vierzig Seiten und das finde ich dann schon lustig ja?

J: das meine ich ja! jetzt sage ich Ihnen etwas aber das bleibt unter uns, schalten Sie das Ding aus!

I: in Ordnung.

Patient 10 (Frau K)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Frau K fand am 20. 03. 2004 in der Zeit zwischen 14.10 und 15.20 Uhr in den Räumlichkeiten der Würzburger Poliklinik statt.

Kontaktherstellung: Der Kontakt zu Frau K wurde über Prof. Csef hergestellt.

Gesprächsbedingungen: Die Patientin war bei der Kontaktaufnahme durch den Interviewer erstaunt, dass sie schon wieder ein Gespräch habe. Dennoch war sie offensichtlich dankbar, über ihren Leidensweg berichten zu können – Frau K sagt bereits vor der Aufzeichnung des Gesprächs, dass sie sich freue, ihre Sorgen formulieren zu dürfen.

Auffällig ist, dass die Patientin während des gesamten Gesprächs sehr nervös erscheint, gelegentlich heftige emotionale Ausbrüche erleidet und gleich bei der Begrüßung darauf besteht, dass die Tür des Raumes, in dem das Interview geführt wird, geöffnet bleibt, weil sie immer frische Luft benötige. Hier vermutet der Interviewer eine klaustrophobische Tendenz, die sich im Gespräch auch bestätigt.

Anamnese: Frau K ist zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alt, sie lebt mit ihrem Ehemann in erster Ehe zusammen und hat einen Sohn, der 17 Jahre alt ist und nach Aussagen der Patientin ein sehr enges Verhältnis zu ihr hat.

Frau K hat während ihres Berufslebens als Bankkauffrau gearbeitet, befindet sich aber bereits im Ruhestand und geht ihrer Tätigkeit als Hausfrau nach.

Die Patientin berichtet, schon als Kind unter Ängsten gelitten zu haben, nämlich immer dann, wenn sie sich alleine gefühlt habe. Schon als Kind habe sie ferner Angst vor der Zukunft gehabt.

Neben der offensichtlich ängstlichen Grundpersönlichkeit der Patientin und einigen Operationen ist darauf hinzuweisen, dass sie ihre erste Panikattacke im Jahr 2000 erlebt – Frau K ist hierbei nachts unter Todesangst aufgewacht, obwohl es ihrer Meinung nach keinen Grund hierfür gegeben habe. Im Rahmen dieses Anfalls wird sie vom Notarzt mit der Verdachtsdiagnose ‚Herzinfarkt‘ in ein Krankenhaus eingeliefert, der Verdacht hat sich hierbei aber nicht bestätigt. Seit diesem ersten Angstanfall erlebt Frau K immer wieder ‚Herzanfälle‘, die nach fünf bis zehn

Minuten ihren Höhepunkt erreichen und dann über Stunden hinweg langsam abklingen. Die behandelnden Ärzte legen der Patientin in diesem Zusammenhang eine Psychopharmakotherapie nahe.

Dissertationsrelevante Diagnose: Die Patientin leidet an einer Herzneurose und eignet sich daher für die vorliegende Untersuchung.

K = interviewter Patient

I = Interviewer

- I: so es läuft - - - ok also ich denke jetzt zeichnet es dann auf.
- K: hm
- I: ähm ja: also noch einmal offiziell danke: dass Sie bei der Untersuchung mitwirken, ich brauche das dann auch für den Mitschnitt dass ich mich einfach noch einmal bei Ihnen bedanke:
- K: hm
- I: und ja ich habe Sie ja gerade eben aufgeklärt um was es mir geht in dieser Sache nämlich um Ihre Angsterkrankung: um Ihre Panikattacken und vielleicht fangen Sie einfach einmal kurz an kurz und im Überblick zu sagen wann die Sache wie: begonnen hat und wie sie sich da anfänglich weiterentwickelt hat um dann äh vielleicht auf die anderen Fragen des Leitfadens überzugehen schwerpunktmäßig nämlich wie: äh wirkt sich die Krankheit auf Ihr Leben aus, was macht die Krankheit aus den verschiedenen Lebensbereichen, und dann schauen wir einmal was wir da herausbekommen.
- K: ok (Frau K räuspert sich) ja also sagen wir einmal ich hatte als Kind schon Angstprobleme, aber keine Angstpaniken!
- I: hm
- K: und zwar wenn meine Eltern abends weggingen; ich habe zwar sechs Brüder und wir waren in einem kleinen Haus ich war also nicht alleine im Zimmer, aber wenn die dann alle geschlafen haben und ich konnte nicht einschlafen dann habe ich mich an das Fenster gestellt und habe hinausgeschaut, ich konnte das Gasthaus schräg beobachten in dem die Eltern sich also ganz spät am Sonntag so für eine Stunde, mein Vater ging früher hin meine Mutter kam dann für eine Stunde nach, sich ein bisschen so erholt haben,
- I: hm
- K: und da habe ich dann so zum Fenster hinausgeschaut und habe die Leute beobachtet wie sie auf das Klo gingen und war froh überhaupt einmal ab und zu jemanden zu sehen;
- I: hm
- K: und wenn ich entdeckt habe meine Eltern kommen dann habe ich mich schnell ins Bett gelegt;
- I: hm
- K: und meine Mutter hat mir erzählt dass also äh an Sonntagen an denen sie nicht wegging - - ich in die Küche kam also nachts wandelnd in die Küche kam, habe mich habe mich

umgeschaut und habe mich dann wieder ins Bett gelegt ohne also habe nicht reagiert auf irgendetwas

I: hm

K: ich wusste das auch am nächsten Tag nicht!

I: hm

K: also sie hat mich angesprochen 'was ist denn los? was willst du denn?' und ich habe also nicht reagiert und wie gesagt wusste auch nichts davon!

I: ja.

K: - - - meine Angst war eigentlich nur so immer vor dem Alleinsein das waren auch immer meine Überlegungen für die Zukunft, 'wie ist das in meiner Zukunft - - äh wie schaffst du das wenn du irgendwann einmal alleine bist?' so also das war schon immer das Allein- die Angst vor dem Alleinsein hat mich schon immer ein bisschen begleitet!

I: hm

K: und aber es ging dann eigentlich so ganz gut - - äh ich war dann einmal jetzt eine Zeit habe ich mit meiner Freundin zusammengewohnt und später dann mit meinem Mann und - - äh habe also im Grunde nie so richtig ganz alleine sein müssen; - - - und äh wie gesagt mir ging es dann so auch gut und die die große Angst meine erste richtige Panik-Angst - - die war also sagen wir einmal noch einmal so bei der ersten Kopfoperation die war achtundsiebzig davor hatte ich gar keine Angst!

I: hm

K: da war mir alles so egal: da habe ich immer gesagt 'entweder es wird etwas oder ich gehe hops dabei das ist mir jetzt egal!'

I: hm

K: ich war einfach mit meiner äh Situation im Leben so unzufrieden durch den ganzen Kortison-überschuss äh dass ich einfach unglücklich war und mir gesagt habe; das war auch bevor ich meinen Mann kennen gelernt habe; dass ich mir gesagt habe 'mir ist das jetzt egal!'

I: hm

K: und ich konnte auch so ganz egal in die Operation gehen - - und die ist auch gut verlaufen und nach äh also da wurde der Tumor entfernt

I: hm

K: und nach elf Jahren nach der Geburt; jetzt habe ich da herumgespielt! (Frau K spielt nervös am Mikrofon des Aufnahmegerätes herum)

I: ja das macht nichts Sie müssten nur wenn ich das später abhöre dann ist das unheimlich laut ja? das passt schon Sie können gerne damit spielen aber

- K: nein nein ich will ja nicht spielen; ich wollte nur feststellen dass ich da nichts angestellt habe; -
- ähm wo war ich jetzt? ja bei meiner zweiten Operation also das war dann so im Januar neun-
undachtzig,
- I: hm
- K: es äh war nach der Geburt - - von dem Sohn da habe ich also gemerkt dass da wieder alles so
komisch wird so wie ich spreche und Ding und dann ist also wieder gesucht worden und dann
ist also zweite Kopfoperation gekommen,
- I: hm
- K: und da: also hatte ich dann davor eine wahnsinnige Angst, da habe ich immer gedacht jeden
Moment drehe ich durch!
- I: hm
- K: aber es kam nicht so die richtige Panik!
- I: hm
- K: wie ich es also dann da so zweitausend erlebt habe; und äh dann kam ja anschließend die
Nebennierenoperation einen Monat weil die Kopfoperation nicht erfolgreich war,
- I: hm
- K: und also das waren Sachen vor denen ich sagen wir einmal eine sehr große Angst hatte!
- I: hm
- K: und auch manchmal Angst davor ich sage immer durchzudrehen wie sich das auch immer
auswirkt:
- I: ja!
- K: und äh die große erste Panikattacke kam äh also da ist am neunten Februar zweitausend ist die
Schwiegermutter gestürzt, die war (Versprecher) im Haus nebenan gewohnt,
- I: hm
- K: und ich habe hinübergeschaut weil die Rollläden nicht oben waren was los ist und dann ist sie
also verwirrt umhergelaufen und ich habe den Arzt angerufen der hat dann gesagt ich soll in
zehn Minuten wieder anrufen, statt dass ich Idiot gleich einen Notarzt angerufen habe habe ich
die zehn Minuten gekämpft mit der Frau!
- I: hm
- K: versucht dass sie mir nicht auf die Straße läuft weil die ist einfach verwirrt umhergelaufen aber
hat nicht auf mich reagiert, im Gegenteil sie hat mich weggestoßen hat ein Kreuzzeichen
geschlagen wie wenn ich ein Gespenst wäre; und ja nach zehn Minuten habe ich wieder
angerufen dann hat die Arzthelferin gesagt sie kommt, dann kam die Arzthelferin, dann haben
wir versucht die Frau ins Auto zu bekommen und zum Doktor zu bringen; also sagen wir

einmal die gesamte Aktion war für mich: weil ich ja auch ähm einen bestimmten Krankheitszustand ja habe mit der fehlenden Nebennieren (Versprecher) und Kortison nehmen muss; also ich bin nicht mehr ganz belastungsfähig!

I: hm

K: und also die: Situation war jedenfalls einfach zu heftig für mich, ich war da völlig überlastet; und zwei Tage später also am elften - - Februar zweitausend äh bin ich dann in der Nacht aufgewacht mit einer panischen Angst und habe gedacht ich sterbe jeden Moment:

I: hm

K: und also das war die erste Panikattacke und die ist (Versprecher) dann äh hat eben angefangen mit einer panischen Todesangst ohne Grund: ich konnte nicht sagen warum oder weshalb oder wovor ich jetzt Angst habe - - - ich hatte einfach Angst ich sterbe jetzt:

I: hm

K: und dann haben wir Blutdruck gemessen und der Puls na ja das war alles ziemlich hoch,

I: hm

K: und dann ist mir - - schlecht geworden dann musste ich auf Toilette hatte Durchfall und dann kam Schüttelfrost; also der Arzt hat mich gestern aufgeklärt dass Schüttelfrost bedeutet wenn man Fieber hat; das weiß ich natürlich nicht: ob ich Fieber hatte; aber für mich war Schüttelfrost wenn ich daliege und schüttel mich vor Frost!

I: hm

K: also ich war im Bett und habe äh alles hat geklappert an mir und die Zähne und ich habe einfach mich hat es geschüttelt vor Frost und dann habe ich mich in Decken gewickelt und zugedeckt und Schlafanzug und Frotteemantel und alles drüber und - - aber die die Angst: wurde immer größer dass ich zu meinem Mann gesagt habe 'jetzt rufe jemanden an ich kann das nicht mehr aushalten!'

I: hm

K: 'es geht einfach nicht mehr!' - - und dann haben wir erst wie gesagt eine Weile gekämpft und dann habe ich gesagt 'es geht nicht mehr du musst jetzt anrufen!' und dann hat er angerufen - - und ja dann kam eben ein Notarzt und erst kam jemand aus *Reichenberg weil da gibt es bei uns einen Einsatzdienst, ich weiß nicht ob er immer da ist oder äh nur situationsweise oder oder stundenweise, jedenfalls kam dann erst ein Notdienst von *Reichenberg; da bin ich her; und - - der hat dann also gesagt 'es kommt jetzt gleich Notarzt und der und der und das und das und' also ich kannte den gut dann hat er gesagt 'jetzt bleibe ganz ruhig!' und ich habe auch gemerkt dass ich dann äh wieder ruhiger geworden bin als der kam!

I: hm

K: da wusste ich das ist ein Fachmann der ist ähm da war ich gleich wieder ruhiger; und dann haben sie aber solche Sachen gemacht so Test eben dann, dann haben sie gesagt 'also es besteht Verdacht auf Herzinfarkt!' und ich müsste in die Klinik, dann bin ich ins Missionsärztliche Institut gekommen, da war die Schwiegermutter auch gelegen darum habe ich mir gewünscht ins Missionsärztliche Institut zu kommen damit mein Mann nicht in zweierlei Krankenhäuser muss!

I: hm

K: -- und da war ich dann eine Woche bin eine Woche da auf Herz -- durchgecheckt worden und ist aber nichts gefunden worden!

I: hm

K: also das Herz sei völlig in Ordnung, es waren also nur die Nerven meine Diagnose waren nur die Nerven und ich sollte -- also irgendwo eine äh Psychotherapie: haben sie mir empfohlen zu machen und habe also so starkes / so / habe ich bekommen,

I: ein Beruhigungsmittel wahrscheinlich!

K: das waren so Beruhigungsmittel die ich also dann eine bestimmte Zeit nehmen musste; und äh nach der Woche -- nach einer Woche bin ich entlassen worden -- -- und -- -- habe dann aber ständig immer wieder nach ein zwei Tagen also es war am Anfang sehr häufig immer wieder die Attacke gehabt, ich wusste der einzige Unterschied war der jetzt ich wusste 'es sind also nur die Nerven -- und du musst versuchen das jetzt zu schaffen sonst landest du wieder im Krankenhaus!'

I: hm

K: also das haben die mir im Krankenhaus gesagt 'entweder Sie schaffen das sich in dieser Situation zu beruhigen oder Sie müssen wieder.' weil man kann nicht jedes Mal davon ausgehen und kann sagen 'ok es sind wieder die Nerven.' sondern es könnte auch einmal wirklich ein Herzinfarkt sein!

I: hm

K: und dann habe ich eben immer versucht in der Situation -- --; weil ich habe sofort wie ich es gemerkt habe meinen Mann geweckt und dann ist er mit mir aufs Klo und hat mich also zu jedem Schritt begleitet und hat mich warm eingepackt und die Hand gehalten und 'bleibe ganz ruhig es ist alles gut!' und hat dann immer so auf mich eingeredet -- -- und das dauert allerdings dann Stunden bis also sagen wir einmal die ganz schlimme: Phase -- ist vielleicht fünf bis zehn Minuten wo es ganz akut ist, dann klingt es ein bisschen ab -- -- -- aber bis dann das Aufgewühlte und Unruhige und die Angst: weg ist dauert das noch einige Stunden!

- I: hm
- K: also ich war dann jedes Mal so träge im Bett gesessen und habe bloß versucht ruhig zu werden und vielleicht wieder einzuschlafen!
- I: hm
- K: am nächsten Tag war ich dann meistens den ganzen Tag ziemlich - - also ziemlich unfähig etwas zu machen,
- I: hm
- K: da war ich einfach völlig erschöpft; ich habe dann auch meistens mehr Kortison genommen habe meistens in der Nacht schon Kortison genommen weil ich mir gedacht habe das ist für den Körper sicher eine wesentliche Anstrengung, ich muss ja bei Zusatzanstrengung mehr Kortison nehmen bei zusätzlicher körperlicher Belastung muss ich Kortison mehr: Kortison nehmen und also ich habe mir eben gedacht das ist sicher für den Körper eine zusätzliche Belastung und habe dann auch mehr Kortison genommen,
- I: hm
- K: in der Nacht schon meistens und auch am nächsten Tag wenn ich so erschöpft habe ich dann auch meistens etwas mehr Kortison genommen;
- I: hm
- K: das Problem war dann auch dass mein Mann am nächsten Tag; den musste ich sonst immer auf die Arbeit fahren; auf die Arbeit laufen musste weil da gab es keine Busverbindung zu seiner Arbeitsstelle,
- I: hm
- K: und dann musste der ziemlich bald aufstehen obwohl ich ihm die ganze Nacht geraubt habe,
- I: ja!
- K: und musste da noch zur Arbeit laufen und - - wie er nach Hause gekommen ist war auch so gut wie nichts gemacht und dann musste er sich auch da noch um das Allerwichtigste kümmern - - es fällt dann schon viel Arbeit ich habe immer gesagt also auch auf den Mann ab, ich habe immer gesagt schön ist einfach wenn ein Mann krank ist dass er immer gepflegt wird aber wenn die Frau krank ist, der Mann kann nicht einfach zu Hause bleiben und kann sagen 'ich muss heute meine Frau pflegen.' man liegt den ganzen Tag alleine und kämpft sich so gut es geht durch und - - und merkt einfach doch immer dass es einfach Shit ist wenn man als Frau ausfällt:
- I: hm sehr interessant der Gedanke, so habe ich das eigentlich noch nie äh gesehen da ist etwas dran!

- K: wenn man als Frau berufstätig ist ist es auch so, aber bei vielen Hausfrauen die zu Hause sind ist es einfach selbstverständlich wenn der Mann oder das Kind krank ist dass man sie pflegt
///// weil ich könnte: das auch gar nicht und würde die Ruhe nicht finden, aber mein Mann kann sich da ins Bett legen und kann sagen `so jetzt: jetzt bringe mir doch einen Tee jetzt bringe mir das!' und er kann es wirklich genießen:
- I: hm
- K: er kann sich da sagen wir einmal wieder gesund äh erholen dadurch!
- I: ja!
- K: als Frau ist das einfach schwierig weil man ist meistens alleine selten geht es einmal also wenn es ganz krass war hat er versucht einen Tag Urlaub zu nehmen,
- I: hm
- K: also wenn er gemerkt hat heute ist es also ganz schlecht mich alleine zu lassen dann hat er versucht einen Tag Urlaub zu bekommen, aber wenn das nicht möglich war dann muss man schauen wie man sich irgendwie durch den Tag durchschlägt!
- I: hm
- K: und hofft einfach dann Abend auf den Abend - - obwohl der Mann die halbe Nacht geraubt bekommen hat und tagsüber dann der Chef fragt nicht danach ob man die halbe Nacht für seine Frau geopfert hat oder; man muss auch in der Berufswelt fit sein und - - - dann wenn er am Abend nach Hause kommt dann eben auch noch - - das Nötigste von meiner Arbeit übernehmen,
- I: hm
- K: um den Sohn kümmern der ist jetzt siebzehn da ist es nicht mehr so extrem, jetzt muss man eher aufpassen dass er sich nicht zu sehr abseilt und zu sehr schludert mit seiner Arbeit,
- I: hm
- K: er ist noch im Gymnasium und kommt jetzt in das Alter in der er eben sagt `ich bin selbstständig, ich', aber da kommen die guten Noten dann wo man meint er ist zwar selbstständig aber der Druck von oben wäre doch nicht schlecht!
- I: hm
- K: ja gut!
- I: das ist immer eine Gradwanderung dann ja? was macht man? einerseits ist man ja froh wenn er selbstständig wird, nur gerade auch mit Ihrem biographischen Hintergrund Sie können ja froh sein wenn das bei ihm eintritt aber andererseits ist natürlich immer das Problem mein Gott die Leistung muss eben auch stimmen! ich glaube das Problem haben alle Eltern!

- K: ja also es gibt Kinder die das nicht brauchen aber ich denke in der Mehrheit ist es so einfach!
- I: ja!
- K: und ähm er beschwert sich immer dass man ihn; sage ich 'erstens lernst du freisch- äh selbstständig wir schauen lediglich ein bisschen nach.' aber das ist für ihn dann eben nicht: selbstständig wenn man ein bisschen nachschaut und macht und äh ich sage immer es wäre mir nichts lieber wenn ich wüsste der *Olaf arbeitet selbstständig ich muss mich darum nicht kümmern aber er beweist uns ständig dass es doch nicht so das Ideale ist!
- I: hm
- K: und das ist jetzt im Moment so ein bisschen der Kampf: wir haben es schon einmal riskiert und dann war das Klassenziel gefährdet und es ist jetzt wieder die Frage wie sehr riskieren wir es wie sehr //// und - -
- I: ja das sind immer diese Grundfragen aber wenn wir gerade dabei sind äh bei Ihrer Familie, also von Ihrem Mann haben Sie jetzt ja ähm einige Dinge schon erzählt also die Sache mit dem mangelnden Schlaf und ähm dass er da auch Einschränkungen hatte durch Ihre Krankheit oder dass er den Bus nehmen musste; ähm wie ist es denn bei Ihrer Familie generell gewesen also egal wen Sie da jetzt einbeziehen in Ihre Erzählung, inwiefern hat sich denn Ihre Panik oder Ihre Angst oder diese Symptomatik auf die Familie Ihren Partner Ihren Sohn ausgewirkt?
- K: - - äh ja ich habe also noch eine weil Sie jetzt gerade von der weil wir von dem Verzichten von meinem Mann sprechen ich habe noch eine Sache ausgelassen, nach der Operation neunundachtzig wo Kopf misslungen Kopfoperation Nebennierenoperation danach habe ich sagen wir einmal große Angstzustände aber keine richtige ja es waren fast schon kleine Panik- also ich erzähle Ihnen einmal wie es war dann können Sie selbst entscheiden ob man es als Panik bezeichnet; also es war so dass ich ähm die Angst vor dem Alleinsein da wieder ganz stark kam!
- I: hm
- K: ich habe also am Anfang dann Probleme gehabt wie mein Mann aus dem Haus ging am Abend, also es war nur einmal die Woche da ging er in die Singstunde; höchstens wenn noch einmal irgendwo irgendeine Versammlung war; aber in der Regel war es einmal höchstens zweimal wo er am Abend wegging,
- I: hm
- K: und das war dann so schlimm dass ich da so geweint und äh äh - - ich weiß nicht wie ich mich ausdrücken soll einfach so kaputt war so fertig nervlich dass er dann die nächste Zeit nicht mehr wegging am Abend,

I: hm

K: also er hat darauf dann verzichtet – – und ist zu Hause geblieben; und dann kam das weiter dass ich mich auch frühs: wenn er dann frühs zur Arbeit ging dann habe ich da: Probleme bekommen `ja es geht jetzt nicht dass ich auch noch am Tag zu Hause bleibe!' sage ich `das weiß: ich aber ich habe einfach Probleme: ob das jetzt geht oder nicht geht!' und ich bin dann manchmal auf die Straße gelaufen und habe einfach geschaut irgendjemanden zu sehen ich musste gar nicht mit ihm sprechen aber ich habe einen Menschen vorbeilaufen sehen wo ich gewusst habe da ist jemand ich bin nicht alleine!

I: hm

K: und ich habe dann manchmal gedacht im Haus ersticke ich ich bekomme keine Luft mehr wenn ich dann niemanden gesehen habe!

I: hm

K: und dann hat sich das noch weiterentwickelt dass dann ich äh am Abend schon Angst davor hatte dass ich dann am nächsten Tag wenn er weggeht wieder Angst habe dass ich dann wieder Panik bekomme und dann war praktisch der Kreislauf mit der Angst so geschlossen und da ist mein Mann dann hat er alles in Bewegung gesetzt dass ich zum Psychiater bin zum Psychotherapeuten: Psychiater lehnt er grundsätzlich ab er ist Alkoholiker und da hat er beim Psychiater Angst vor äh Medikamenten die abhängig machen!

I: hm ja der Psychiater macht eigentlich auch nicht mehr als äh entweder eine Diagnose zu geben oder Tabletten ja? der Psychotherapeut ist bei solchen Sachen immer: besser!

K: ja ja und das äh ich wollte ja auch nicht weil ich ja sowieso für mich fand ich es Tablettenabhängigkeit weil ich ja weiß ohne das Kortison das / geht mein Leben nicht mehr, und ich hatte also am Anfang Alpträume wie ich das so mitbekommen habe dass ich also nachts geträumt habe ich bin von Apotheke zu Apotheke gerannt und in keiner Apotheke gab es die Tabletten für mich also das waren richtige Alpträume äh am Anfang bis ich das äh verstanden habe oder sagen wir bis ich das akzeptiert: habe dass das jetzt so ist, also das ist jetzt nicht mehr das war am Anfang: ja die Sachen so – – äh ja wo war ich jetzt stehen geblieben? ich erzähle jetzt durcheinander!

I: nein Sie haben erzählt dass Ihr Mann gesagt hat jetzt ähm müssen Sie zum Psychologen weil es nicht geht dass er von der Arbeit zu Hause bleibt!

K: ja genau: und da hat er gesagt `du hängst jetzt so drinnen also das kann so nicht weitergehen!'

I: ja!

- K: und ich glaube in solch einer Situation ist kein Kranker oder sagen wir einmal sind die wenigsten Kranken fähig äh selbst den Weg zu gehen und die Aktion auf sich zu nehmen, es war damals eine Aktion: ich musste erst zum, also sagen wir es einmal so, mein Mann hat einen Therapeuten gekannt von seiner Zeit als Alkoholiker,
- I: hm
- K: und den hat er angerufen er hat gesagt 'was kann ich machen?' und er hat gesagt 'ich kann es nicht übernehmen ich bin bei den Aidskranken.' und hat ihm jemanden empfohlen wo ich hingehen kann - - und die: musste mich dann untersuchen und musste mir genehmigen: ob ich Therapie brauche oder nicht brauche und hat auch da gesagt wie viele Stunden ich bekomme,
- I: hm
- K: und dann konnte man erst zu einem Therapeuten gehen; und da ist mein Mann überall mit weil das erste Mal hat er mich zu der Ärztin begleitet dann hat er mich zum ersten Mal zum Therapeuten begleitet und dann musste ich alleine gehen!
- I: hm
- K: und ja da war ich dann eine Zeit bei dem Therapeuten - - da habe ich dann nach zehn Stunden abgebrochen weil ich mit dem nicht klargekommen bin,
- I: hm
- K: der Mann hat sich mir gegenübergesetzt und hat gesagt 'grüß Gott Frau K.' ja da habe ich schon überlegt was (Frau K lacht); und ja 'erzählen Sie mir einmal!'
- I: ja!
- K: am Anfang kann man ja unheimlich viel erzählen so wie jetzt ja?
- I: hm
- K: weil das ist ja nur eine Dreiviertelstunde, also ein paar Sitzungen hatte ich schon viel zu erzählen, und dann habe ich auch Hausaufgaben aufbekommen und aber so nach zehn Stunden oder sagen wir einmal das war wahrscheinlich schon nach acht sieben acht Stunden - - wusste ich einfach nichts mehr zu erzählen: - - und dann hat er sich hingesezt und hat mich eine Dreiviertelstunde angestiert, und das kann man nicht, wenn man psychische: Probleme hat ist das die letzte Sache die man vertragen kann wenn einen jemand anstiert:
- I: und gesagt hat er nichts?
- K: nichts! wenn ich ihm keine Frage gestellt habe hat er sich hingesezt und hat nur darauf gewartet dass ich irgendetwas sage!
- I: hm
- K: weil man dann sagt 'vielleicht will er dass du irgendwann explodierst und sagst du Rindvieh was soll ich denn bei dir wenn ich was? vielleicht wollte er dich herauslocken!'

dann muss er eben reagieren wenn ich das nicht: mache was er von mir erwartet aber er kann nicht so; und dann habe ich nach zehn Stunden abgebrochen also ich habe fünf Stunden verschenkt praktisch die ich noch gehabt hätte aber ich bin einfach ich konnte die Situation nicht mehr ertragen, ich habe schon angerufen 'mir geht es nicht gut.' aber der hat das irgendwie immer gemerkt dass da also etwas dahinter steckt dass ich da also jetzt anrufe,

I: hm

K: aber äh ich habe dann angerufen und habe gesagt 'also so macht es keinen Sinn ich komme nicht mehr.'

I: hm

K: ich hatte schon Bammel zu ihm zu müssen und wie soll ich mich da äh wie soll ich da etwas mitnehmen wenn ich Bammel habe zu ihm zu müssen!

I: hm

K: ja dann habe ich es mit Ergotherapie: probiert, Bachblüten und was man alles so ausprobieren kann, und -- ich glaube das was ich dann als einzige Geschichte von den ganzen Therapien mitgenommen habe war dass ich einfach die Situation akzeptieren muss, sagen wir einmal die Situation dass meine Arbeitskraft einfach -- äh jetzt sagen wir einmal so: ist wie sie jetzt ist ist: -- und dass die nicht: mehr anders wird, und nicht weiterkämpfen und versuchen -- äh dass das doch irgendwie wieder so werden kann wie es war!

I: das ist das das ist die Sache die Sie aus der Therapie mitgenommen haben?

K: ja und das war das was für mich: die wichtigste Sache war was ich aus den Therapien gelernt habe!

I: hm

K: und das habe ich dann auch nach Jahren -- nach der Operation dann begriffen, aber es hat drei vier Jahre gedauert und dann: ging es mir auch besser,

I: hm

K: ich habe dann akzeptiert dass ich körperlich einfach nicht mehr kann wie das jetzt ist und es ist an einem Tag ein bisschen mehr und dann ist es wieder ein bisschen weniger -- und dass einfach der Rest -- mein Mann übernehmen muss und dass dann das Haus einfach nicht mehr so sauber ist wie früher dass es einfach ein bisschen unordentlicher sein darf oder muss wie man es sieht es ist am Anfang sehr schwer gewesen, -- -- und aber ab dem Zeitpunkt wo ich das: akzeptiert hatte -- ging es mir besser und das habe ich in der Therapie gelernt dass ich solange ich dagegen kämpfe: -- meine Kraft damit verschwende dagegen zu kämpfen statt das zu akzeptieren!

I: hm

- K: das war eine ganz wichtige Aussage für mich.
- I: also das heißt ähm wenn man noch einmal
- K: das war jetzt eigentlich vor der ersten äh Panikattacke
- I: ja!
- K: was ich jetzt erzählt habe!
- I: ja!
- K: ich weiß jetzt nicht
- I: nein ich bin jetzt gerade im Moment bei der äh wie- oder wir haben ja angefangen
- K: bei dem Sohn: wollten wir das wissen wie der Sohn
- I: Familie allgemein!
- K: ja deswegen habe ich jetzt zurückgegriffen weil der Sohn hat insofern: - - für mich meiner Ansicht nach unter der Sache gelitten äh weil seine Erziehung von Kindesbeinen an schlecht war,
- I: hm
- K: meiner: Ansicht nach weil ich äh er ist ja zur Welt gekommen und gleich danach also 1978 - - und also per Kaiserschnitt weil da schon der Blut- der Mutterkuchen verkeilt war und das Kind nicht mehr versorgt worden ist und er war dann ja viel zu schwach und musste in den Brutkasten und und und; aber jedenfalls ähm bin ich dann gleich äh achtundachtzig den Monat weiß ich jetzt nicht mehr es war im September herum ja weil wir waren im in irgendeinem Park - -
- I: Europapark?
- K: ach ein kleinerer Park, es ist egal wir waren in einem Park und von dort aus habe ich angerufen weil ich zu einer bestimmten Uhrzeit anrufen musste und nach dem Blutergebnis fragen musste und da hatte es geheißen 'es ist positiv!'
- I: hm
- K: es war irgendwie September Oktober wo der Park schon fast geschlossen hätte!
- I: ja ja!
- K: also bis dorthin war ich auch schon eine Zeit ständig im Krankenhaus weil ich äh immer wieder; bei einer solchen Sache werden unheimlich viele Untersuchungen gemacht,
- I: hm
- K: damit sie; weil es ja an der Hypophyse sowie auch an den Nebennieren liegen kann und da - - werden einfach viele Untersuchungen gemacht bevor sie wissen was ist es und wo ist es und wie; und also da habe ich einen positiven Bescheid bekommen dass es also nach den Blutwerten wieder ein Tumor in der also wieder: ein Tumor oder also ein Tumor sagen wir

einmal am äh in der Hypophyse oder an den Nebennieren sein also dass wieder irgendetwas sein muss!

I: hm

K: und - - - ja dann: gingen die Untersuchungen an nach: der Blutuntersuchung nach dem Blutergebnis: gingen die Untersuchungen an äh was es jetzt ist!

I: hm

K: und dann war ich also im Krankenhaus wieder drei vier Tage, ein paar Tage daheim, wieder Im Krankenhaus wieder ein paar Tage daheim und das war alles im ersten Jahr von meinem Sohn er war ja (genaues Datum wird nicht aufgeführt) 1987 geboren, also sagen wir einmal so so kurz nach dem Ende des ersten Jahres weil (genaues Datum wird nicht aufgeführt) 1987 äh achtundsiebzig verflixt! und äh das war ja dann achtundachtzig also muss er so um ein Jahr herum gewesen sein also er ist noch nicht gelaufen und hat noch nicht gesprochen; mein Mann ist dann immer ins Krankenhaus und sagte 'heute hat er seinen ersten Schritt gemacht, heute hat er das erste Mal das: gehabt!' und ich habe alles im Krankenhaus verpennt!

I: hm

K: es war also sehr schwer: (Frau K weint)

I: das heißt also Sie haben das Gefühl gehabt Sie waren da so am Anfang gar nicht richtig dabei so wie in dieser ersten Phase haben Sie eigentlich gefehlt weil Sie eben mit Ihrer äh Tumorerkrankung damals

K: ich habe ihn die ersten vierzehn Tage nicht gesehen weil er nach dem Kaiserschnitt wegkam, und ich war oben im Wartehaus gelegen der war im in der Möchbergklinik; jetzt kommt wieder mein altes Lied ich heule:

I: haben Sie Tempos?

K: ich habe, heute habe ich daran gedacht

I: gut!

K: beim Doktor Dingsdabums habe ich keine gehabt; und da habe ich ihn die ersten vierzehn Tage nicht gesehen, mein Mann hat mir dann ein Bildchen von ihm mitgebracht und hat mir jeden Tag erzählt das und das und das ist es, und dann hat er einen Blutaustausch: gebraucht weil für sein für sein Körpergewicht die Gelbsucht die Frühgeborene oft bekommen dann zu schlimm war,

I: hm

K: und lauter solche Sachen das habe ich alles so erfahren: und habe meinen Sohn noch nicht einmal gesehen gehabt. (Frau K weint)

- I: aber das sind ja jetzt alles die Sachen die
K: schon wieder vor der Panik sind!
I: genau:
K: ja ich rutsche jetzt immer wieder da hinein!
I: ja das das ist klar das ist es eben dass es Sie: im Moment auch sehr bewegt ja?
K: ich wenn so erzähle dann rutsche ich immer in solche Sachen hinein ja?
I: ja klar!
K: ja und das war eben der Start von meinem Sohn den ich nicht mitbekommen habe
I: hm
K: - - - und dann wie gesagt war er ich schätze einmal gerade ein Jahr alt ich weiß nicht die ge-
nauen Daten aber wenn ich so nachrechne müsste er gerade ein Jahr gewesen sein,
I: hm
K: und - - und ja dann haben sie mir ihn ins Krankenhaus mitgebracht und dann ging er nicht
mehr her zu mir hat mich nicht mehr erkannt: (Frau K weint)
I: hm (längere Sprechpause) also da war das war dann schon schlimm für Sie das kann ich mir gut
vorstellen; und wenn wenn Sie jetzt davon: ähm versuchen einmal ein bisschen wegzukommen,
einfach einen Schritt zu machen und sagen so: und jetzt schauen wir einmal wie war es denn
speziell jetzt mit dieser Angstgeschichte? die ja sicherlich auch damit irgendwie in Verbindung
steht; aber dass Sie jetzt einfach sagen ok: wir lassen jetzt einmal diese Sache mit der mit der
Operation weg sondern später: dann ja? als diese Panik: angefangen hat, wie hat sich die denn
auf ihn ausgewirkt oder auf die Familie wieder insgesamt?
K: ich glaube also es so wie die erste Panik kam da hatte er ja erst geschlafen und er hat dann
mitbek- nein mein Mann hat ihn dann aufgeweckt wie die / mich geholt haben,
I: ja
K: er hat ihn dann aufgeweckt und hat gesagt `die Mama kommt ins Krankenhaus.` - - und also er
hat die Woche die ich im Krankenhaus war nicht gelitten,
I: hm
K: da durfte er bei seinem Freund Mittag essen und machen also das hat ihm eigentlich ganz gut
gefallen!
I: hm
K: danach äh - - hat er vielleicht darunter gelitten dass ich einfach nicht äh dass wenig Zeit für
ihn war weil ich: meinen Mann zu sehr in Anspruch genommen habe!
I: aha!

- K: ich denke das war für ihn: wahrscheinlich das größte Manko das man so sieht!
- I: hm – – – also das heißt dass quasi äh Sie beide: als Eltern wenig Zeit für ihn hatten ja?
- K: ja:
- I: weil Sie: waren ein bisschen so blockiert mit Ihrer Panik und Ihr Mann: hat sich ja um Sie gekümmert aha das ist klar!
- K: ich habe praktisch alles äh an mich gezogen – – und ihn für ihn war wenig Zeit übrig!
- I: hm – – das ist natürlich eine Auswirkung: das ist ganz klar ja?
- K: ja: weil sonst hat er eigentlich äh weniger darunter gelitten!
- I: hm
- K: an der ganzen Situation, aber ich denke das ist für ein Kind schon äh ein großes Stück wenn für ihn zu wenig Zeit da ist!
- I: hm
- K: und das hat dann also für mich halt dann auch immer wenn ich also psychisch schlecht drauf war dann ist mir das auch immer alles so äh gekommen dass ich einfach – – die ganze Erziehung von der Geburt an bis jetzt habe ich überall durch meine Krankheit durch das alles ist also alles gel- nicht so gelaufen wie es geplant war also ich habe alles durcheinander gebracht!
- I: hm
- K: und die schlimme Sache ist für mich immer wenn ich dann weiß das kann ich nicht mehr gutmachen das kann ich nicht mehr rückgängig machen, also das ist vorbei:
- I: hm
- K: das ist eine schlimme Situation! (Frau K weint)
- I: hm – – – ähm wo sind wir jetzt? ja ja: wir sind mitten in der Familie und Partner und das ist sehr interessant was Sie mir sagen weil hat es jetzt eigentlich noch kein: Patient äh aus der Reihe die ich interviewt habe gesagt dass da äh irgendwie ja eine solche Versäumnissangst: da ist, ich meine das sage ich Ihnen jetzt einfach einmal aus meiner Erfahrung heraus ich bekomme ja auch sehr viel mit in meinem Umfeld ähm alle: Eltern haben gute und schlechte Zeiten mit ihren Kindern, das ist also das ist nie: völlig perfekt und ohne Störungen: das ist einfach jetzt bei Ihnen einfach so dass Sie: das Gefühl haben oder bei Ihnen kommt es so an 'Mensch: da haben wir vielleicht irgendwie eine gewisse Zeit miteinander versäumt.' ähm nur finde ich halt dass man dann nicht vergessen darf dass man eben auch Zeiten zusammen: verbracht hat, das ist ganz wichtig und es kommt ja letztlich auch darauf an vielleicht wie Ihr Verhältnis zu Ihrem Sohn dann auch heute: ist ja? also

- K: ja das ist eigentlich gut:
- I: na sehen Sie? das ist doch eine erfreuliche Sache!
- K: nur habe ich so ein bisschen das Gefühl dass er etwas abbekommen hat von mir, dass ich ihm ein bisschen etwas mitgegeben: habe denn er ist sehr sensibel,
- I: ja
- K: und – – – er ist einfach so anders wie die anderen Jungen, er eckt auch immer wieder an!
- I: hm
- K: er kommt nicht so in die Mannschaft hinein: – – – er hat einen behinderten Freund – – und einen der also zwei Jahre jünger ist – – er ist ja sagen wir einmal nein: eigenartig ist er eigentlich nicht, ganz anders wie unser Sohn eigentlich!
- I: hm
- K: aber so in der Klassengemeinschaft hat er eigentlich keinen Freund obwohl man muss wirklich sagen er er kommt jetzt wirklich einigermaßen in der Klasse zurecht aber er hat keinen wo man sagen kann das ist sein Freund oder so!
- I: hm
- K: ja? also das – – äh da kommt er nicht klar mit seinen Ideen und Vorstellungen und mit seiner Art wie er ist; er hat auch grundsätzlich nur mit Mädchen gespielt, er ist bei den Jungs nie akzeptiert worden, dazu war er zu sensibel zu brav und zu einfach mädchenhaft!
- I: hm
- K: für die Buben war das zu mädchenhaft! und das war das ging schon im Kindergarten los.
- I: und da würden Sie sagen oder Sie haben es ja gerade genannt dass er da ähm etwas von Ihnen abbekommen hätte wie auch immer Sie das jetzt meinen, Sie führen das auf sich zurück?
- K: äh ja: ich sehe das einfach also äh man sagt ja immer die Kinder bekommen schon während der Schwangerschaft und während der; äh während der ersten Lebensphase da hat er zwar wenig von mir gehabt aber er hat mich immer wieder äh wenn er mich erlebt hat übersensibel äh also ich habe schnell äh also ich habe gebrüllt wenn ich nicht mehr klargekommen bin habe ich gebrüllt,
- I: hm
- K: und anschließend geheult!
- I: hm
- K: und das hat der Junior immer so mitbekommen und der wusste auch genau mich einzuschätzen der wusste 'jetzt schreit sie ok anschließend heult sie dann ist alles wieder ok.'
- I: hm

K: und das war äh keine so gute Erziehungsphase, dann kam er her und hat mich getröstet, vorher hatte er irgendeinen Shit gemacht wo ich ausgerastet bin ok: ich bin: zu bald ausgerastet das ist richtig weil ich einfach mit der Situation nicht zurechtgekommen bin ähm statt dass ich ruhig mit ihm gekämpft habe habe ich bin ich gleich explodiert und wie gesagt anschließend habe ich dann gemerkt 'das war Scheiße was du da jetzt gemacht hast!' und dann war ich dagesessen und habe geheult,

I: hm

K: und dann ist mein Junior gekommen und (Frau K imitiert eine tröstende Geste) dann war er derjenige der Oberwasser hatte in dem Moment!

I: hm

K: und das hat mich dann doch immer hinterher wenn ich das gemerkt habe wenn ich wieder über die Situation weg war war mir das wieder klar dass das eine Situation war die nicht sehr gut war für die Erziehung aber mit solchen Sachen habe ich also im Nachhinein wenn mir das so klar wird äh habe ich da oft mit gekämpft obwohl ich mir auch sage es ist ja ein gescheiter Kerl aus ihm geworden aber - - es war trotzdem Shit: was in der Zeit da gelaufen ist!

I: hm

K: ich kann damit für mich aus von mir aus nicht zufrieden sein, ich möchte wenn ich könnte: würde ich das zurückdrehen würde das anders machen,

I: hm

K: aber ich kann das nicht mehr anders machen! - -

I: ich meine klar: das sind natürlich Sachen die muss man hinnehmen,

K: ja!

I: und aber Sie sagen ja selbst es ist eigentlich ein anständiger Kerl geworden und von daher: ist das ähm finde ich: hört sich das eigentlich ganz gut an, interessant ist einfach dass Sie das dann so mit Ihnen in Verbindung bringen also dass Sie sagen ja! klar die Kinder sind immer; es gibt ja diesen Spruch der Apfel fällt nicht weit vom Stamm, ich meine Kinder sind immer das Produkt ihrer Eltern das ist nun einmal so: und deswegen ist es ja auch in Ordnung wenn er Verhaltensweisen von Ihnen hat: ich meine Sensibilität ist nicht nur nicht nur negativ zu bewerten es hat ja auch durchaus viele Vorteile und ähm gut als empfindsamer Mensch durchs Leben zu gehen ist bereitet vielleicht manchmal Probleme, ähm hilft ihm: aber vielleicht auch anderen Leuten immer einmal wieder weiter, er ist dann vielleicht ein guter Zuhörer oder oder ein guter Helfer: irgendwie also ich denke es hat alles: Vorteile und: Nachteile!

K: ja nur für einen Jungen: ist es in der Situation sehr schwer,

- I: das kann schon sein!
- K: zumindest merke ich es in seinem Umfeld dass es für ihn eben sehr schwer ist!
- I: hm ist halt auch ein schwieriges Alter jetzt siebzehn sagten Sie nicht?
- K: ja!
- I: na klar das ist dann weder Fisch noch Fleisch das ist irgendwie noch mittendrin: und ähm dann sind sie in dem Alter vielleicht auch ein bisschen ruppiger zueinander und ja: aber das ist ich denke das wird sich im Laufe der Zeit dann auch wieder legen und dann wird das bei ihm dann auch auf ganz geregelten Bahnen gehen, da bin ich mir jetzt als Ferndiagnostiker in dem Zusammenhang einfach einmal sicher weil viele Jugendliche haben das ja? dass sie dann einfach nicht so mit dem Strom mitschwimmen; aber es ist echt wirklich interessant das im Zusammenhang einmal mit dieser Krankheitsgeschichte zu sehen, wo ist oder Sie sagten auch vorhin mit Ihrem Mann da ist es im Prinzip auch: so: dass er ja sehr viel auf Sie eingegangen ist und dann wahrscheinlich auch in der Folge wenig Zeit für sich selbst hatte!
- K: ja!
- I: für Hobbys oder sonstige Dinge also
- K: ja er hat ja sogar auf seine Singstunde damals verzichtet und äh das war eigentlich die einzige Sache die er hatte weil als als Alkoholiker geht man ja auch nicht einfach so in die Kneipe alleine,
- I: hm
- K: äh und aber die Singstunde das war sein Hobby und die wussten auch alle er trinkt: und da hätte ihm niemand ein Bier hingestellt oder hätte gesagt 'na willst du einmal?'
- I: hm
- K: da hätte ihm jeder auf die Finger geschlagen wenn er eines genommen hätte,
- I: ja Gott sei Dank es ist ja auch gut wenn die Umgebung mitmacht!
- K: die Mannschaft kannte ihn anders und kannte ihn dann so: und ähm - - und und er hat eben das dann die einzige Sache die für ihn ein außerfamiliäres Vergnügen war - - aufgegeben und
- I: hm - - das heißt Sie waren dann quasi so das Zentrum der Familie?
- K: ja!
- I: um das alles irgendwie gekreist ist!
- K: ja was man aber nicht immer verkraften kann das zu sein!
- I: ja klar. das heißt da höre ich heraus Sie wollten das wirklich auch nicht sondern es war eine Folge:
- K: ich habe gemerkt es geht nicht anders aber es war mir unangenehm das alles aus dem Gleichgewicht: zu bringen!

- I: hm
- K: die ganzen Pläne umzuschmeißen die da waren!
- I: hm
- K: das
- I: nämlich welche?
- K: – – ja schon die Pläne mit dem Junior wie wir die Erziehung machen wollten wie wir das alles geplant hatten und äh nervlich habe ich dann; ähm bei der Geburt lief es schief weil es nicht so gelaufen ist wie es geplant war, dann äh bei der Erziehung äh waren die Nerven nicht dazu da dass ich das so gemacht hätte wie es besprochen war,
- I: hm
- K: und – – – und dadurch dass dann zu viel Zeit für mich verbraucht wurde, also es war es ging einfach es ging (Versprecher) eigentlich alle Pläne durcheinander!
- I: hm – – – ähm wenn oder kann man diese Sache innerhalb der Familie jetzt auch auf das soziale Umfeld Freunde und Freizeit übertragen? das wäre jetzt ein Ding
- K: ja wir hatten damals noch nicht viele Freunde ich war ja bis zu diesem Zeitpunkt bis zur Geburt war ich ja berufstätig!
- I: ja
- K: und da da ich war ja in *Rottenbauer fremd und da lernt man niemanden kennen wenn man am Abend nach Hause kommt, mein Mann selbst hatte in *Rottenbauer auch äh wenig Freunde mit denen er einmal ausging oder so wo ich einmal in eine Gesellschaft kommen konnte oder so, das hat er ja auch nicht mehr er hatte seine Sänger und – – die treffen sich zwar manchmal auch wenn sie singen mit Frauen aber das ist eben nicht oft und in der Situation wie ich damals war wenn man also psychisch: so unten ist und körperlich dann traut man sich auch nicht also ich: jedenfalls habe das so empfunden ich traute mich da auch nicht unter die Leute, ich musste zwar heraus aus meinem Loch – – aber äh – – wenn ich dann zu jemandem hingegangen bin und die haben etwas und ich habe ein bisschen etwas von mir erzählt dann habe ich mir hinterher immer Vorwürfe gemacht `jetzt hast du ihm wieder schön die Ohren voll gejammert!' und habe mir hinterher gewünscht das ihm nicht: erzählt zu haben,
- I: hm
- K: das war mir hinterher immer äh leid: das erzählt zu haben in dem Moment: fühlt man sich so wie jetzt man fühlt sich irgendwie wohl: man fühlt sich verstanden wenn man erzählt und hinterher denkt man `Shit! also das hättest du ja nicht alles erzählen brauchen das und das nicht unbedingt!' oder so, also ich habe mir hinterher wieder Gedanken gemacht dann wenn

einmal der Fall war: deswegen bin ich gar nicht gerne irgendwo hingegangen - - - und und darum war in der Situation einfach schwierig Kontakt zu finden!

I: hm und wenn dann Kontakt war wenn so habe ich es jetzt verstanden dann haben Sie ähm von Ihrer Biographie oder von Ihrem Schicksal erzählt einfach!

K: wenn es ins Gespräch kam!

I: aha!

K: nicht einfach: ja? ich habe nicht freiwillig davon erzählt aber wenn es irgendwie ins Gespräch kam dass man einfach erzählt hat 'na und was machst du so?' und ich musste sagen 'ich hocke zu Hause.' und ja? 'warum machst du denn nicht das?' oder so, und dann kam es einfach manchmal so der Fall dass man dass mir nichts übrig blieb etwas davon zu erzählen:

I: hm

K: und da habe ich dann hinterher immer 'ja das hättest du wenigstens nicht' oder so, ich hätte es also; nachher habe ich überlegt was ich hätte weglassen sollen und was vielleicht nicht so gut war dass ich das erzählt habe und so dass ich also nicht so dass ich nicht so jammernd dastehe also immer!

I: hm

K: und und deswegen habe ich auch - - - ich hätte schon gerne Kon- ich hätte Kontakt gebraucht sagen wir einmal so aber äh ich hatte Angst: Kontakt zu haben.

I: hm das ist ein gutes Stichwort auch wieder mit dieser Angst weil äh was was ich da jetzt ähm merke bei Ihnen ist dass im Moment: diese Angstsymptomatik gar nicht so im Vordergrund steht sondern die Persönlichkeit: von Ihnen die damit in Verbindung steht, das heißt

K: ja!

I: dass Sie einfach sagen 'Mensch: da ist viel und das möchte ich eigentlich nicht nach außen tragen oder vielleicht definieren mich die anderen Leute dann nur über meine Probleme.' bei anderen Patienten höre ich zum Beispiel relativ häufig 'ich habe wirklich Angst: im wahrsten Sinne des Wortes gehabt das Haus zu verlassen oder da vielleicht irgendwie in eine Lokalität zu gehen aus der ich dann nicht mehr herauskomme wann ich will.' also so diese Klaustrophobie: oder auch die Angst vor Menschenmassen das fehlt bei Ihnen bisher komplett, also bei Ihnen sind das ganz andere Strukturen.

K: ich habe das aber auch!

I: haben Sie auch?

K: ja aber die Situation meide ich wo ich kann!

- I: aha vielleicht können Sie darauf noch einmal ganz kurz eingehen weil das ist so der eigentliche Punkt!
- K: äh ja: also ich äh ich fahre keinen also ich fahre: Aufzug aber mit größter Angst
- I: hm
- K: weil das hat das habe ich damals beim Psychotherapeuten als Hausaufgabe aufbekommen jeden: Aufzug zu fahren der mir begegnet,
- I: hm
- K: weil das mache ich nicht mehr (Frau K lacht) aber ich fahre Aufzug weil ich merke das so wie jetzt das lassen meine Kräfte nicht zu aber dann nur wenn mein Mann dabei ist
- I: hm
- K: oder irgendjemand den ich kenne also mit einem Fremden auch noch im Notfall wenn ich weiß ok stecke ich wenigstens nicht alleine drinnen!
- I: hm
- K: aber alleine würde ich nie in einen Aufzug hineingehen!
- I: hm
- K: aber genauso ich habe ich würde in einem leeren Raum in einem großen leeren Raum wo mehrere Türen sind und ich wüsste nicht zu welcher Tür ich hinausmuss genauso Probleme haben wie in einem vollen Raum!
- I: hm
- K: also die Phase war auch schon wesentlich schlimmer, ich finde die Sachen waren wesentlich schlimmer gleich nach den Operationen
- I: hm
- K: vielleicht haben doch manche Therapien etwas dazu beigetragen dass sich das gebessert hat; ich habe eine Zeit äh bin ich nicht in Toiletten die ganz zu waren
- I: hm
- K: die habe ich habe ich die Türen offen gelassen weil Türen wo unten: und oben: die Türe bis hoch und bis hinunter geht wo also kein Schlitz irgendwo war da konnte ich nicht hinein!
- I: hm
- K: aber genauso hatte ich die Probleme wenn ich jetzt - - entweder im Kino war; wir waren einmal im Corso-Kino - - da war irgendein Film wo es wahnsinnig voll war schon vorher, ich weiß nicht mehr was es war, jedenfalls waren da die Leute vor mir ich bin ja nicht so sehr groß bin ein Meter fünfzig, die Leute vor mir und die Leute unter mir und die waren alle über mir weil die alle auch wenn sie unter mir gestanden waren eine / noch, äh da musste ich auch hinaus weil da habe ich so langsam gemerkt ich kämpfe mich jetzt durch und und gehe hinaus

und wenn wir auch ganz hinten stehen ich kann da nicht mehr bleiben also das passiert mir wenn ich so sagen wir einmal wenn ich einfach ähm Probleme habe jetzt den Ausgang zu finden oder Tunnel!

I: hm

K: weil Tunnel wenn ich umgehen kann fahre ich hundert Kilometer meinetwegen weiter um nicht durch einen größeren Tunnel zu fahren!

I: hm

K: wenn ich hineinfahre und sehe von ganz weit hinten das Licht: dann geht es, aber wenn ich hineinfahre und es bleibt lange dunkel bevor ich den Ausgang sehe dann wird es kritisch!

I: hm - - ähm die Sachen sind ja ganz typisch ja? für Ihr Krankheitsbild!

K: ja!

I: auch ähm inwiefern ist denn da: eine Einschränkung auch gewesen? bei der Familie, mir fallen jetzt zum Beispiel irgendwie Urlaubsreisen ein dass man sagt `ich kann nicht in den Urlaub fahren weil ich nicht fliegen kann oder

K: fliegen kann ich nicht: mein Mann würde gerne nach Amerika fliegen er war einmal drüben mit seinem ähm - - Kumpel von früher mit dem haben wir heute noch Kontakt den kenne ich also auch und das wäre sein großer Traum noch einmal nach Amerika!

I: hm

K: und; ich war auch einmal in Amerika alleine - - - damals wollte mein damaliger Freund mitfahren der ist dann nicht mitgeflogen dann bin ich alleine geflogen, ich habe eine Freundin drüben besucht da bin ich ganz alleine nach Amerika geflogen - - - ja das war eine Katastrophe von der ersten Minute an

I: hm

K: und das zehn Stunden lang!

I: hm damals schon?

K: damals hatte ich die große Angst noch nicht!

I: hm

K: jetzt würde ich das gar nicht mehr schaffen: damals war das alles noch im normalen Rahmen das war noch; das war - - das war wahrscheinlich noch vor meiner ersten Kopfoperation das ist schon ewig her!

I: hm

K: das könnte vor: meiner ersten Operation gewesen sein.

I: und heute sagen Sie ganz klar so das oder was ich jetzt heraushöre ist da wirklich eine Einschränkung auch in Ihrer aktuellen Lebensführung dass Sie sagen `ich kann: einfach

momentan.' das kann sich ja auch wieder bessern durch Therapie oder vielleicht auch einmal durch eine punktuelle Medikation ähm `im Moment kann ich gewisse Dinge einfach nicht tun aufgrund meiner Angst aufgrund meiner Panik.'

K: ja da gibt es sicher Einschränkungen wie gesagt also ich muss auch bei uns das Auto fahren aber wenn ich das nicht tue, mein Mann hat keinen Führerschein, aber auch wenn ich als Beisitzer: sitzen würde also ich fahre hundert Kilometer Umweg um nicht durch einen Tunnel zu müssen,

I: hm

K: oder wie gesagt irgendeinen Urlaub mit Flugzeug - - das äh können wir vergessen bei mir weil ich habe sogar im Zug schon Panik gehabt wir fahren also sieben bis acht Minuten nach *Rottenbauer,

I: hm

K: und da bin ich frühs mit dem Zug gefahren alleine: da hatte ich das im Zug noch nicht erlebt das war das erste Mal und da bin ich in den Zug und wie der dann gebremst hat; ich habe mich zu Bekannten hingestellt die ich gekannt habe wir haben uns unterhalten und da waren wir an einer Ecke gestanden weil der Zug ja nur sieben Minuten dauert,

I: hm

K: und dann wie das gebremst hat und das laut geworden ist - - habe ich eine solche Panik entwickelt dass ich es den Bekannten unter mir neben mir erzählt habe und gehofft habe in dem Moment hilft es mir, es hat auch ein bisschen geholfen aber die haben das nicht so richtig verstanden was das bedeutet, da habe ich echt eine Panik bekommen jetzt aus dem Zug zu müssen!

I: hm

K: also da hat das Herz schon gerast ich habe gedacht jetzt bekomme ich einen Kasper aber; mein weiß auch gar nicht was da passieren würde ob vielleicht eine schlimme Sache passiert, man hat einfach eine panische Angst jetzt nicht aus dem Zug zu können!

I: hm

K: und dann war ich auf dem Weg nach Hause am Zug gestanden ich hätte also eine ganze Stunde auf den Bus warten müssen, war im am Zug gestanden `gehst du rein gehst du nicht rein? wenn du jetzt nicht einsteigst' habe ich mir gesagt `dann bist du verloren dann fährst du nie wieder Zug!' - - `also gehst du noch einmal hinein!' bin ich noch einmal eingestiegen, in dem Moment in dem es das erste Mal / (Frau K ahmt ein Pfeifgeräusch nach) gemacht hat und die Türen zugingen (Frau K schnauft tief ein) `jetzt kannst du nicht mehr hinaus: jetzt kannst du nicht mehr hinaus:'

- I: hm
- K: und das – – ‘atme ganz ruhig ganz ruhig ganz ruhig:’ die Panik kam wieder!
- I: hm
- K: seitdem bin ich neulich: bin ich wieder alleine Zug gefahren, da hätte auch auch wieder über eine Stunde warten müssen, denke ich ‘wagst du es jetzt oder wagst du es nicht?’ weil ich habe wieder lange vor dem Zug gestanden, war ich im: Zug noch sieben Minuten gesessen habe ich immer überlegt da kam es schon einmal vorher (Frau K atmet tief ein), denke ich ‘steige wieder aus! was machst du?’ ich bin sitzen geblieben – – ja ich habe nach draußen geschaut ‘ja ja ja schön ganz ruhig!’ habe es geschafft: war auch ganz stolz hinterher: aber es war eine Angstfahrt!
- I: hm
- K: aber eigentlich nur die Angst vor der Angst, es ist nichts passiert aber einfach die Angst davor dass eine solche Panik wiederkommt, sie meldet sich ja auch nicht an sie sagt ja nicht ‘ich komme!’ oder ‘ich bleibe heute weg!’ oder; und wenn man sie hat kann man nicht sagen ok das macht jetzt nichts!
- I: hm
- K: ‘du bist ja gleich zu Hause!’ oder was, du hast einfach keine Chance in dem Moment, und das ist für mich eine Panik.
- I: hm – – weil Sie vorhin sagten Sie haben gerade in dieser Situation auch dann im Zug beim Fahren das Ihren Bekannten da mitgeteilt, und Sie sagten ja auch die haben es nicht so richtig verstanden ähm welche Auswirkungen hat denn gerade diese Angst: auf Ihr Umfeld? also ist dieses Unverständnis zum Beispiel auch generell vorhanden oder ist Ihnen auch einmal
- K: ja bei den meisten Leuten, also nur die ganz sagen wir einmal die äh Bekannten die schon mehr Freunde sind die engeren Bekannten die verstehen das aber der Großteil der Bekannten die verstehen das nicht!
- I: hm
- K: dass man einfach also ich: konnte ja vorher mit dem Gefühl Panik auch nichts anfangen, ich habe das ich habe Angst: gekannt, aber mit der bin ich klargekommen die konnte ich irgendwie bewältigen!
- I: hm
- K: aber die Panik: – – da sage ich immer wenn ich die Panik habe dann macht mein Körper mit mir: was er will und nicht mehr ich mit ihm!
- I: hm
- K: da hat man keine Eingriffsmöglichkeit mehr ja!

- I: weil es eben auch das autonome Nervensystem betrifft diese autonomen Mechanismen wie Herzschlag wo man einfach schlecht etwas machen kann; nehmen Sie Betablocker oder so etwas?
- K: nein noch nicht: ich hoffe auch nicht dass ich etwas bekomme weil der Blutdruck hat sich eigentlich wieder also; ich bin eigentlich in die Klinik gekommen weil ähm der Doktor *Schmidt mir das / genommen hat, erst hat er es erhöht dann ist der Blutdruck gestiegen, dann hat er sie alle zwei gestrichen weil er gemeint hat davon: ist er gestiegen, und aber ich brauche einfach die / und die hat mir jetzt fünf Wochen gefehlt und danach hat der Blutdruck völlig verrückt gespielt, vor allem der zweite Wert und der Puls waren oft über hundert,
- I: hm
- K: und der erste Wert hielt sich eigentlich im Rahmen:
- I: der untere Wert der zweite Wert ist wichtiger!
- K: und es ist sogar manchmal passiert dass bei Anstrengung der erste Wert abgestürzt ist und der zweite Wert war aber und hoch und der Puls hoch!
- I: hm
- K: äh warum habe ich das jetzt erzählt?
- I: weil ich nach den Betablockern gefragt habe weil die den Puls: senken können!
- K: ja genau, und das hoffe ich auch aber nicht weil ich äh das nicht gut finde, weil wenn das Herz so reagiert dann bin ich der Meinung dass das eine Ursache hat und finde das dann nicht gut wenn das Herz gestoppt wird: --
- I: gute Einstellung, höre ich jetzt auch zum ersten Mal von allen Patienten weil die meisten Leute sagen halt sie sind schon einmal froh wenn die Symptome auch ein bisschen heruntergefahren werden und schauen dann vielleicht im günstigsten Fall noch einmal nach der Ursache, aber das finde ich eine gute Einstellung weil die: erhöht dann eben auch die Chance dass sich etwas verbessert ja?
- K: ja ich habe ich habe gelernt mitzudenken bei den Ärzten, ich mache seit siebenundachtzig mit der Geschichte mit dem Gehirntumor herum, dann kam es nach elf Jahren wieder dann die misslungene Kopfoperation, ich habe einfach auch schon negative Beobachtungen mit Ärzten gemacht und habe einfach gelernt den Ärzten auf die Finger zu schauen! (Frau K lacht)
- I: das heißt jetzt jetzt sind wir ja auch ein bisschen so bei der aktuellen Lebensführung ja?
- K: ja!
- I: jetzt haben wir so die Bereiche beleuchtet und würden Sie dann oder was was mir so gerade entgegenkommt war die Sache `na ja meine aktuelle Lebensführung ist natürlich einmal dadurch gekennzeichnet ich habe die Krankheit in mein Leben integriert weil ich` haben Sie

ja vorhin schon genannt 'es ändert sich im Moment nichts das ist da:' ein gewisses Abfinden mit der Situation, und andererseits 'ich will aber auch nach der Ursache schauen ich will mein Herz nicht ruhig stellen durch Medikamente sondern meine aktuelle Lebensführung ist auch dadurch gekennzeichnet dass ich wissen will was steckt denn da jetzt eigentlich genau dahinter?' liege ich da richtig oder liege ich da falsch?

K: ja so ist es ja! äh weil ich bin ja eigentlich in der letzten Zeit ganz gut mit der Situation zurechtgekommen,

I: hm

K: die Panikattacken in der Nacht waren sehr selten: - - äh meistens habe ich beobachtet dann wenn ich körperlich überlastet war - - oder psychisch so wie jetzt als ich nicht gewusst habe ich muss in die Klinik,

I: hm

K: dann kam die Angst davor in der Klinik in der Nacht Angst zu bekommen!

I: hm

K: da habe ich niemanden mit dem ich darüber reden kann, ich weiß nicht ob das die Schwestern verstehen ob das ein Arzt versteht also abends ist nachts ist ja kein Arzt da: der da jetzt beim - - äh zur Verfügung: stehen würde wenn ich da jetzt also, und das war also die Angst, und dann kam in der Nacht eine kleine Panikattacke nicht so wie

I: in der Klinik?

K: nein zu Hause!

I: ah zu Hause.

K: bevor ich in die Klinik gekommen bin - - und also sie war nicht so heftig wie die anderen letzten Anfälle - - aber sie war es war eine Panikattacke, ich habe das gespürt!

I: ja ja!

K: und ich aber wie gesagt es war einf- wieder eigentlich nur die Angst vor der Angst, es war kein Grund da jetzt dass irgendetwas da ist!

I: hm

K: aber ich habe bis jetzt jede Nacht hier gut verbracht, und jetzt waren die letzten Nächte dann auch also die letzten Abende habe ich keine Angst ich bin ja erst seit Mittwoch da!

I: ja.

K: aber gestern hatte ich eigentlich schon keine Bedenken mehr nachts ein Problem zu bekommen, ich habe mich jetzt sicher gefühlt!

I: hm

- K: und aber das ist so ähm schon das Problem dass wenn ich auf Kur soll – – ähm die Angst wenn du weiter weg bist `schaffst du das?`
- I: hm
- K: und das das sind immer so so Gradwanderungen wo man ähm skeptisch ist; ja wir waren jetzt bei einer anderen Sache oder?
- I: nein wir sind bei der aktuellen Lebensführung also was Sie sagen ist im Prinzip ähm `ich habe es schon` oder `ich habe mich schon irgendwo damit abgefunden.` aber das heißt andererseits natürlich nicht: dass nicht trotzdem einmal diese Phobophobie die Angst vor der Angst irgendwo da ist, also es ist präsent: aber man kann: damit umgehen und trotzdem ist es immer wieder präsent, es gibt einfach Situationen da habe ich Angst aber ich kann annehmen dass diese Angst halt ein Teil im Moment meines Lebens ist – – trifft das die Sache?
- K: das trifft die Sache ja: das wie gesagt es kommt nur einfach die Situation oder ich weiß jetzt habe ich Angst vor der Angst und kann aber nichts dagegen machen ich muss das jetzt
- I: aushalten.
- K: also die Kur würde ich sagen ok auf die Kur muss ich nicht unbedingt da muss ich mir die Angst vor der Angst nicht antun!
- I: hm
- K: aber was sich nicht vermeiden lässt wie ein solcher Klinikaufenthalt da sage ich ok das muss jetzt sein, ich weiß dass das für mich das Beste ist und das muss: ich jetzt ja?
- I: hm
- K: also da wäge ich dann schon ab also – –
- I: also ist Ihre aktuelle Lebensführung auch ein bisschen durch Vermeidungsverhalten geprägt wo es eben geht!
- K: ja!
- I: also die Sachen die Sie umschiffen können sozusagen machen Sie auch und die Sachen die unvermeidbar sind da gehen Sie dann einfach mit einem unguuten Gefühl hinein?
- K: ja!
- I: aha das ist interessant ja; und – – hört sich immer ein bisschen seltsam an aber manchmal wird es genannt, hat denn die Sache Ihnen auch irgendetwas Positives gebracht? also ab dem Zeitpunkt der Angst würden Sie sagen Sie – – ähm Sie haben aus der Krankheit irgendetwas Gutes gezogen für Ihr Leben in irgendeiner Form?
- K: ich glaube da muss ich länger nachdenken: (Frau K lacht)
- I: das dürfen Sie gerne!

- K: ich weiß jetzt nicht ob das seit meiner Angst ist dass ich ähm gelernt habe mich einfach auch einmal hinzulegen und mir die Freizeit zu gönnen, das kann ich jetzt nicht so genau sagen,
- I: hm
- K: weil das ist im Moment ein Teil äh was ich mir jetzt auch einmal gönne wo ich einmal auch einmal sage 'ok heute fällst du einfach einmal aus und dann ist es einfach einmal so!'
- I: hm
- K: das Problem kommt dann wenn die Tage öfter werden, dann kann man das nicht mehr einfach so akzeptieren!
- I: hm und früher konnten Sie es gar nicht akzeptieren?
- K: früher habe ich keine Ruhe gefunden auch wenn ich mich hingelegt habe!
- I: hm
- K: ich konnte dann die Auszeit - - die ich mir nehmen musste: - - äh die habe ich mir innerlich nicht genehmigt und dadurch kam auch die Ruhe nicht zustande die dabei entstehen sollte - - weil man innerlich mit der Situation einfach unzufrieden war sich hinlegen zu müssen: oder man hat versucht sich gar nicht hinzulegen und habe mich den Tag so durchgewurstelt am Abend doch nichts erreicht,
- I: hm und das ist jetzt anders?
- K: das ist jetzt anders ja!
- I: ja das ist ja ein Gewinn eigentlich!
- K: das ist sehr positiv wobei ich jetzt nicht genau sagen kann ob das jetzt danach entstanden ist aber es ist jetzt eine positive Sache wo ich jetzt äh - - mir wirklich die Auszeit jetzt auch gönnen: kann wo ich sage sie steht mir zu!
- I: hm
- K: das war vorher nicht!
- I: das finde ich sehr gut eigentlich wenn man das dann kann.
- K: das ist für mich jetzt äh eine ganz wichtige Sache und auch auch eine ganz gute positive Sache!
- I: hm
- K: wobei eben dann habe ich glaube ich schon gesagt die Gefahr besteht wenn das länger andauert!
- I: ja ja!
- K: so wie jetzt, jetzt war ich also - - mehrere Tage außer Gefecht zu Hause und dann habe ich gemerkt jetzt kommt auch die Psyche also es geht schon sagen wir einmal es geht schon ein

paar Wochen wo ich merke es wird immer schlechter vom Kreislauf von der Belastbarkeit und es wird jeden Tag weniger was du machen kannst, zum Schluss habe ich gerade noch mit Ach und Krach eine halbe Stunde mit dem Hund weggekonnt frühs das ist frühs meine erste Aufgabe also nach dem Frühstück - - und eine halbe Stunde mit dem Hund dann bin ich fix und fertig nach Hause gekommen habe mich erst einmal hingelegt und dann war erst einmal Sense!

I: hm

K: und wenn man merkt das wird immer mehr von immer weniger: von Tag zu Tag was ich da

I: ja das ist schon einschränkend!

K: dann: kommt die Psyche dazu dann merkt man hoppla: jetzt wird es kritisch, dann sackt die Psyche ab, und dann rutscht man auch wieder in eine Angstphase hinein!

I: hm

K: eine Angstphase: ähm der Abhängigkeit dass man wieder; ich habe zum Schluss gesagt ich bin froh wenn ich so in den Seilen hing dann habe ich gesagt - - 'du bist froh: du kannst dich noch selbst versorgen, es könnte auch anders sein dass du: jemanden brauchst der dich versorgt!'

I: hm

K: und habe mir da so positive Sachen eingeredet, habe also gesagt 'du kannst dich versorgen, du kannst sogar noch ein bisschen etwas für die anderen machen.' - - und - - warum habe ich das erzählt?

I: wir waren beim Krankheitsgewinn am Anfang.

K: ach ja richtig! und da habe ich das also so positiv gesehen; und wenn man dann aber merkt es äh rutscht ab: es wird immer weniger und

I: dann kann man sich nicht mehr freuen über den Gewinn ja?

K: dann schlägt es ins Gegenteil um, dann kommt äh die Angst oder das äh Spüren: der Abhängigkeit dass du also wieder jedem auf den Geist oder nicht auf den Geist aber jeden jeden belastest, jeder muss wieder mehr übernehmen von dir: übernehmen für dich: und dann dann rutscht man in ein Loch!

I: hm

K: und dann besteht auch die Gefahr dass wieder eine Panik kommt!

I: hm

K: wenn das also zu lange - - wenn man da zu lange drinnen ist und das dann immer tiefer wird das Loch!

- I: hm
- K: dass man dann das Gefühl hat da komme ich jetzt nicht heraus!
- I: hm
- K: dann ko- dann ist dann besteht die Gefahr dass eine richtige Attacke wieder kommt.
- I: wenn Sie gerade sagen äh immer weniger führt zu einer Unzufriedenheit; wie war das denn in ihrem Berufsleben? aber da war während Sie berufstätig waren hatten Sie die Angst ja noch gar nicht ja?
- K: ähm die Angst hat mich eigentlich; normale: Angst!
- I: ja gut Sie sagten als Kind: schon ja?
- K: normale: Angst hat mich eigentlich mein ganzes Leben begleitet!
- I: hm
- K: ich hatte auch im Geschäft immer Angst irgendetwas machen zu müssen was ich nicht kann, dass der Chef irgendetwas von mir verlangt was ich nicht kann!
- I: ja!
- K: ich hatte es zum Schluss im Geschäftsleben auch nicht mehr schön da hatte ich auch mit meinem Chef große Probleme während der Schwangerschaft, weil ich bin dann auch krankgeschrieben worden - - er hat mir dann auch nahe gelegt zu kündigen während der Schwangerschaft aber ich bin dann zum Glück krankgeschrieben worden weil der Blutdruck zu hoch war, die ganze Aufregung wahrscheinlich und vielleicht auch schon äh dass der Tumor da schon begonnen hat ich weiß es nicht, jedenfalls war ich schon während der ganzen Schwangerschaft sehr müde und man hat halt gedacht ja das ist die Schwangerschaft aber das war vermutlich schon weil kurz danach ist ja dann das (Versprecher) Blutwert positiv gewesen und
- I: hm aber Sie haben nicht: ähm eine Auswirkung gehabt dieser dieser Panikgeschichte auf Ihr Berufsleben,
- K: nein!
- K: da ist also nichts, nur eine solche Grundängstlichkeit,
- K: ja!
- I: die ja in Ihrer Kindheit schon da war!
- K: ja! die Ängstlichkeit wie gesagt die hat mich fast mein ganzes Leben begleitet!
- I: hm
- K: aber eine Panik: in dem Sinn - - - äh also eine echte Panik dass ich das Gefühl hatte jetzt kann ich mir nicht mehr helfen jetzt macht der Körper mit mir was er will, das war eigentlich das erste Mal da in dieser Nacht!

- I: hm - - - ja: jetzt haben wir im Prinzip alle Punkte ähm angesprochen, vielleicht na ja gut einer fehlt noch und das wäre die Lebens- oder die Zukunftsplanung ähm was würden Sie denn sagen wünschen Sie sich für die Zukunft oder wie planen Sie die Zukunft mit dieser Krankheit, immer vor diesem Hintergrund was Sie vorhin ja auch sagten im Moment ist sie da: also im Moment haben Sie das Gefühl Sie können nichts daran machen,
- K: ja.
- I: wie oder was planen Sie für die Zukunft wie möchten Sie dass das weitergeht?
- K: - - - ja also wenn es ich sage immer wenn es so bleibt dass ich so wie vor: meiner jetzigen Situation wenn man sich also ein bisschen etwas machen kann,
- I: hm
- K: bisschen in den Garten, bisschen Haushalt, dass ich mich sagen wir einmal dass ich mich tagsüber beschäftigen kann; ich habe ja auch Phasen wo ich tagsüber dagehangen bin wo ich gewusst habe 'ach du hast so: eine Menge zu machen: aber du kommst nicht zurecht!'
- I: hm
- K: ich bin aber auch nicht aufgestanden und habe etwas gemacht, ich habe mich einfach - - äh ich war so energielos dass ich gar nicht aufgestanden bin, und dann kommen die langen Tage - - und die Schuldgefühle 'du könntest eigentlich wenn du wolltest aber warum willst du nicht?'
- I: hm
- K: weil die Psychologen haben mir immer erklärt dass ich ein genauer Mensch war das stimmt auch ich habe alles so genau gebraucht, ordentlich: also nicht ein Putzfimmel aber es musste alles seine Ordnung haben; und äh danach ging das einfach nicht mehr so es ging alles so halbherzig, und dann kam eine Blockade und ich habe gar nichts mehr gemacht weil das haben mir die Psychologen erklärt.
- I: ja klingt aber auch logisch, also das kenne ich von mir auch, entweder ich mache etwas richtig oder ich mache es gar nicht, das ist einfach eine solche Persönlichkeitsgeschichte!
- K: ja: ich habe dann zu dem Psychologen gesagt 'warum kehre ich die Treppe nicht wenn ich es nicht schaffe sie zu wischen?' - - ich bin aber nicht aufgestanden und habe sie gekehrt!
- I: hm
- K: also es sind so Beispiele einfach,
- I: ja das ist interessant!
- K: und äh die Phase war also äh noch alles vor Psychologen und so, also ich habe das dann alles wieder so ein bisschen in die Reihe g-; und da: war ich also es war für mich der größte

Gewinn äh das zu schaffen tagsüber äh zu arbeiten und auszuruhen im Wechsel: und am Tag gewusst habe ich habe etwas gemacht!

I: hm

K: nicht den ganzen Tag Abend `puh! du hast so viele Sachen zu tun!' ja?

I: hm

K: mein Mann hat gesagt `es macht nichts: wenn du nichts geschafft hast!' er hat mich also nicht abends `hast du heute wieder gar nichts gemacht!' ja?

I: hm

K: `heute war die Nachbarin da, wir haben nur: geratscht!' hat er gefragt `hat es dir gut getan?' habe ich gesagt `ja freilich aber was habe ich denn gemacht?' sagt er `ist egal: Hauptsache es hat dir gut getan!'

I: hm

K: also er war - - da so verst-; aber selber: selber: ist man unzufrieden wenn man weiß man hat heute nichts: gemacht!

I: hm

K: man möchte ja auch äh seinen Beitrag beitragen zur Familie und nur äh; und also das war für mich der größte Gewinn zu sagen `ok: ich habe heute ein bisschen etwas gemacht, damit bin ich zufrieden: und - - das reicht für heute!'

I: hm und das wäre dann auch für die Zukunft einfach ein Wunsch dass Sie einfach

K: ja: das wäre mein Zukunftswunsch dass ich das also weiterhin schaffe so jeden Tag ein bisschen - - um zu verhindern dass mein Mann wieder meine ganze Arbeit übernehmen muss, dass ich abends eben das Gefühl habe auch etwas getan zu haben!

I: hm - - - ja:

K: das war es eigentlich, sonst weiß ich nichts mehr!

I: jetzt haben wir alle Punkte eigentlich; jetzt muss ich einmal schauen - - ja achtundsechzig Minuten bisher, Sie sind die erste Patientin die über eine Stunde jetzt schon mit mir spricht, aber da war auch unheimlich viel genannt; ähm fällt Ihnen zu irgendeinem Punkt noch etwas ein was Sie sagen möchten? also ich finde das wahnsinnig spannend und was Sie mir erzählen und andererseits ist es auch ganz klassisch aus dem Lehrbuch: was Sie mir an Symptomatik erzählen und was was da alles; es ist wirklich bei allen Patienten so ja? immer mit einem anderen Schwerpunkt: aber es ist aus dem Lehrbuch. - - -

K: nein also so wie jetzt; wenn ich jetzt so im Nachhinein erzähle da fällt mir immer wieder etwas ein aber so wenn ich jetzt darüber nachdenke was ich jetzt noch erzählen wollte fällt mir jetzt glaube ich nichts mehr ein.

I: fällt Ihnen nichts mehr ein?

K: nein da müsste ich jetzt irgendwie - - ich glaube das reicht was ich gesagt habe.

I: gut dann würde ich sagen ähm machen wir mit der Aufnahme an der Stelle Schluss, wir können dann ja noch kurz fünf Minuten Nachgespräch machen und dann würde ich sagen machen wir hier Schluss ok?

K: ok!

Patient 11 (Herr L)

Interviewbedingungen: Das Interview mit Herrn L fand am 08. 04. 2004 in der Wohnung des Interviewers zwischen 9.00 und 9.40 Uhr statt.

Kontaktherstellung: Prof. Csef hat den Kontakt zu Herrn L hergestellt und ihn an den Interviewer vermittelt.

Gesprächsbedingungen: Der Patient scheint trotz seiner Zustimmung zum Interview vor und während des Interviews sehr nervös zu sein, was sich in seinem zappeligen Verhalten zeigt. Bereits bei der Begrüßung sagt Herr L, dass er den Termin nicht wahrgenommen hätte, wenn ihm gesagt worden wäre, dass er in den vierten Stock laufen müsse, da ihn derartige Treppenaufstiege anstrengen würden, weil sein Herz dann so schnell schlage. Nach Auffassung des Interviewers liegt bereits hier ein Indiz vor, dass der Gesprächstermin Herrn L aus der Ruhe bringt. Auch die Aussage des Patienten, er habe wenig Zeit und möchte das Interview so schnell wie möglich hinter sich bringen, weist auf Nervosität und Unbehagen hin.

Anfänglich versucht der Patient auch tatsächlich, die Punkte des Leitfadens so schnell wie möglich abzuhaken, eine Entspannung des Patienten stellt sich jedoch nach einigen Minuten ein.

Aufgrund der großen Ähnlichkeit der Biographien von Interviewer und Patient findet nach der Befragung ein kurzes Nachgespräch statt, in dem der Interviewer Herrn L mitteilt, dass auch er an einer Herzneurose leide. Dieser Sachverhalt führt zur endgültigen Entkrampfung des Patienten, der in diesem Zusammenhang den Wunsch äußert, ein weiteres Treffen privater Art zu arrangieren.

Anamnese: Herr L ist zum Zeitpunkt des Interviews 29 Jahre alt und betreibt an der Universität Würzburg das Studium der Rechtswissenschaften.

Der Patient hat mehrere Geschwister und ist Sohn geschiedener Eltern. Die Angstkarriere des Patienten beginnt im Jahre 2003 mit einer gefährlichen Viruserkrankung, die zu ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten führt und dafür sorgt, dass Herr L das Vertrauen in seinen Körper beziehungsweise dessen Funktionen verliert.

Herr L sagt aus, stark unter seiner Herzangst gelitten zu haben, er befinde sich aber auf dem Weg der Besserung, weil er sich sein Leben nicht von der Angst rauben lassen wolle. Trotzdem existieren noch Auswirkungen der Herzneurose auf die Lebensführung des Patienten.

Dissertationsrelevante Diagnose: Herr L leidet an einer Herzneurose und eignet sich daher für die vorliegende Untersuchung.

L = interviewter Patient

I = Interviewer

I: dass wir halt einfach jetzt einmal anfangen!

L: ja!

I: dann fange ich jetzt hier an, das dauert einen kleinen Moment bis das anläuft - - -

L: also fangen wir gleich an also wann: das begonnen hat kann ich jetzt so genau nicht sagen weil es gab immer schon ich meine was heißt schon immer: aber schon länger zum Beispiel wenn ich Vorträge halten sollte oder überhaupt so im Mittelpunkt irgendwo stehe,

I: hm

L: dann dass ich Herzklopfen bekomme und einfach so nervös werde vielleicht also wo wahrscheinlich viele Leute nervös werden, aber bei mir möglicherweise überdurchschnittlich,

I: hm

L: und aber das würde ich jetzt noch so im Rahmen dessen beschreiben was eigentlich vielleicht bei vielen Leuten so vorhanden ist;

I: hm

L: und dann habe ich ähm Anfang August 2003 ähm habe ich Golf gespielt und das war irgendwie vierzig Grad heiß - - und da bin ich dann ähm zusammengebrochen eigentlich also habe so Herzrasen bekommen, war total fertig auf einmal, musste in den Schatten gehen und auch da: ist es eigentlich nicht weggegangen,

I: hm

L: und dann bin ich nach Hause gefahren - - war dann habe mich so ein paar Tage auskuriert aber es ist noch eine Schwäche geblieben,

I: hm

L: und dann bin ich zum Arzt gegangen der hat mir Blut abgenommen und hat dann ein pfeiffersches Drüsenfieber diagnostiziert,

I: hm

L: und das würde ich jetzt sagen war so der der Auslöser für den für die für den Verlauf warum ich dann überhaupt jetzt da bei Doktor *Schmidt da in der Behandlung bin!

I: hm

L: und zwar - - hat sich das eben so ausgewirkt dass die die Lymphknoten waren dann geschwollen, Fieber hatte ich keines aber eben habe immer so das Gefühl gehabt mein Herz ist total schwach,

I: hm

- L: wenn ich ein paar Treppen steige ist das ähm war das Herz einfach total schwach, war ich gleich außer Atem – – und das würde ich aber ehrlich gesagt nach wie vor führe ich das auf den Virus zurück weil da gibt es auch viele äh also da habe ich mich mittlerweile äh ziemlich erkundigt weil ich da so Probleme hatte und – – war auch bei vielen Ärzten und das ist mir eigentlich schon oft jetzt berichtet worden dass beispielsweise ein Marathonläufer da Probleme hat und danach noch einen Kilometer zu laufen oder überhaupt eine solche Schwäche eben viele Leute noch haben über eine bestimmte Zeit,
- I: hm
- L: nach dieser Virusinfektion, und da: also wie gesagt hatte ich diese Schwäche und die: hat mir eben dann Probleme gemacht, da ähm und zwar bin ich dann ein paar Wochen später; also ich hatte Antibiotika vom Arzt, dann war die Lymphknotengeschichte die war dann relativ schnell abgeklungen und ich habe mich auch besser gefühlt aber nicht so ganz fit;
- I: hm
- L: und dann habe ich einen Urlaub gebucht gehabt nach Spanien,
- I: hm
- L: und da hatte mir – – ähm mein Arzt eben gesagt `ja kein Problem fahren Sie ruhig hin!` äh `halt nichts übertreiben aber es ist eigentlich im Großen und Ganzen kein Problem.` und dann hat es im Flugzeug eben angefangen da hatte ich dann eine solche richtige Angstattacke also so das Fliegen – – habe ich noch nie so gerne gemocht weil ich da einmal ein heftigeres Erlebnis hatte – – im Flug wo die Maschine meiner Meinung nach fast abgestürzt wäre, ich weiß nicht ob es wirklich so war aber es war eine heftigere Geschichte
- I: hm
- L: und auf jeden Fall war ich da im Flugzeug habe eigentlich den ganzen Flug über nach Süds Spanien total Herzklopfen gehabt und war (Versprecher) äh wirklich so richtig Angst gehabt;
- I: hm
- L: ähm und das hat eben den Körper so angestrengt dass vielleicht doch diese Virusinfektion in mir war dass mir dann auch so richtig erkältungsmäßig wieder schlecht ging dass ich so wieder richtig Lymphknoten geschwollen hatte und also so richtig wieder mir richtig schlecht ging,
- I: hm
- L: und das hat eben dann so den ganzen Spanientrip hat das eigentlich so zum Höllentrip gemacht, wenn ich einmal ein bisschen Alkohol dann getrunken hatte – – dann bin ich

eigentlich äh ging es mir total: schlecht, habe mich auch immer total schwach gefühlt, auch die Hitze hat mir total Probleme gemacht, ganz schwachen Kreislauf gehabt,

I: hm

L: also ich habe mich die ganze Zeit immer so schwach gefühlt,

I: hm

L: und habe immer eigentlich bei jeder Anstrengung auch äh habe ich Herzrasen bekommen und so weiter, da war es dann auch immer so dass ich dann; also ich habe da Freunde besucht die habe ich mal im Auslandssemester kennen gelernt und die haben mich dann einmal nachts ins Krankenhaus gebracht weil wir weg waren und ich bin auf der Straße zusammengebrochen weil ich hatte so Herzrasen dass ich gar keine Luft mehr bekommen habe,

I: hm

L: und habe mich wirklich zu schwach gefühlt um überhaupt noch einmal einen Schritt zu laufen,

I: hm

L: dann habe ich eben irgendwie relativ schnell den Flug umgebucht und bin nach fünf sechs Tagen wieder nach Deutschland geflogen;

I: hm

L: ja und dann habe ich mich eigentlich seitdem - - dann eben nur noch geschont: weil ich gedacht habe ich darf jetzt nicht übertreiben sonst kommt so dieser Virus sonst komme ich da gar nicht weg und habe dann auch im Internet nachgeforscht und da stand dann eben auch so ungefähr so solange man sich schwach fühlt soll man auch nicht übertreiben sondern ruhig angehen lassen!

I: hm

L: und dann habe ich mich eben dann total: geschont, und das hat dann mehr so noch mehr zu dieser Angstsache geführt dass ich mich eigentlich dann überhaupt mir nichts mehr zugetraut habe eben, dass ich ähm dass ich zum Beispiel Vorlesungen das wäre ja mein letztes Semester gewesen letztes im Winter,

I: hm

L: und da ist eine Veranstaltung die müssen alle Schwerpunkte besuchen da sind dann so zwei dreihundert Leute drinnen, und äh das habe ich mir dann auch das war mir dann alles zu viel: zu viele Leute um mich und falls es mir jetzt schlecht ginge wenn ich da mittendrin bin dann komme ich nicht sofort heraus und das hat mir dann so richtig so so platzangstmäßig oder so Angst nicht ausbrechen zu können, dazu kam es dann eigentlich immer,

- I: hm
- L: ja und dann bin ich eigentlich immer so nach einer halben Stunde so wieder gegangen und bis ich dann am Schluss gesagt habe ich gehe gar nicht mehr hin;
- I: hm
- L: ja dann was mir auch eben was auch ein Grund war war bestimmt dass ich jetzt noch ein paar Präsentationen machen musste im Winter, die hatte ich so im Verlauf des Studiums so auf das letzte Semester hinausgeschoben weil mir das eben schon immer Probleme gemacht hatte,
- I: hm
- L: und dann habe ich eben gedacht `na ja die Präsentation machst du lieber ganz zum Schluss!`, vielleicht passiert bis dahin ein Wunder oder irgendwie es macht mir nichts mehr aus, und das hat dann natürlich die Sache auch noch verschlimmert weil ich gewusst habe mir geht es jetzt nicht gut ich bin nicht voll leistungsfähig,
- I: hm
- L: und muss noch dazu jetzt eben Vorträge halten die es schon als es mir noch gut ging eigentlich ähm mich überfordert hätten!
- I: hm
- L: ähm ja weil also die habe ich dann aber trotzdem gemacht die Präsentationen - - das war zwar eine ziemliche Qual: einmal musste ich eine auch verlegen: da war ich schon drinnen habe dann total da habe ich vorher ein Mittel genommen das habe ich vom Arzt bekommen zum Beruhigen *Atenolol also einen Betablocker und davon ist mir aber dann mein Kreislauf total abgesackt dass ich da auch fast zusammengebrochen wäre dann musste ich das auf (Versprecher) eine Woche verschieben - -
- I: das haben Sie da zum ersten Mal genommen vor der?
- L: nein das habe ich auch vor der anderen Präsentation genommen bei der hatte ich keine Probleme, es waren zwei Präsentationen, bei der einen Präsentation hat das wunderbar geklappt da war ich halt vorher ein bisschen nervös,
- I: hm
- L: und als ich dann gesprochen habe ja komplett ruhig,
- I: hm
- L: und beim anderen es war dann auch irgendwann nachmittags wenn ich eigentlich immer dann einen schwachen Kreislauf hatte zu der Zeit - - war das und und da ist dann der Kreislauf eben noch mehr abgesackt, und dann bin ich auch ins Krankenhaus zum Doktor

*Schmidt und habe gesagt dass ich das alles nicht mehr packe und so weiter - - und konnte dann aber die Präsentation um eine Woche verschieben und habe sie dann nachgeholt,

I: hm

L: und dann ging das; aber dann kamen die Prüfungen: das wären halt meine letzten Prüfungen gewesen die habe ich dann auch nicht mitgeschrieben weil ich mir gedacht habe ich schaffe das nicht zwei Stunden Prüfungen zu schreiben - - und - - - - dann na ja ich weiß nicht da bin ich jetzt eigentlich schon in den Auswirkungen schon die ganze Zeit dass ich eben meinen Beruf das Studium da eigentlich total ähm eigentlich auf die Seite geschoben habe, ich weiß nicht warum ich ausgerechnet aber die Präsentation habe ich gemacht obwohl mir ja das eigentlich sehr schwer gefallen, also so schriftliche Prüfungsangst hatte ich noch nie in meinem Leben aber die: kam dann eben auch noch dazu weil ich halt wirklich, also ich habe einfach kein Vertrauen mehr in die Leistungsfähigkeit meines Körpers gehabt einfach, durch diese Virusgeschichte war da der Auslöser dass ich, zum Teil war da sicher auch eine Schwäche da dass ich wirklich gemerkt habe das merke ich auch jetzt noch ich habe jetzt wieder angefangen mit Sport,

I: hm

L: merke ich auch jetzt noch dass ich nicht hundertprozentig leistungsfähig bin,

I: hm

L: aber das war jetzt nicht so schlimm dass ich gar nichts mehr machen konnte und so habe ich mich eben gefühlt, ich habe gefühlt wenn ich irgendetwas mache: das ist mir alles zu viel: also ich habe bin auch nicht irgendwo ins Brauhaus gegangen oder irgendwo hin wo viel los war, ich äh habe so am Samstag Mittag mit meiner Freundin in die Stadt zu gehen war für mich eigentlich undenkbar, oder wenn dann das Auto irgendwo an der einen Ecke steht und wir sind an der anderen Ecke irgendwo in einem Geschäft im dritten Stock und das alles war einfach alles mit Stress verbunden für mich,

I: hm

L: also das war so im Alltag dass ich eigentlich dann praktisch - - im Laufe der Zeit dann eigentlich gar nichts mehr gemacht habe nur noch zu Hause war mich geschont habe,

I: hm

L: dann - - ja beruflich wie gesagt dass ich das total zur Seite geschoben habe - - ähm - - -

I: jetzt haben Sie gerade eben ähm das mit der mit Ihrer Freundin angesprochen hat es da noch andere Auswirkungen gehabt? also gerade dieses dieses äh Vermeidungsverhalten oder ja dieses Einschränkung eben auch dieser Angst?

- L: ja gut also bei meiner Freundin habe ich das ist mir selbst auch erst später klar geworden dass das etwas mit Angst zu tun hat,
- I: hm
- L: ich habe eigentlich die ganze Zeit gedacht ich kann einfach: nicht mehr machen,
- I: hm
- L: und wenn halt Anstrengung ist dann äh äußert sich das eben über das Herz oder über eine Schwäche was vielleicht auch zum Teil wahr ist weil ich vielleicht da die ganze Zeit von der Virusgeschichte beeindruckt war, aber ich habe das halt - - halt so Angst völlig außen vor gelassen da habe ich dann erst später mit ihr darüber gesprochen,
- I: hm
- L: dass es da dass ich da wohl doch irgendwie zwei Probleme habe oder da die Angst vielleicht das Hauptproblem ist!
- I: hm
- L: und habe mit ihr dann so darüber gesprochen, für die Beziehung man hat halt nicht viel machen können wir waren also wir haben auch einen Hund mit dem sind wir eben ab und zu spazieren gegangen aber auch nicht so lange und äh wir haben halt zu Hause gekocht: und weggegangen abends ist sie alleine - - wir haben halt einfach so die Aktivitäten so haben sich halt ein bisschen haben sich halt extrem eingeschränkt eingegrenzt.
- I: und und wie hat sie das dann empfunden? dieses Weggehen ohne Sie? weil ich meine wenn dann da der Freund irgendwie sagt 'ich kann nicht, ich habe ich habe Angst äh da in die Öffentlichkeit zu gehen!' dann ist das ja sicherlich auch eine Belastung oder? für die Beziehung wahrscheinlich auch!
- L: ja! also sie hat das eigentlich wir haben uns eigentlich erst kurz vorher, wir sind gar nicht so lange zusammen gewesen wir waren erst zwei Monate zusammen als das überhaupt erst anfang,
- I: ja!
- L: also es - - und ähm ich weiß nicht dafür: hat sie das eigentlich gut weggesteckt, da hätte man eigentlich sagen können jetzt wir waren zwei Monate zusammen jetzt geht es dir schon seit vier fünf Monaten schlecht da gehe ich dann mal vielleicht, also es ist schon etwas anderes als wenn man sich schon vier Jahre vorher gekannt hätte,
- I: hm
- L: und das hat sie eigentlich schon, sie war eigentlich schon für mich da immer in der Zeit und hat eigentlich halt auch nicht so recht gewusst was sie damit anfangen soll, einerseits war eben diese Drüsenfieber-Geschichte wo mir die Ärzte gesagt haben 'ja da musst du Geduld

haben da kannst du eigentlich nichts machen, du darfst: nicht viel machen!', auf der anderen Seite war diese Angstgeschichte wenn ich etwas machen wollte und irgendwie waren ihr da glaube ich auch ein bisschen die Hände gebunden und sie wusste dann gar nicht so recht was sie da anfangen soll!

I: hm

L: und - - ja - - ich weiß nicht dann - - eben auch so Freizeitaktivitäten und wie gesagt auch mit Freunden hat sich der Kontakt dann hauptsächlich so auf das Telefonieren beschränkt, und das war aber alles noch eine solche Zeit, das war so bis Januar: oder bis Ende Dezember Anfang Januar dieses Jahres oder Mitte Januar sogar wo es eigentlich mir so psychisch gesehen eigentlich gut ging, da hatte ich noch nicht einen solchen richtigen so Zusammenbruch, da habe ich eigentlich so gedacht 'na ja! es ist halt dieses pfeiffersche Drüsenfieber du musst halt Geduld haben!'

I: hm

L: dann: irgendwann kam ich eben so dahin dass es vielleicht doch etwas mit Angst zu tun hat und dann ist eigentlich so das Problem richtig losgegangen weil vorher war es halt immer so ich habe gedacht ich habe peiffersches Drüsenfieber, wenn ich mich auf mein Sofa lege und mich ausruhe geht es mir gleich wieder gut!

I: hm

L: und dann als mir irgendwie so bewusst wurde oder von dem Doktor *Schmidt irgendwie da irgendwie bin ich dann dahin gekommen dass es doch irgendeine Angst ist, dann hat das natürlich nicht mehr geholfen mich auf das Sofa zu legen weil Angst hat man trotzdem, auch wenn man auf dem Sofa liegt und sich ausruht, und dann habe ich sozusagen ja kein Ausweg mehr gehabt

I: hm

L: aus bestimmten Situationen eben, und dann ging es mir eigentlich immer wenn ich alleine war schlecht, dann ging es mir dann habe ich Angst gehabt wenn ich beim Autofahren - - zum Beispiel wenn ich über eine Brücke gefahren bin über eine steile habe ich Herzrasen bekommen, wenn ich auf der Autobahn war und wusste äh ich kann jetzt nicht hier es gibt nicht alle zwei Minuten eine Ausfahrt sondern ich muss dann einfach einmal weiterfahren, man kann auch nicht ausbrechen, so ähnlich wie in der Vorlesung Situationen wo ich nicht schnell ausbrechen kann auch beim Friseur zum Beispiel wenn man so die Haare halb geschnitten hat kann man auch nicht gehen und da habe ich immer gedacht 'oh hoffentlich bekomme ich da jetzt nicht einen solchen Angstanfall!' und sobald man so denkt ist der eigentlich dann auch schon da, und das hat sich dann irgendwie so weiterentwickelt bis ich

dann einmal abends alleine zu Hause war und so irgendwie gemerkt habe wie das in mir aufsteigt dass ich gedacht habe ich fahre jetzt mit dem Auto einmal ein bisschen zur Beruhigung herum um mich abzulenken und das ist aber immer schlimmer geworden dass ich dann sofort ins Krankenhaus bin, und war dann auch zwei Tage stationär in der Uniklinik wo ich eigentlich schon wusste dass man nichts für mich machen kann weil ich war wirklich ich bin schon durchgecheckt gewesen, und ich wusste ja schon was ich habe aber einfach so das Gefühl irgendjemand muss mir sagen was ich machen muss, irgendjemand muss mir doch helfen - - und so bin ich da in die Uniklinik nachts,

I: hm

L: und - - - ja und da habe ich dann Tavor bekommen erst einmal dass ich wieder zur Ruhe komme, dann bin ich nach zwei Tagen eben wieder aus der Klinik, war dann beim Doktor *Schmidt der hat mir dann noch Gladem als Medikament gegeben,

I: hm

L: und ja und dann irgendwie ab da ging es dann ein bisschen bergauf, das Tavor habe ich nur ganz kurz genommen das habe ich dann nur so zwei dreimal nur habe ich das vielleicht genommen - - und das Gladom (Versprecher) das Gladem da habe ich zwei Packungen davon genommen und ab da ging es dann eigentlich so irgendwie bergauf, da habe ich dann gemerkt dass ich so von alleine vom Liegen auf dem Sofa und vom Erholen nicht wieder gesund werde, dass ich selbst etwas machen muss um gesund zu werden,

I: hm

L: und habe dann eben - - angefangen mit der Seminararbeit das da richtig zu arbeiten, auch mich in die Bibliothek zu setzen unter Leuten das hat mir am Anfang ein bisschen Probleme gemacht aber ging dann schon - - weil da habe ich auch am Anfang eigentlich ähm Angst gehabt,

I: hm

L: dann ja auch eben wenn ich da in der Bibliothek in den zweiten dritten Stock bin und irgendwie ja: da habe ich auch mich total unwohl gefühlt, das ging aber so nach dem zweiten dritten Mal ging das, dann habe ich mich auch gezwungen wieder abends mal ein bisschen wegzugehen, bin dann ins Brauhaus mal auf ein Bier und - - bin eben habe einfach mir gedacht ich lasse mir mein Leben nicht länger wegnehmen und mache einfach wieder egal wie ich mich dabei fühle ich mache jetzt einfach und habe mir halt immer so als als Sicherheitsanker habe ich mir immer genommen dass ich vielleicht zwar nicht völlig fit bin im Moment sei es noch von der Virusgeschichte sei es eine Angst die mich überfallen könnte, aber mir geht es jetzt nicht so schlecht dass ich jetzt gar nichts machen kann, ich habe mir

immer so gesagt vielleicht habe ich jetzt nur sechzig siebzig achtzig Prozent aber deswegen kann ich mich ja in die Bibliothek setzen oder deswegen kann ich ja einmal ins Brauhaus gehen oder deswegen kann ich ja in die Vorlesung gehen deswegen falle ich ja nicht um, und wenn es mir dann in der Bibliothek oder der Vorlesung wenn ich gemerkt habe mir geht es ein bisschen schlecht dann habe ich mir immer so als, da habe ich mir dann noch einmal als zweite Rückversicherung eigentlich mir gedacht dass ich komplett durchgecheckt bin körperlich, und die Wahrscheinlichkeit dass ich jetzt vom Stuhl falle wegen irgendwelchen mit einem Herzinfarkt oder so ist wahrscheinlich ist eigentlich kleiner als bei jedem anderen der hier sitzt weil bei mir ist alles durchgecheckt und ich weiß dass ich nichts habe, und jeder andere weiß es gar nicht sicher vielleicht hat er ///// so in der Art habe ich mir das versucht mir da ein bisschen Mut zu machen,

I: hm

L: und dann habe ich gedacht ich muss auch wieder anfangen mit Sport, habe dann versucht Jogging zu machen habe dann aber immer nach so nach fünf Minuten hat das Herz voll geklopft, da weiß ich halt auch nicht das ist vielleicht etwas wo ein normaler Mensch oder was heißt normaler Mensch: jemand der keine Probleme hat überhaupt nicht darauf achtet,

I: hm

L: aber ich war halt total: ich war auch immer so immer Puls messen, 'wie ist denn gerade mein Puls?' und immer so 'läuft alles ruhig?' und 'schlägt das Herz gleichmäßig?' also immer so bedacht: auf mein Herz, habe ich natürlich dann beim Joggen nach einem halben Jahr ohne Sport und vielleicht mit ein wenig Schwächung durch ein Virus war ich halt nach ein paar Schritten richtig außer Atem,

I: hm

L: dass ich ähm dann gleich wieder aufgehört habe, und dann habe ich mir überlegt dass ich das irgendwie ein bisschen betreut machen muss Sport, bin dann zu diesem Predia heißt das Predia GmbH das ist ein Gesundheitsleistungszentrum wo Physiotherapeuten sind, auch so normale Fitnesstrainer,

I: hm

L: und eben auch Ärzte gleich nebenan und da bin ich dann ich habe mir dann einen Krafttrainingsplan und einen Ausdauerplan erstellen lassen und mache den eben unter Betreuung also da bin ich jetzt zur Zeit drinnen, war da jetzt vielleicht schon zehnmal oder achtmal und das hat mir eben auch geholfen wieder ein bisschen Vertrauen so zu gewinnen dass ich eben merke ich bin nicht so fit wie vorher aber ich kann hier eine halbe Stunde auf dem Fahrrad fahren also kann auch nichts passieren wenn ich äh wenn ich mich in eine

Vorlesung setze oder wenn ich einmal irgendwie im dritten Stock dann beim Einkaufen bin oder in der Richtung eben.

I: und funktioniert das dann?

L: ja!

I: es funktioniert, also diese Übertragung was im Sport funktioniert klappt dann auch an der Uni?

L: ja! also da habe ich bis jetzt äh; weil es war wirklich vorher so da bin ich; das ist eben ein riesiger Vorlesungssaal für alle Leute; also ich studiere Jura da ist es ja sowieso immer überfüllt,

I: Audimax? der Audimax am Sanderring?

L: ja ja und da: wenn man da die Treppen ein bisschen hochgeht und dann sitzt man mittendrin dann irgendwie - - ähm das war mir halt schon zu anstrengend einfach und dann die vielen Leute um mich herum und Lärm das hat alles so Stress verursacht, und wenn ich eben gedacht habe; und beim Sport habe ich eben dann gemerkt so wenig leistungsfähig bin ich jetzt auch nicht dass ich nicht da die Treppen hochgehen kann und nicht einmal eine halbe Stunde unter Leuten sitzen kann auch, also das hat mir dann eben so doch da kann ich mir das selbst eben klarmachen dass die Angst unbegründet ist dass die eigentlich keinen Boden hat auf dem also keine also dass es eigentlich keinen Grund dafür gibt!

I: hm

L: ich würde jetzt nicht sagen dass ich da jetzt voll darüber hinweg bin, ich merke das immer noch wie das mal kommt ich merke das auch wenn ich hier in den vierten Stock hochgehe, da merke ich das Herz klopft!

I: hm

L: und dann denke ich mir 'hat das vorher auch schon so gek-?' also ein bisschen ist es immer noch da!

I: hm

L: aber es wäre so vor drei vier Monaten wäre es eben wenn Sie mir da gesagt hätten 'es ist im vierten Stock.' hätte ich gesagt 'ja ok dann müssen wir uns woanders treffen!' so in der Richtung:

I: hm

L: und da haben sich also schon da einige Dinge getan.

I: das heißt die aktuelle Lebensführung ähm wenn man den Punkt nimmt ist nicht mehr so beeinflusst wie es früher war? also es hat sich gebessert!

- L: ja wesentlich: also ich lasse mich gar nicht mehr davon beeinflussen es ist eben so dass ich ähm auch da eine Ärztin kennen gelernt habe bei Predia das ist eben da gehen viele Sportler hin die verletzt waren,
- I: hm
- L: um wieder sich aufzubauen auch so nach Bänderrissen und eben auch also sie hat eben auch viele Erfahrungen gemacht mit Leuten die das Pfeiffersche Drüsenfieber hatten oder auch andere Virusinfekte, und hat da eben viele Leute gehabt die eben dann nach einem Jahr: noch irgendwie etwas gemerkt haben und denen hat sie da zum Teil hat sie auch eine Kortisonbehandlung gemacht oder so starke Immunbehandlungen, manchmal hat es geholfen, also die macht mir einen solchen Eindruck als ob sie sich da eben auskennt, und vorher die Ärzte die haben alle zu mir gesagt 'ja Ihre Blutwerte sind normal da kann eigentlich nichts mehr sein!'
- I: hm
- L: so 'gehen Sie zum Psychiater!' so gleich so direkt 'das bilden Sie sich ein.' und deshalb lasse ich mich jetzt insofern: weil eben diese Ärztin mir gesagt hat ich soll ich muss halt step by step anfangen jetzt mit dem Sport aber schon so an die Leistungsfähigkeit aber ich darf jetzt keine Angst bekommen wenn es noch nicht so schnell geht ich muss jetzt einfach auch ein bisschen damit ähm leben dass es jetzt so ist, und deshalb lasse ich mich insofern schon noch in meinem Leben einschränken dass ich jetzt nicht zwei Stunden Fußball spiele oder auch nicht, also manche Sachen halt nicht: mache aber ich mache: einfach Sport wieder und ich spiele halt eine halbe Stunde Fußball und wenn ich merke es geht jetzt nicht dann höre ich eben auf, oder ich gehe abends weg und anstatt bis vier Uhr fröhlich eben bis eins oder so!
- I: hm
- L: und das waren eben wirklich vorher Zeiten da habe ich; ich war auch zum Beispiel konnte ich nicht ins Kino gehen,
- I: hm
- L: weil ich gewusst habe zwei Stunden in solch einem Film da sitze ich auch so mittedrin und äh es ist total laut: und die Kinositze mit der Zeit werden die ungemütlich und das, da war ich schon vorher mit den Nerven am Ende wenn es hieß 'wir gehen ins Kino!' und solche so etwas lasse ich mir jetzt eben nicht mehr nehmen, und das ist einfach immer so was ich mir immer einrede ist ich lasse mir mein Leben nicht wegnehmen und ich bin durchgecheckt, es kann eigentlich nichts sein und - - ähm ja ich bin vielleicht nicht hundertprozentig fit aber es gibt keinen Grund zur Panik und so so ist eigentlich ist es im Moment; und in der

Zukunftsplanung kann ich jetzt sagen dass ich so weitermache und mit dem Doktor *Schmidt habe ich jetzt zweimal in der Woche einen Termin,

I: hm

L: und da sprechen wir eine Stunde - - und ja das: werde ich eben weitermachen und ich hoffe halt dann dass ich das irgendwie wieder in den Griff bekomme und hoffe halt dann auch über den Sport wieder so äh leistungsfähiger zu werden,

I: hm

L: das ist eigentlich so das was mir jetzt so dazu mehr fällt mir jetzt im Moment gar nicht ein; ich meine über Krankheitsgewinn könnte ich auch einige Dinge erzählen, also da: habe ich eigentlich auch das Gefühl dass mir das schon; was mir auch eben geholfen hat in einer solchen in diesem Tiefpunkt dass ich mir dann gedacht habe dass vielleicht doch alles irgendwie seinen Grund hat, dass es also dass es schon irgendwie einen Grund hat warum es mir jetzt so schlecht geht, dass der Körper sich nicht ohne Grund eine Auszeit nimmt vielleicht auch,

I: hm

L: und dass mein Leben vorher eigentlich auch schon ziemlich - - äh also ich habe eigentlich einmal in der Woche kann man sagen habe ich ziemlich viel getrunken,

I: hm

L: also bin halt weggegangen habe ziemlich viel getrunken, habe über eine Schachtel am Tag geraucht,

I: hm

L: habe auch so überhaupt mit der ganzen Lebensführung; habe so wie gesagt mit den Vorträgen ja die schiebe ich ins letzte Semester und habe eigentlich mit dem Studium schon so ganz in der Regelzeit gemacht aber irgendwie immer so so mit ohne großes Interesse eigentlich, ich habe es halt gemacht: und ja vier gewinnt: und trallala und eigentlich war es mir eigentlich habe ich immer alles so schwierige Sachen Entscheidungen so nach hinten hinausgeschoben,

I: hm

L: und - - habe auch so mit Beziehungen - - das ist vielleicht so mit dem Scheidungsding im Zusammenhang vielleicht wäre das interessant,

I: hm

L: habe ich eigentlich auch immer alles eigentlich immer so wechselnde Partnerinnen, das war eigentlich auch so; ich hatte eine längere Beziehung von vier Jahren und nachdem eben die vorbei war hatte ich erst ein Jahr gar nichts und dann bevor ich jetzt krank geworden bin

ein Jahr ständig eigentlich auch dass ich da am Wochenende mal mit irgendeiner nach Hause bin und also Onenightstand oder bloß einen Monat zusammen, also das war so richtig ein exzessives Leben eigentlich,

I: hm

L: und - - und da habe ich mir eigentlich schon darüber Gedanken gemacht dass ich jetzt vielleicht irgendwo jetzt bin ich neunundzwanzig und dass es einmal jetzt vielleicht doch Zeit ist ein bisschen irgendwie sich zu ändern und ein bisschen erwachsen zu werden, eigentlich Ziele zu haben und die auch zu verwirklichen und nicht nur davon zu reden dass man irgendetwas irgendwann einmal machen will sondern auch jetzt einmal Sachen anzupacken - - auch mit meiner Freundin das da bin ich auch mit dem Doktor *Schmidt ins Gespräch gekommen dass das vielleicht kein Zufall ist dass ich mit ihr zwei Monate zusammen war und danach eben diese Probleme so massiv wurden,

I: hm

L: und dass ich mir da eben auch Gedanken machen will will ich jetzt bin ich jetzt soweit für eine ernsthafte Beziehung weil sie ist eben da ein bisschen fordernd oder man merkt dass sie auf jeden Fall mit mir zusammen sein will - - und auch vielleicht mit mir also richtig zusammenziehen und einmal eine andere Stadt; also sie hat da wirklich richtige Zukunftspläne was mir vielleicht eben auch Angst macht aufgrund der Scheidung und ja also dass ich da eben Entscheidungen treffen muss; dann habe ich aufgehört zu rauchen, dann achte ich überhaupt mehr auf meinen Körper, ich ernähre mich also viel: besser also ernähre mich eigentlich richtig gesund - - und also das sind eigentlich so Krankheitsgewinne was ich eigentlich dazu denke Probleme anzupacken, ein bisschen dass ich jetzt vielleicht auch einmal mein Leben ändern sollte und dass ich einfach auch von der Lebensführung viel gesünder: lebe,

I: hm

L: auch mit dem Alkohol - - ich habe da halt nie groß über meinen Körper nachgedacht ja? er hat halt immer funktioniert, ich habe Sport gemacht habe geraucht getrunken, aber der Körper hat immer funktioniert und ich habe mir darüber nie große Gedanken gemacht ich habe halt gedacht na ja du bist jung: und es ist eigentlich alles ok und und,

I: hm

L: ja und das irgendwo sehe ich das dann auch als Gewinn dass ich jetzt eben weiß so vielleicht doch so ein bisschen die Grenzen des Körpers kennen lerne oder vielleicht ein bisschen er mir einfach sagt ja `irgendwo musst du vielleicht auch ein bisschen auf dich

aufpassen!' und ja auch schon alleine das mit dem Rauchen ist ja eigentlich schon ein Gewinn normalerweise!

I: wie lange ist das jetzt?

L: seit acht Monaten oder sieben Monaten!

I: super: also ich würde sagen das ist natürlich ein Gewinn also wenn ich da so; ich meine gut: dieses bewusste Leben oder die andere Herangehensweise an das Leben das sagt eigentlich jeder Patient, aber jetzt wirklich so ganz konkret ähm `ich habe mit dem Rauchen aufgehört, ich trinke weniger!' und so weiter also ich finde das hört sich wirklich nach einem Gewinn an und das ist nichts aus dem Hut gezaubert sondern das ist ja faktisch vorhanden!

L: ja! auch wie gesagt mit dem mit meiner Angst vor Vorträgen da habe ich jetzt ähm habe ich mich angemeldet für einen Kurs, ich weiß nicht ob das etwas bringt an der Volkshochschule, das ist ein Redeangst-Sprechangst-Kurs,

I: gibt es so etwas?

L: ja also das gibt es, da habe ich mich erkundigt was man machen kann so, also das sind schon so Sachen dass ich jetzt denke ich muss gewisse Dinge anpacken, dann ist es eben mein Ziel oder das habe ich schon die ganzen letzten Jahre gesagt nach dem Studium will ich äh Steuerberater machen,

I: hm

L: weil mich das eben auch die Fächer immer am meisten interessiert haben in der Richtung das war mir immer lieber als so Strafrecht oder so diese Luftballons eigentlich Geschwafelfächer,

I: hm

L: und aber ich habe eigentlich nie so etwas dafür getan und jetzt habe ich eben da auch mein Seminararbeitsthema in die Richtung gemacht und habe jetzt schon geschaut wo ich mich dann später bewerben kann also das sind jetzt schon so Sachen wo ich vorher halt schon überhaupt immer so gedacht habe na ja! das wird dann schon kommen und wenn dann schaust du halt einmal und wo ich jetzt eben denke na ja bereite dich einfach jetzt schon einmal darauf vor, das sind schon Sachen wo ich mich jetzt versuche na ja eben auch anzupacken; und mit der Ernährung das habe ich auch also wirklich aktiv total umgestellt,

I: hm

L: weil da habe ich eigentlich, ich wohne jetzt schon länger alleine oder jetzt mit der Freundin eben so fast: zusammen und da war es halt doch eher so Tiefkühlpizza-Ernährung und so weiter und jetzt das ist schon so mit Obst Gemüse ja.

- I: hm super also das hört sich echt gut an; was vielleicht noch einmal so interessant wäre wäre die Frage jetzt auch mit der Familie und und vielleicht auch noch einmal ganz kurz das soziale Umfeld, ähm Familie ist ja auch eigentlich dann eine Institution die damit wenig anfangen kann -- mit dieser Krankheit,
- L: hm
- I: wie hat es sich denn da irgendwie ausgewirkt?
- L: ja also das ist halt schwer zu sagen weil ich halt das ging alles jetzt recht schnell, das ist eben so dass ich bis eigentlich Februar nie von irgendeiner Angsterkrankung gesprochen hätte, sondern ich einfach davon überzeugt war pfeiffersches Drüsenfieber gehabt, seitdem eben keine Leistungsfähigkeit, jetzt muss ich mich halt schonen,
- I: hm
- L: und alles: wo es jetzt anstrengende Dinge von mir erwartet wurden habe ich einfach gesagt 'na ja das kannst du nicht machen! und wenn du es jetzt trotzdem machen musst dann oh Scheiße: das kann ich jetzt nicht machen!' dann habe ich natürlich auch Angst davor gehabt, so habe ich das halt gesehen also ich habe das nicht als Angsterkrankung gesehen!
- I: hm
- L: und als es dann als ich dann im Krankenhaus war, mein Vater war zu der Zeit gerade in Spanien glaube ich,
- I: hm
- L: der hat das gar nicht mitbekommen, und meine Mutter die hat mich besucht und der habe ich das dann alles so erzählt dass ich jetzt da Angst habe äh auch einmal im Auto zu sitzen dass ich da irgendwie so richtig Panikattacken bekomme und äh im Vorlesungssaal und bei Vorträgen und dass sich das alles und dass ich gar nicht mehr weiß so was jetzt von dem Virus ist und was durch die Angst kommt, und ich weiß nicht die hat halt dann meine Mutter hat dann eigentlich nur, sie hat es -- das eigentlich jetzt nicht hat da kein Problem gehabt damit umzugehen, für sie war das eigentlich gleich was: ich jetzt habe, sie hat halt irgendwie festgestellt 'dem geht es schlecht und was kann man da machen?' und da hat sie einen Freund von sich angerufen das ist ein Arzt und den hat sie dann gefragt eben über dieses Tavor und dieses Gladem und hat eben dann gemeint das Tavor soll ich schauen dass ich das so wenig wie möglich nehme oder wenn über einen kurzen Zeitraum weil das eben Suchtpotential hat, und das Gladem kann ich erst einmal nehmen eigentlich ohne Bedenken laut dem Arzt; also sie hat da eigentlich ist da sachlich damit umgegangen hat das eigentlich jetzt nicht irgendwie so getan als wäre das jetzt, sie hat das eigentlich behandelt als ob ich jetzt eine Grippe hätte als ob das jetzt, es ist halt eine Krankheit wie jede andere so in der Art,

- I: hm
- L: und mein Vater mit dem habe ich da bis heute eigentlich noch gar nicht darüber gesprochen, das ist jetzt nicht so dass wir ein total schlechtes Verhältnis hatten aber es ist einfach mehr so kein enges: Verhältnis! er weiß ja dass es mir zur Zeit nicht so gut geht und hat da auch einmal Ärzte zu befragt die er kennt und ist dann irgendwie ich weiß nicht ja - - hat dann eben auch irgendwie festgestellt, er dann dann auch eben gesagt bekommen dass das eben eine Zeit dauert mit dem pfeifferschen Drüsenfieber aber von Angstsachen weiß er jetzt gar nichts also weil wir auch nicht ein so enges Verhältnis haben!
- I: hm also dann erzählen Sie da auch wahrscheinlich recht wenig weil da eben das Verhältnis einfach nicht so ist!
- L: ja genau, und meine Schwestern ja gut mit denen habe ich auch jetzt; mit der habe ich ein recht gutes Verhältnis, bloß irgendwie ist man immer zu faul sich beim anderen zu melden - - die wissen das wohl mehr so von meiner Mutter und haben sich dann bei mir gemeldet und sind halt ein bisschen fürsorglich gewesen also schon so besorgter als wenn es jetzt pfeiffersches Drüsenfieber ist, schon so ein bisschen 'oh - - ist der jetzt reif für die Anstalt?' oder so in der Richtung also das war - - ja da aber es war auch nicht viel Kontakt es war einfach von beiden einmal ein Anruf und wir haben darüber gesprochen und ja das war es eigentlich;
- I: hm
- L: und mit Freunden - - also ich habe so zwei drei Freunde also ich habe ich würde sagen einen größeren Freundeskreis Bekanntenkreis und zwei drei gute Freunde mit denen ich über Dinge spreche und - - ja denen habe ich das gesagt dass ich da ein Antidepressivum nehme und dass ich da echt total durch den Wind bin, überhaupt nicht mehr weiß woher kommt was und ich nicht mehr weggehen kann weil mir alles Sorgen macht und Angst macht und ich weiß nicht die haben eigentlich nicht viel mir da helfen können,
- I: hm
- L: die haben halt gesagt ja: das können sie gut verstehen das ist schon alleine wenn man überhaupt einfach nur vier Monate nur zu Hause ist und dann wieder irgendwo hingehen will dann dann ist es klar dass man eigentlich voll aus dem Lebens- aus diesem Leben draußen ist was für andere Leute normal ist - - und die haben das halt verstanden und haben mich dann besucht und haben gesagt 'ja komm doch einmal da mit und machen wir einmal kurz das oder spielen wir einmal Playstation oder unterhalten uns einfach so oder trinken nur ein Bier und gehen dann wieder!'
- I: hm

- L: und so in der Richtung war das ja - - also es war jetzt kein großes keine so große problematische Sache gewesen,
- I: hm aber auch da hat es trotzdem halt auch einschränkend gewirkt also da haben sich Freundschaften wahrscheinlich auch reduziert oder?
- L: na Freundschaften eigentlich nicht!
- I: oder Bekanntschaften!
- L: eigentlich - - na ja würde ich der Kontakt hat sich so ein bisschen zurückgefahren aber der ist noch immer da mit allen, es ist jetzt nicht weniger geworden von der Anzahl, nur weniger in der Häufigkeit wie häufig man etwas miteinander zu tun hat!
- I: hm
- L: aber schon so dass ich mit den Leuten die mir wichtig sind oder auch andere Leute die mir vielleicht nicht so wichtig sind aber dass ich dann und wann einmal telefoniere und jetzt nachdem ich jetzt ja auch wieder ein bisschen weggehe dass man sich dann auch irgendwie sieht. (Eine längere Sprechpause stellt sich ein).
- I: war es das? oder noch irgendeinen Punkt irgendein Bedürfnis noch etwas zu erzählen? also wir haben im Prinzip jetzt ähm alle Punkte oder Sie haben alle Punkte schon angesprochen, aber ist noch der Wunsch da eine spezielle Sache loszuwerden oder so?
- L: na eigentlich das Problem ist halt dass ich schon mit dem Doktor *Schmidt oder überhaupt mit Leuten schon sehr oft meine Geschichte erzählt habe dass ich - - dass irgendwie ich gar nicht mehr weiß ob das jetzt vollständig ist, ich erzähle das halt und dann kann es sein dass mir jetzt in einer Stunde irgendwann einfällt 'na ja das hätte ich ihm eigentlich auch noch erzählen können!' aber soweit jetzt; also angefangen wie gesagt jetzt im August, Auslöser diese Virusinfektion, vorhanden wahrscheinlich schon vorher, Scheidung wer weiß wodurch, dann hat es sich eben weiterentwickelt dass ich da zu Ärzten gerannt bin in der Uniklinik durchgecheckt wurde und eigentlich nie etwas Richtiges festgestellt wurde, es war wohl der eine oder andere Immunsystem- Immunglobulinwert war nicht so toll und ein paar so Ferritin ein paar so Blutwerte waren nicht so ideal,
- I: hm
- L: eben von dieser Virusgeschichte, aber halt es war sofort zu sehen so schlecht dürfte es dem eigentlich nicht gehen - - und ja, was halt mir Probleme gemacht hat war dass man mir gesagt hat am Anfang immer 'wenn du merkst dass das Treppensteigen Schwierigkeiten macht dann schone dich auch!'
- I: aha!

- L: und immer dieses 'schone dich!' von den Ärzten so am Anfang 'ja dann mache auch nicht viel!' und das war eben das wo man dann eben auch Angst bekommt wenn dir ein Arzt sagt 'du darfst nicht viel machen sonst wird es vielleicht wieder schlimmer mit dieser Virusinfektion!' und dann sitze ich in der Vorlesung und merke wie jetzt wie es doch anstrengender wird für mich, dann dann bekomme ich dann Angst, oder der Arzt hat auch gesagt ich soll nicht viel machen dann wird es hier anstrengend und jetzt muss ich aber weg hier!
- I: hm
- L: so hat sich das so hochgeschaukelt,
- I: hm
- L: und ja dass dann der Alltag eigentlich total eingeschränkt war; Beruf: gut habe ich zum Glück noch nicht gehabt sonst wer weiß was da, wäre ich wahrscheinlich arbeitslos geworden oder auf jeden Fall krankgeschrieben für längere Zeit und durch das Studium na ja das konnte ich ja ein bisschen auf Eis legen; und mit der Partnerschaft ja; - - so Familie Umfeld also die haben eigentlich alle Verständnis gehabt haben sich dafür interessiert, war eigentlich jetzt keiner so so total kritisch weiß nicht so was man vielleicht auch sich denkt 'oh jetzt hat er Angst vor solchen Sachen!' dass man dann nicht mehr ernst genommen wird,
- I: hm
- L: so das war eigentlich gar nicht der Fall; und die aktuelle Lebensführung ist jetzt eigentlich wie gesagt dass ich jetzt wieder zurück ins Leben versuche!
- I: hm
- L: das ist so; und Zukunftsplanung eben nicht wieder dahin wo ich vorher war sondern einfach so - - wie gesagt ich will nicht mehr rauchen ich will nicht mehr dauernd da versumpfen irgendwo und ich will auch ich da - - so mit Frauen mal hier mal da das ist das ist so, das kann man auch auf die Scheidung zurückführen, das wäre so ein bisschen die Lebensführung meines Vaters so, ja und das ist dann Zukunftsplanung und kann man dann eigentlich mit Krankheitsgewinn eigentlich gleich so verbinden!
- I: hm
- L: ja und mehr: fällt mir jetzt nicht ein, kann wie gesagt sein dass mir in zwei drei Stunden noch etwas einfällt aber jetzt nicht.
- I: ja gut dann würde ich sagen machen wir an dieser Stelle mit der Aufnahme Schluss,
- L: ja!
- I: und dann können wir vielleicht noch zwei Minuten so kurz uns unterhalten.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich, Michael Hager, die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe.

Die benutzte Literatur ist vollständig angegeben.

Wörtlich oder dem Sinne nach dem Schrifttum entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat keiner anderen Prüfungskommission vorgelegen.

Michael Hager

Diplom-Pädagoge Univ.