

# **Charakteristische Persönlichkeitsmerkmale bei Herzpatienten**

**Zur Bedeutung existenzieller Fehlhaltungen bei der  
Entstehung von Herzerkrankungen**

## **Abschlussarbeit**

für die Ausbildung in Logotherapie und  
existenzanalytischer Beratung und Begleitung  
der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse

10.06.2018

eingereicht von:

Stefan Körber  
Wilhelmsäue 18  
10715 Berlin

eingereicht bei:

Helmut Dorra

angenommen am:

Dr. Christoph Kolbe

angenommen am:

## Zusammenfassung

Ausgehend von Beobachtungen des Autors als Psychologe in einer kardiologischen Rehaklinik wird der Frage nachgegangen, ob charakteristische Persönlichkeitsmerkmale bei der Entstehung von Herzerkrankungen eine Rolle spielen.

In einem ersten Schritt werden die charakteristischen Erlebens-, Einstellungs- und Verhaltensweisen von Herzpatienten beschrieben. Es folgen die Darstellung des Konzepts der Grundmotivationen nach Alfried Längle und dem psychosomatischen Störungsmodell der Existenzanalyse sowie die Beschreibung der Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie; letztere zeigt anhand von fünf Mechanismen auf, wie Persönlichkeitsmerkmale auf die Gesundheit einwirken können. Anschließend werden in einem Überblick die historischen und aktuellen Modelle der Psychokardiologie zur Ätiologie von Herzerkrankungen, wie bspw. das Typ-A-Persönlichkeitsmuster und dessen Weiterentwicklung zum Typ D dargestellt.

Der Autor entwickelt auf dieser Grundlage ein eigenes Modell: Herzpatienten entwickeln aufgrund von Verletzungen und Mangelerlebnissen in frühen Entwicklungsphasen ein gestörtes Grundgefühl in einer der vier Grundmotivationen. In der Folge tritt ein negativer Affekt auf: Verunsicherung, Verlassenheit, Selbstverlorenheit/Ungenügendsein oder Leere. Zur Abwehr der negativen Empfindung kommt es zur (unbewussten) Anwendung von Coping-Reaktionen. Allen Herzpatienten gemeinsam ist, dass sie mittels Aktivismus – also der zweiten Stufe der Coping-Reaktion – gegen die negativen Affekte ankämpfen. Dabei kommt es aufgrund der unterschiedlich betroffenen Grundmotivation zu spezifischen Bewältigungsmustern (fixierte Coping-Reaktionen), die mit der Zeit Teil der Persönlichkeit werden. Infolgedessen entstehen bei Herzpatienten fünf unterscheidbare charakteristische Persönlichkeitsmuster, die sich in einer hohen Leistungsbereitschaft, z.B. in Form eines perfektionistischen oder überfürsorglichen Verhaltens, ausdrücken.

Weitere wichtige Elemente des Modells sind die verminderte Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Körperempfindungen sowie die Hemmung offener Aggressionen. Die daraus entstehende mangelnde Selbstfürsorge führt zusammen mit der hohen Leistungsbereitschaft zu einer pathologischen Verausgabungsbereitschaft bei Herzpatienten.

Abschließend diskutiert der Autor, welche Schlussfolgerungen aus seinem Modell für das Behandlungskonzept in der kardiologischen Rehabilitation abgeleitet werden können.

Stichwörter: KHK, Infarkt, Herzerkrankung, Rehabilitation, Persönlichkeitsmerkmal, Persönlichkeitsmuster, Psychosomatik, Psychokardiologie, fixierte Coping-Reaktion, Grundmotivationen, pathologische Verausgabungsbereitschaft, mangelnde Selbstfürsorge

## Abstract

Based on observations of the author as a psychologist in a cardiological rehabilitation clinic, the question is investigated whether characteristic personality traits play a role in the development of heart disease.

In a first step, the characteristic experiences, attitudes and behaviors of cardiac patients are described. Following is the presentation of the concept of fundamental motivations according to Alfred Längle and the psychosomatic model of the existential analysis as well as the description of the findings of health psychology; The latter shows on the basis of five mechanisms how personality traits can influence health. Subsequently, the historical and current models of psychocardiology for the aetiology of heart diseases, such as the type A personality and its further development to type D, are presented in an overview.

On this basis, the author develops his own model: cardiac patients develop a disturbed basic emotion in one of the four fundamental motivations due to injuries and neglect in early stages of development. As a result, a negative affect occurs: uncertainty, abandonment, self-lostness/being insufficient or emptiness. To ward off the negative affect, the (unconscious) use of coping reactions occurs. Common to all heart patients is that they fight against the negative affect through activism - the second stage of the coping reaction. Due to the differently affected fundamental motivation, specific coping patterns occur (fixed coping reactions) that become part of the personality over time. As a result, cardiac patients develop five distinguishable characteristic personality patterns which show a high willingness to bring an effort, e.g. in the form of perfectionist or over-care behavior.

Other important elements of the model are the diminished perception of one's own feelings and bodily sensations, as well as the inhibition of overt aggression. The resulting lack of self-care leads, together with the high willingness to bring an effort, to a pathological willingness to burn oneself.

Finally, the author discusses what conclusions can be derived from his model for the treatment concept in cardiac rehabilitation.

## Keywords

CHD, infarct, heart disease, rehabilitation, trait, personality patterns, psychosomatic medicine, psychocardiology, fixed coping reaction, fundamental motivations, pathological willingness to burn oneself, lack of self-care

## Inhaltsverzeichnis

1. Die Entstehung meiner Fragestellung .....	5
2. Zu den Begriffen „Persönlichkeitsmerkmal“ und „Herzpatient“ .....	7
3. Phänomenologische Betrachtungen bei meinen Herzpatienten.....	9
4. Logotherapie und Existenzanalyse: das Konzept der personal-existenziellen Grundmotivationen nach Längle .....	15
5. Existenzanalyse und Psychosomatik .....	23
6. Fünf mögliche Mechanismen, wie Persönlichkeitsmerkmale gesundheitsfördernd oder -gefährdend wirken .....	27
7. Psychokardiologie: Historische und aktuelle Modelle zur Frage von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen bei der Ätiologie von Herzerkrankungen .....	30
8. Zur Entwicklung meines existenzanalytischen Konzeptes oder von Widersprüchen, blinden Flecken und Knoten .....	40
9. Fünf charakteristische Persönlichkeitsmuster bei Herzpatienten auf der Basis der personal-existenziellen Grundmotivationen .....	48
10. Zusammenführung in ein existenzanalytisches Modell und Ausblick .....	66

# 1. Die Entstehung meiner Fragestellung

Spätestens seit der Antike vermuten die Menschen eine Verbindung zwischen dem Herzen und der Seele (hier: der Psyche). In der Dichtung und in Volksweisheiten wird dies in vielfältiger Form ausgedrückt: ich habe etwas auf dem Herzen, mir ist schwer ums Herz, mir fällt ein Stein vom Herzen, das Herz bricht mir...

In meiner Abschlussarbeit möchte ich mich mit diesem Phänomen vertiefend beschäftigen, dass ich bereits seit über einem Jahrzehnt bei meiner täglichen Arbeit beobachte.

Erstmals fiel mir dieses Phänomen kurze Zeit nach meinem Arbeitsplatzwechsel im Jahre 2002 auf. Schon nach wenigen Monaten in der neuen Klinik bemerkte ich, dass bei der Arbeit mit kardiologischen Patienten etwas anders ist. In der vorherigen Klinik arbeitete ich als Diplom-Psychologe mit Reha-Patienten nach einer Krebs- oder Atemwegserkrankung oder mit orthopädischen Beschwerden. Die Abläufe und Angebote waren fast identisch. Und dennoch war etwas anders.

Schon bald hatte ich den Eindruck, immer wieder ähnliche Geschichten/Schicksale zu hören, fielen mir ähnliche Wahrnehmungs- und Einstellungsmuster sowie Verhaltensweisen auf, erörterte ich immer wieder dieselben Fragestellungen mit meinen Patienten. Gewisse Themen und „Typen“, wie ich sie aus der Arbeit in meiner vorherigen Klinik kannte, tauchten dagegen gar nicht mehr auf. Ich empfand dies als eine Einengung der Bandbreite menschlichen Erlebens und Verhaltens.

Ich vermutete, dass dies kein Zufall und der „Herzpatient“ ein bestimmter Typ sei. Eine erste Beschäftigung mit den damaligen Forschungserkenntnissen zur Frage der Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen bei der Entstehung von Herzerkrankungen ergab zunächst eher Widersprüchliches. Die Fachwelt hatte gerade das „Typ-A-Verhaltensmuster“ als langjährige Erklärung verworfen.

In der Folge fragte ich mich, was das Verbindende zwischen meinen Herzpatienten sei. So „sammelte“ ich Verhaltensweisen und Einstellungen, die meines Erachtens kennzeichnend für Herzpatienten sind.

Neue Impulse bekamen meine Überlegungen durch den Beginn meiner Ausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse. In diesem Ansatz können die beiden meines Erachtens am häufigsten zu beobachtenden Verhaltensweisen von Patienten mit erworbener Herzerkrankung, nämlich eine hohe Leistungsbereitschaft und ein geringes selbstfürsorgliches Verhalten als Coping-Versuch verstanden werden.

Das Konzept der personal-existenziellen Grundmotivationen gab mir Hinweise auf die möglichen zugrunde liegenden Defizite in den einzelnen Grundmotivationen bei meinen Patienten, die in Verbindung zu dem von mir beobachteten Coping-Verhalten stehen.

Mein Sabbatical sowie die Erstellung einer schriftlichen Abschlussarbeit zur Beendigung meiner Ausbildung zum logotherapeutischen und existenzanalytischen Berater schafften den Rahmen zur vertieften Beschäftigung mit diesen Phänomenen. Ich war in der Lage, meine eigenen Beobachtungen zu systematisieren, mich in die aktuelle Forschung zum Thema einzulesen und meine Thesen auszuarbeiten. Im nächsten Schritt – nämlich dieser Arbeit – werde ich meine Beobachtungen in den Kontext der Existenzanalyse und ihrer Grundannahmen

stellen und darauf aufbauend versuchen eine existenzanalytische „Typisierung“ von charakteristischen „Herzpersönlichkeiten“ zu entwickeln.

Was sind die Thesen meiner Arbeit?

- Bei Patienten mit einer erworbenen Herzerkrankung lassen sich charakteristische Persönlichkeitsmerkmale beobachten.
- Diese Merkmale haben am Entstehen einer Herzerkrankung einen nicht unerheblichen Anteil.
- Dabei lassen sich aus dem Konzept der personal-existenziellen Grundmotivationen vier Sub-Typen mit spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden.
- Die beobachteten Persönlichkeitsmerkmale lassen auf existenzielle Fehlhaltungen schließen und dienen dem Coping.

Was sind meine spezifischen persönlichen Fragestellungen?

- Welche charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale (Einstellungen, Werte, Haltungen, Verhaltensweisen) nehme ich bei meinen Gesprächen mit Herzpatienten wahr?
- Wie lassen sich diese Verhaltensmuster im Rahmen der existenzanalytischen Theorie verstehen?
- Welche existenziellen Fehlhaltungen nehmen die jeweiligen Sub-Typen ein? Wie lassen sich die Sub-Typen voneinander unterscheiden?
- Wie entsteht die hohe Leistungsbereitschaft aus dem Verständnis der einzelnen Grundmotivationen?
- Wie lässt sich die Entstehung der Fehlhaltung verstehen?
- Was sind die Folgen dieser Fehlhaltungen?
- Wie können Persönlichkeitsmerkmale zur Entstehung einer Herzerkrankung beitragen?
- Wie lassen sich die Ergebnisse der psychokardiologischen Forschungen mit dem Konzept der personal-existenziellen Grundmotivationen in Einklang bringen?

## 2. Zu den Begriffen „Persönlichkeitsmerkmal“ und „Herzpatient“

Da die Begriffe „Persönlichkeitsmerkmal“ und „Herzpatient“ eine zentrale Rolle in meiner Abschlussarbeit einnehmen, möchte ich sie vorab kurz definieren.

### „Persönlichkeitsmerkmal“

„Überdauernde Muster des Erlebens und Verhaltens werden gemeinhin als Ausdruck der Persönlichkeit verstanden. Dies berührt unter anderem sowohl Grundmuster der Affektivität (z. B. Heiterkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Reizbarkeit) als auch überdauernde Einstellungen (z.B. Optimismus, Pessimismus, Feindseligkeit) und Formen der sozialen Interaktion (z.B. Introversion, Extraversion)“ (Albus, 2008, S. 77).

Die Begriffe Persönlichkeitsmerkmal, -eigenschaft und -faktor können synonym verwendet werden. Im Englischen werden diese als „trait“ bezeichnet und vom Begriff „state“ abgegrenzt, der einen aktuellen Zustand einer Person, der über Situationen hinweg variieren kann, bezeichnet. Ebenfalls nicht zu den Persönlichkeitsmerkmalen gerechnet werden Verhaltensgewohnheiten (engl. „habit“), welche als erlernte Reaktionen auf spezifische Reize verstanden werden. Demnach werden Verhaltensgewohnheiten von Situationen bestimmt (d.h. sind die Bedingungen gleich oder ähnlich denen, in denen das Verhalten erlernt wurde, dann treten „habits“ eher auf), während Persönlichkeitsmerkmale über Zeit und Situationen hinweg konstant sind.

### „Herzpatient“

Um verständlich zu machen, auf welchen Personenkreis sich meine Beobachtungen und Aussagen beziehen, beschreibe ich kurz meine Arbeitsstelle und Tätigkeit: Ich bin seit Februar 2002 halbtags als Diplom-Psychologe in der Kardiologischen Abteilung des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund beschäftigt. Unserer Abteilung stehen 80 Plätze für stationäre und 15 Plätze für ganztägig ambulante Patienten<sup>1</sup> zur Verfügung. Im Jahr 2013 behandelten wir ca. 1300 Patienten, von denen 70 % Männer waren. Der Altersdurchschnitt aller Patienten lag im Mittel bei 55 Jahren.

Die Patienten bleiben in der Regel für drei Wochen in unserer Klinik, Verlängerungen auf 4 Wochen sind nicht unüblich, selten auf 5 Wochen.

In der Kardiologischen Abteilung behandeln wir sowohl im Rahmen einer Anschlussrehabilitation als auch im Allgemeinen Heilverfahren Patienten mit Hypertonie, Koronarer Herzerkrankung (z.B. nach Herzinfarkt, Bypass, Herzinsuffizienz), Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen sowie Patienten nach einer Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Zudem nehmen wir auch Patienten nach Herz- und/oder Lungentransplantation sowie Patienten mit Herzunterstützungssystemen (Kunstherzen) auf.

Der größte Teil unserer Patienten (ca. 70 %) kommt mit der Diagnose „Koronare Herzerkrankung“.

---

<sup>1</sup> Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

Als Psychologe der Kardiologischen Abteilung gehört die Durchführung von gesundheitsfördernden Patientenschulungen (Nichtraucher-Schulung, Progressive Muskelentspannung, Vorträge und Seminare zu den Themen Krankheitsverarbeitung, Risikofaktoren und Stress) zu meinen Hauptaufgaben. Einen weiteren Schwerpunkt meiner Arbeit bilden psychologische Einzelgespräche z.B. zur persönlichen Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, bei Lebensstilveränderungen oder allgemeinen Lebensproblemen.

Vor diesem Hintergrund entstanden meine Beobachtungen und Aussagen bezüglich charakteristischer Persönlichkeitsmerkmale bei Herzpatienten. Dabei sind auch folgende Merkmale zu berücksichtigen:

Zunächst konnte ich überwiegend Beobachtungen bei jenen Herzpatienten machen, die eine stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitationseinrichtung aufgesucht haben. Eine größere Gruppe von kardiologischen Patienten macht aus unterschiedlichen Gründen keine Rehabilitation. Beispielsweise werden weniger Rehabilitationen bei Patienten, die sich bereits in Rente befinden, bewilligt. Zudem lehnen vermutlich einige Patienten eine solche Maßnahme ab, die mit dem von mir postulierten Verhaltensmuster korrespondieren, da sie „keine Zeit dafür haben“ (bspw. als Folge der Angst vor beruflichen Nachteilen) oder sie nicht als notwendig erachten.

Eine weitere Rolle spielt der Zugang zur Rehabilitation über unterschiedliche Träger, da diese historisch spezifische Berufsgruppen vertreten. Im Fall meiner Klinik sind dies überwiegend Angestellte.

Des Weiteren kann ich nur Aussagen über Patienten machen, mit denen ich selbst in Kontakt stand. Hierzu hatte ich in Einzelgesprächen und Gruppenveranstaltungen Gelegenheit. Etwa ein Drittel unserer Patienten nahm in den vergangenen 15 Jahren während ihres Rehabilitationsaufenthaltes psychologische Einzelgespräche in Anspruch. Im Schnitt sind dies 450 Patienten pro Jahr, von diesen habe ich etwa ein Viertel, d.h. an die 1700 Patienten in den vergangenen 15 Jahren psychologisch begleitet. In der Regel waren während der Aufenthaltsdauer 3 Gespräche von 45 Minuten möglich, bei Verlängerungen auch 4-5 Gespräche.

Ca. 90 % der Patienten besuchen das Entspannungsverfahren „Progressive Muskelentspannung“, ca. 60% die psycho-educativen Vorträge.

Als weitere Einschränkungen beziehen sich meine Aussagen nur auf Patienten mit erworbenen Herzerkrankungen, die den Hauptteil unserer Patienten darstellen, nicht jedoch auf Patienten mit angeborenen Herzfehlern. Ebenfalls nur eingeschränkt gelten meine Aussagen für Patienten nach Herz- und/oder Lungentransplantation sowie Patienten mit Herzunterstützungssystemen, da die Gespräche mit diesen aufgrund der besonderen Situation zumeist andere Inhalte haben. Aber auch diese Patienten können die von mir später beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale aufweisen.



### 3. Phänomenologische Betrachtungen bei meinen Herzpatienten

Ein Mensch sagt und ist stolz darauf:

„Ich geh' in meinen Pflichten auf!“

Doch bald darauf, nicht mehr so munter,  
geht er in seinen Pflichten unter!

Eugen Roth <sup>2</sup>

Zunächst möchte ich betonen, dass mir bei der Erstellung dieser Arbeit deutlich wurde, wie komplex das untersuchte Geschehen ist. Es in eine einfache Formel, gar in das Konzept einer Persönlichkeitstheorie zu fassen, scheint unmöglich.

Bei der Beschreibung meiner Beobachtungen charakteristischer Persönlichkeitsmerkmale von Herzpatienten habe ich daher bewusst Vereinfachungen und Verallgemeinerungen benutzt, um das komplexe Geschehen verständlich darstellen zu können. Diese Aussagen verstehe ich eher als Tendenzen, wie ein Mensch in einer bestimmten Situation reagieren wird, ein „eher-so-zu-Reagieren“, als das gegenteilige Verhalten zu zeigen. In jeder einzelnen Situation haben aber die Menschen potenziell die Möglichkeit, jedes mögliche Verhalten zu zeigen.

Entscheidend ist gleichwohl, dass in den vergangenen Jahrhunderten immer wieder ähnliche Beobachtungen beschrieben worden sind, es jedoch bisher nicht gelang, diese Phänomene in eine zusammenhängende Theorie zu fassen. Es wird noch einiges an Forschung und Modellen brauchen, bis wir die vielen charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale, die vermutlich bei der Entstehung von Herzerkrankungen eine tragende Rolle spielen, sowie deren Ursachen in ihrer Komplexität darstellen zu können. Meine Analyse verstehe ich als einen weiteren Beitrag bei dieser grundlegenden Arbeit.

Im Folgenden schildere ich den Entstehungsprozess meines Konzepts. Der Prozess verlief nicht so linear, wie dies erscheinen mag, sondern war gekennzeichnet von Schleifen und Rückschritten, wenn ich neue Erkenntnisse integrierte.

In den Gesprächen mit den Patienten fiel mir zunächst auf, dass es wiederkehrende Themen sowie Verhaltens- und Erlebnisweisen gab. Häufig äußerten meine Patienten, dass sie sich von der Erkrankung ausgebremst fühlten. Sie zeigten Ungeduld mit einem aus ihrer Sicht langsam fortschreitenden Genesungsprozess. Oftmals betonten sie, bald wieder arbeiten und funktionieren zu müssen. Daher hatte ich häufig das Gefühl, meine Patienten bremsen zu müssen und appellierte ich zu Beginn meiner Tätigkeit noch häufig an ihre Geduld.

Auffällig war, wie sehr sie bemüht waren, wieder zu funktionieren und etwas leisten zu können. Viele fühlten sich nutz- oder gar wertlos. Von Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes an beschäftigte meine Patienten der zentrale Punkt, ob sie weiterhin leistungsfähig sein würden, um den beruflichen Belastungen noch gewachsen zu sein. Diese Ungewissheit konnten viele schlecht aushalten. Die Vorstellung, vom Arbeits- oder Sozialamt abhängig zu werden, war für

---

<sup>2</sup> Deutscher Dichter (1895 – 1976). Aus: Roth 1995, S. 166.

die meisten meiner Patienten unerträglich, schlimmer, als durch Überlastung erneut einen Herzinfarkt zu riskieren. Den Gedanken, von Anderen als ein Schmarotzer der Gesellschaft angesehen zu werden, empfanden sie als demütigend. Die Angst vor finanziellen Einbußen setzte etlichen massiv zu, da sie damit einen sozialen Abstieg verbanden.

Die körperlichen Leistungseinschränkungen aufgrund der Herzerkrankung erlebten viele als einen Kontrollverlust. Häufig fiel es ihnen schwer auszuhalten, von medizinischem Personal, anderen Menschen oder Medikamenten abhängig zu sein. In der Regel versuchten sie durch Lebensstilveränderungen, die Kontrolle zurück zu erlangen und somit wieder unabhängig zu werden.

Viele andere Patienten wollten niemandem zur Last fallen und machten lieber alles selber, baten nicht um Hilfe, äußerten Anderen gegenüber nicht, wie es ihnen ging und wie belastet sie waren. Ebenso lehnten sie es für sich ab, soziale Leistungen anzunehmen.

Ihre Neigung Andere nicht zu belasten, zeigte sich auch in ihrem Umgang mit mir. So achteten sie darauf, die Gesprächszeit einzuhalten, äußerten Mitleid mit mir, was ich mir alles anhören müsste, bedankten sich dafür, dass ich mir Zeit für sie genommen hatte. Nach außen erschienen sie als stark und unabhängig.

Aus den Erzählungen wurde ersichtlich, dass die Mehrheit meiner Patienten beruflich und privat viel Verantwortung übernahm. In der Familie waren sie häufig der Hauptansprechpartner, derjenige, der den Haushalt versorgte oder die Pflege von Angehörigen übernahm. Beruflich übernahmen sie anspruchsvolle Aufgaben oder Positionen, waren Teamleiter, nahmen anderen Aufgaben ab oder setzten ihre Fähigkeiten für die Bewältigung neuer Aufgaben ein. Ich erlebte sie oft als „Macher“, als Menschen, die überzeugt waren, etwas tun und in die Hand nehmen zu können. Oftmals nahmen sie auch in der Freizeit erneut Verantwortung auf sich; z.B. durch ehrenamtliche Arbeit in Vereinen, als Sporttrainer, in der freiwilligen Feuerwehr oder in der Kommunalpolitik.

Die hohe Verantwortungsbereitschaft war in der Regel mit einer hohen Leistungsbereitschaft und einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein gepaart. So schilderten viele meiner Patienten, dass sie angefangene Tätigkeiten zu Ende führen müssten; Zusagen, die sie gegeben hatten, müssten sie einhalten, auch wenn sich die Bedingungen inzwischen zu ihrem Nachteil verändert hatten. Brachten unvorhergesehene Ereignisse ihre Planungen durcheinander, hielten sie dennoch an ihnen fest, versuchten allem und allen gerecht zu werden, statt etwas wegzulassen. Überstunden machten sie häufig ungefragt, um alle ihnen aufgetragenen Arbeiten zu erledigen. Auch im Alltag der Reha konnte ich gut das ausgeprägte Pflichtbewusstsein beobachten: Meistens waren meine Herzpatienten überpünktlich, d.h. 5-10 Minuten vor dem Gesprächstermin da. Wurde es zwischen zwei Terminen knapp, hetzten sie sich ab, um pünktlich zu sein.

Neben dem starken Hang zur Pünktlichkeit war auffällig, dass sie offensichtlich nie genug Zeit hatten. Viele fühlten sich permanent unter Zeitdruck, hetzten, erledigten Arbeiten zügig ohne Pausen, aßen schnell und unregelmäßig, machten mehrere Sachen gleichzeitig und hatten dennoch zu wenig Zeit für Hobbys und soziale Aktivitäten.

Manche meiner Patienten zeigten ein ausgeprägtes Sorgenverhalten, häufig darüber, dass Anderen etwas passieren oder krank werden könnte. Über Probleme oder Konflikte am Arbeitsplatz konnten sie sich anhaltende Sorgen machen, die sie häufig in der Nacht wachhielten.

Aus den Äußerungen und dem Verhalten vieler meiner Patienten konnte ich schließen, dass sie in die Einhaltung von Regeln, Gesetzen, Gepflogenheiten oder Tugenden hohe Erwartungen setzten. Im selben Maße wie sie sich bemühten, diesen gerecht zu werden, erwarteten sie dies von ihren Mitmenschen. Sie erschienen sehr angepasst und an Normen orientiert. Dabei fand ich es immer wieder erstaunlich, wie sich viele meiner Patienten nach den Ansichten und Erwartungen Anderer richteten, statt sich zu fragen, was sie selber für richtig halten.

Überhaupt schien Ungewissheit meinen Patienten sehr zuzusetzen und es ihnen schwer zu fallen, diese auszuhalten. Sie versuchten ungewisse Situationen zu umgehen, indem sie sich vorbereiteten, sie planten voraus oder erledigten lieber heute Dinge, als zu riskieren, in der Zukunft nicht genug Zeit und Kraft dafür zu haben.

Mir wurde deutlich, dass es vielen Patienten schwer fiel, unabänderliche und unkontrollierbare Ereignisse des Lebens auszuhalten und zu akzeptieren, wie z.B. Ungewissheit, Unvorhergesehenes oder Ungerechtigkeit.

Aus diesen beiden letzten Punkten, der Wichtigkeit von Regeln und der Schwierigkeit, Ungewissheit auszuhalten, schloss ich, dass etliche meiner Patienten die Haltung hatten: Das Leben soll sicher sein. Sie zeigten zudem einen ausgeprägten Hang zum Perfektionismus, nach dem Motto: „Nicht so gut wie nötig, sondern so gut wie möglich!“.

Im Seminar zum Umgang mit Stress äußerten die Patienten häufig stressverschärfende Gedanken: „Ich muss immer pünktlich sein“, „ich darf keinen Fehler machen“, „ich muss es jedem recht machen“, „auf mich ist 100%ig Verlass“, „ich muss immer freundlich sein.“ Lange Zeit waren sie diesen inneren Antreibern gefolgt, auch wenn sie wussten, dass diese Ansprüche unerreichbar waren. Diese inneren Anforderungen führten häufig zu Mehrbelastungen, da die Betroffenen Arbeit nicht abgeben konnten, weil es ihnen keiner gut genug oder schnell genug macht.

Auch fiel mir auf, wie vielen unserer Patienten es schwer fiel, Ruhe in der Ruhe zu finden. Nichts zu tun, so schilderten viele Patienten, gäbe ihnen das Gefühl faul zu sein, ihre Zeit unnütz verstreichen zu lassen. Ruhe und Erholung wurden nicht als etwas Gutes und Notwendiges beschrieben, sondern eher als Stillstand, als Rückschritt und Tod: „Ausruhen kann ich mich noch, wenn ich tot bin“. Damit ging einher, dass sie eher aktive Menschen waren, die, um Entspannung zu finden, eine Aktivität wie Sport oder Gartenarbeit wählten.

Auffällig viele Patienten berichteten davon, „einen Sprachfehler zu haben“: Sie könnten nicht Nein sagen. So konnten sie nur schwer Bitten um Hilfe abschlagen, selbst wenn sie keine Zeit, Kraft oder Lust hatten. Dies galt privat wie beruflich, ob nun Freunde am Wochenende um einen Gefallen baten oder sie am Arbeitsplatz gefragt wurden, ob sie für Kollegen einspringen oder deren Arbeit mit übernehmen könnten.

Dieses Thema, eine mangelnde Fähigkeit zur Abgrenzung von den Erwartungen Anderer, begleitet mich bis heute in den meisten meiner Gespräche. Frappierend ist, wie durchsetzungsfähig meine Patienten im Alltag sind, wenn es um die Interessen Anderer oder um eine Sache geht. Geht es jedoch um die Durchsetzung eigener Interessen, und zwar solcher, die sie als egoistisch erscheinen lassen könnten, verlieren sie diese Fähigkeit und geben schnell nach oder äußern erst gar nicht eigene Interessen.

Das Durchsetzen nur der eigenen Interessen war für sie stark negativ besetzt. Solch ein Verhalten verstanden sie als Egoismus und als Egoist wollten sie nicht erscheinen. Die meisten

nahmen auch negative Verläufe oder Reaktionen ihrer Umwelt an, malten sich regelrecht Katastrophen aus. Bezeichnenderweise berichteten jedoch die meisten Patienten, dass, wenn sie mal Nein sagten, die Befürchtungen gar nicht eintrafen.

Aus den Schilderungen vieler meiner Patienten entnahm ich, dass das Streben nach Harmonie eine große Rolle für sie spielte. Viele gingen Konflikten aus dem Weg und schluckten ihren Ärger herunter. Meist wollten sie Andere nicht mit ihren Äußerungen verletzen oder enttäuschen.

Gleichzeitig erschien es mir, als seien viele meiner Patienten leicht kränkbar. Mit der Zeit gewöhnte ich mir an, meine Worte mit mehr Bedacht zu wählen.

Auffällig wenige meiner Herzpatienten offenbarten Anderen gegenüber ihre Gefühlswelt. Oftmals gaben sie an, sie nicht mit ihren Problemen belasten zu wollen. So machten sie alles mit sich selbst aus, offenbarten sich auch engen Familienmitgliedern und Freunden nicht. In der Regel fiel es ihnen außerdem schwer, innere Vorgänge in Worte zu fassen. Gefühle zu offenbaren, erlebten viele als beschämend. Auf mein Nachfragen hin antworteten sie häufig rationalisierend und intellektualisierend.

Ebenso oft waren meine Patienten bemüht, keine Schwäche zu zeigen. Sie erwarteten insgesamt wenig Verständnis von Anderen; interessanterweise war dies etwas, das sie sich selbst und Anderen gegenüber ebenfalls selten zeigten. Aus Angst abgelehnt zu werden, zeigten sie Anderen gegenüber nicht, wie belastet sie waren. Stattdessen bagatellisierten sie ihre Belastungen und lehnten Hilfsangebote so lange es ging ab.

So entstand bei mir der Eindruck, dass viele meiner Patienten Einzelkämpfer sind, die glauben alles alleine schaffen zu können bzw. zu müssen, die kein Recht haben, Andere zu belasten, oder die sich nicht auf Andere verlassen können.

In der Regel haben meine Patienten vor ihrer Herzerkrankung sportliche Aktivitäten vernachlässigt, da sie hierfür weder Zeit noch Kraft gehabt hätten. Diejenigen, die dennoch Sport betrieben hatten bzw. jene, die in früheren Lebensphasen stärker sportlich aktiv gewesen waren, hatten in aller Regel Sportarten mit Wettkampfcharakter bzw. Leistungssport gewählt, z.B. Fußball, Handball, Squash oder Marathon. Dabei diente der Sport häufig nicht der Freude und körperlichen Fitness, sondern wurde zur Erreichung eines Zieles benutzt.

Neben der hohen Leistungs- und Verantwortungsbereitschaft war dies ein weiterer wiederkehrender Eindruck, den ich zu Beginn meiner Arbeit mit Herzpatienten gewann: dass sie ihren Körper zur Erbringung von Leistungen benutzten, ohne ihm genügend Pausen und Erholung zu gewährleisten. Das ging so weit, dass Patienten Symptome und Erkrankungen ignorierten und bagatellisierten, trotz Beschwerden zur Arbeit gingen, und sich nicht krankschreiben ließen, weil so viel zu tun sei oder die Kollegen sonst noch mehr belastet seien. Aus den Berichten der Patienten wurde deutlich, dass sie Arztbesuche hinauszögerten, erst zum Arzt gingen, wenn sie „auf dem Zahnfleisch laufen“, und stolz darauf waren, seit Jahren bei keinem Arzt gewesen zu sein und wenig Fehlzeiten auf der Arbeit gehabt zu haben. Dabei spielte die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren oder die Sorge, Andere zu belasten häufig eine entscheidende Rolle. Auffällig war, dass sie sich anscheinend mehr Sorgen um Andere, als um sich selbst machten.

Sie schienen bisher ihre Energie aus einer unerschöpflichen Quelle bezogen zu haben und nun entdecken zu müssen, dass ihre Kraft endlich ist. Ihre mangelnde Selbstfürsorge wurde in

häufigen Grenzüberschreitungen sichtbar: trotz negativer körperlicher und psychischer Symptome gingen sie weiterhin zur Arbeit, verwehrten Anderen nicht ihre Hilfe, brachten weiter vollen Einsatz, halsten sich weitere Aufgaben auf und vernachlässigten gleichzeitig Bewegung, soziale Aktivitäten und Erholung.

Ich sah mich deshalb häufig veranlasst, Partei für den Körper meiner Patienten zu ergreifen und für dessen Leistungsgrenzen. Ich ermahnte meine Patienten, häufiger an sich selbst zu denken. Ich sagte ihnen, dass sie Grenzen übergangen hätten, predigte ihnen förmlich, dass sie auf diese achten und sie einhalten müssten.

Mit Männern kam es häufiger zu Streitgesprächen, vor allem in Gruppenveranstaltungen, in denen das Thema Stressabbau vorkam. Sie warfen mir wiederholt vor, ich wüsste ja nicht, wie es draußen in der Realität sei. Sie vertraten die feste Überzeugung, dass man am Arbeitsplatz nicht Nein sagen könne, weil dieser dann gefährdet wäre und man heutzutage nichts Neues fände. Große Sorgen waren spürbar, den Arbeitsplatz zu verlieren und sozial abzustiegen. In solchen Situationen hatte ich das Gefühl, dagegen halten und widersprechen zu müssen, um Hoffnung zu verbreiten. Dies führte jedoch in der Regel zu einer verstärkten Ablehnung von Entlastungsvorschlägen.

Zu Beginn meiner Tätigkeit fühlte ich mich häufig unter Druck, meinen Patienten eine Antwort liefern zu müssen und hatte oftmals den Eindruck, nicht genug für meine Patienten getan zu haben, was mir das Gefühl gab, jung und unerfahren zu sein. Ich fühlte mich wiederholt abgelehnt und aus Sicht meiner Patienten fern von der Realität.<sup>3</sup>

Damals schob ich meine Empfindungen auf meine junge Erscheinung und berufliche Unerfahrenheit zurück. Erst später erfuhr ich, dass solche Gefühle von Helfern bei der Arbeit mit Herzpatienten schon häufiger in der Literatur beschrieben worden waren und ein bekanntes Phänomen sind.

Die Schilderungen meiner Patienten lösten bei mir Assoziationen zu bestimmten Redewendungen aus, die ihre charakteristische Haltung/Lebensphilosophie widerzuspiegeln schienen:

„Erst die Arbeit, dann das Vergnügen!“

„Lebe ich, um zu arbeiten, oder arbeite ich, um zu leben?“

„Ganz oder gar nicht!“

„Was Du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf Morgen!“

„Wer rastet, der rostet!“

Aus den Äußerungen meiner Patienten wurde deutlich, dass die Menschen in ihrer näheren Umgebung sie i.d.R. folgendermaßen charakterisierten: verantwortungs- und pflichtbewusst,

---

<sup>3</sup> Hierbei handelt es sich um das Phänomen der Gegenübertragung. Diese bezeichnet man in der Psychoanalyse als die spezifische emotionale, nicht neurotische Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten. Bei der Übertragung werden frühere Beziehungserfahrungen reaktiviert und alte Gefühle, Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen aus der Kindheit unbewusst auf neue soziale Beziehungen übertragen. Mittels der Aufarbeitung der Übertragung und Gegenübertragung können komplexe Beziehungssituationen und alte Konflikte des Patienten unmittelbar in der Patient-Therapeut-Beziehung erlebbar und dadurch bewusstseinsfähig sowie kommunizierbar gemacht werden.

hilfsbereit, zuverlässig, belastbar, aktiv, engagiert, selbstständig, angenehm, ordentlich, ehrgeizig, schnell...

Wenn jedoch meine Patienten die Symptome schilderten, unter denen sie bereits vor der Diagnose ihrer Herzerkrankung teilweise schon seit Monaten bis Jahren litten, dann entstand bei mir der Eindruck, dass dieser Lebensstil seinen Preis fordert: zunehmende Gefühle der Überforderung und Erschöpfung, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, sorgenvolles Grübeln, Nicht-mehr-abschalten-können, Freud- und Antriebslosigkeit, Gereiztheit und Aggressivität, Kopf- oder Rückenschmerzen, Tinnitus, Hörsturz, Vernachlässigung von sozialen Aktivitäten, Hobbies, Freunden und Bewegung.

Ich zog also aus den Schilderungen meiner Patienten und meinen Beobachtungen das Resümee, dass meine Patienten viel Verantwortung übernahmen, viel leisteten, häufig negative Erwartungen hatten und wenig auf ihre körperlichen Grenzen achteten, was auf Dauer zur vitalen Erschöpfung und körperlichen Erkrankung führte.

Daraufhin sammelte ich für mich diese Leitthemen, benannte sie als persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren der Koronaren Herzkrankheit und präsentierte sie gelegentlich den Patienten in einer der Gruppenveranstaltungen:

- Hohes Pflicht- / Verantwortungsgefühl
- Hohe Leistungs- / Hilfsbereitschaft
- Nicht Nein sagen können (sich nicht abgrenzen können)
- Die Maske (sich nicht offenbaren, keine Schwäche zeigen)
- Trennung von Kopf und Körper
- Perfektionismus
- Einzelkämpfer (alles alleine machen, Andere nicht belasten)
- Großes Harmoniebedürfnis
- Katastrophenbilder / Erwartung negativer Konsequenzen (z.B. Arbeitsplatzverlust)

Viele Patienten fanden sich in diesem Schema wieder. Manche hatten Schwierigkeiten, sich in ein solches Schema „pressen zu lassen“, äußerten offen, dass sie sich hierin nicht wiederfänden. Auch mir schienen einige Patienten an einigen Punkten aus meinem Modell herauszufallen. Erst später gelang es mir, diese scheinbaren Widersprüche in mein Modell zu integrieren. Hierauf werde ich in den Kapiteln 8 und 9 näher eingehen.

#### 4. Logotherapie und Existenzanalyse: das Konzept der personal-existenziellen Grundmotivationen nach Längle

„Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu verantworten hat.“

Viktor Frankl <sup>4</sup>

Im Jahre 2005 begann ich meine Ausbildung zum Berater in Logotherapie und Existenzanalyse, die mir viele neue Impulse für meine Arbeit gab.

Logotherapie (abgeleitet vom griechischen logos = der Sinn) und Existenzanalyse ist eine um 1930 vom Wiener Psychiater und Neurologen Viktor E. Frankl (1905 - 1997) begründete Psychotherapieform. Als theoretischer Hintergrund sind vor allem die Existenzphilosophie und Phänomenologie zu nennen. Sie werden deshalb der Gruppe der humanistisch-existenziell orientierten Verfahren zugeordnet.

Frankl geht von der Annahme aus, dass der Mensch existenziell auf Sinn ausgerichtet ist und nicht erfülltes Sinnerleben zu psychischen Krankheiten führen kann. Im Gegensatz zur Psychoanalyse nimmt Frankl in besonderer Weise die geistige Dimension des Menschen in den Blick und betrachtet dessen Streben nach Sinn im Leben als primäre Motivationskraft.

Seit Ende der 1980er entwickelt der Wiener Frankl-Schüler Alfried Längle die Grundkonzepte Frankls phänomenologisch weiter und bezieht insbesondere die Emotionalität und die Biographie in die Psychotherapiearbeit mit ein. Längle betrachtet nicht mehr länger die Sinnthematik als die zentrale Motivationsdynamik des Menschen, sondern versteht sie als eine von insgesamt vier existenziellen Grundmotivationen, der drei andere vorausgehend sind.

Das Ziel existenzanalytischer Psychotherapie ist es, „der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen. ... den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können“ (Längle und Holzhey-Kunz 2008, S. 71).

Besonders das Konzept der vier Grundmotivationen verschaffte mir ein neues, vertiefendes Verständnis für die Innenwelt meiner Patienten. Von daher werde ich es im Folgenden ausführlicher darstellen: Im Verständnis der Existenzanalyse steht der Mensch als biologisches, psychisches und geistig-personales Wesen in einem unablässigen Austausch mit der Welt und sich selbst. Dabei bezieht sich der Austausch auf Themenbereiche, denen der Mensch nicht ausweichen kann.

---

<sup>4</sup> Österreichischer Psychiater (1905 - 1997). Aus: Frankl 1948, S. 48.

So muss sich der Mensch mit der Tatsache abfinden, dass sich unser Leben in dieser **Welt** vollzieht, er hat ihre Bedingungen zu erkennen und anzuerkennen.

Eine zweite unumstößliche Tatsache ist, dass der Mensch lebt, dass er ein **Leben** hat.

Ein weiteres Faktum ist, dass Existenz von einem Ich gelebt wird, das als **Person** über ein Selbstsein verfügt.

Und letztlich ist unser Dasein als Mensch mit der Tatsache verbunden, dass nichts bleibt wie es ist, sich alles in einem unablässigen Fluss der **Veränderung** befindet.

Diese vier Grundstrukturen der Existenz stellen uns vor Herausforderungen. Längle beschreibt, „dass erfüllte Existenz ihren Grund hat

- in der *Akzeptanz* der Realität,
- in der *Zuwendung* zu Beziehungen und Werten,
- im *Respekt* der Individualität (der eigenen wie der der Anderen)
- in der *Abstimmung* mit dem Sinn, mit dem, was werden soll“ (Längle 2002, S. 3/7; Hervorhebung im Original).

Aus diesen Grundbedingungen lassen sich vier existenzielle Grundfragen an den Menschen ableiten, die ihm eine vierfache Einwilligung abverlangen:

Ich bin – *kann* ich sein?

Ich lebe – *mag* ich leben?

Ich bin ich – *darf* ich so sein?

Ich bin da – wofür *soll* ich da sein?

## **Die vier Grundmotivationen und ihre Voraussetzungen**

### **1. Grundmotivation: Ich bin – kann ich sein?**

Kann der Mensch unter diesen seinen Bedingungen und mit diesen seinen Möglichkeiten überhaupt in dieser Welt sein? Um sein zu können inmitten der Bedingungen der Realität und ihrer Gesetze bedarf es dreier Voraussetzungen: **Schutz, Raum** und **Halt**.

Wo habe ich Schutz (körperlich, psychisch) durch Bezugspersonen erfahren? Wurde mir Raum gewährt für meine Entwicklung? Habe ich Halterfahrungen gemacht mit mir, mit anderen Menschen (z.B. Gesundheit, Verlässlichkeit)?

Wenn ein Mensch solche positiven Erfahrungen gemacht hat und sich grundsätzlich geschützt, sicher und gehalten fühlt, entsteht daraus das **Grundvertrauen** als Basis für sein Dasein.



## 2. Grundmotivation: Ich lebe – mag ich leben?

Um leben zu mögen und bewegt zu sein, bedarf es wiederum dreier Voraussetzungen: **Beziehung, Zeit und Nähe.**

Hat ein Mensch die Erfahrung des In-Beziehung-Tretens gemacht durch Bezugspersonen, Werte (z.B. Natur) oder auch sich selbst, indem ihm Zeit gewidmet wurde, eine Nähe zu ihm hergestellt wurde? Wenn dem so war, so gelingt es auch ihm, in Beziehung zu sich selbst und Anderen zu treten und so kann er den Wert des Lebens an sich wahrnehmen: den sogenannten **Grundwert.**

## 3. Grundmotivation: Ich bin ich – darf ich so sein?

Um das Gefühl zu haben, selbst sein zu dürfen, braucht es die drei folgenden Bedingungen: **Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung.**

Hat ein Mensch die Erfahrung gemacht, dass er im Eigenen gesehen, geachtet und gerecht behandelt wurde, dann entsteht in der Abgrenzung zum Anderen (Das bin ich, das bist Du) das Selbstbild. Daraus entwickelt sich ein Gefühl des eigenen Wertes, entstehen eigene Werte. Diese geben ihm ein Gefühl für das für ihn Richtige, auf dessen Grundlage der Mensch Recht von Unrecht unterscheidet. Er beurteilt sein eigenes Handeln und das Handeln Anderer anhand seiner Werte. Das festigt sein Selbstbild, stärkt den **Selbstwert.**

## 4. Grundmotivation: Ich bin da – wofür soll ich da sein?

Bei unserem Streben nach Sinn und Erfüllung bedarf es ebenfalls dreier Voraussetzungen: **Strukturzusammenhang, Tätigkeitsfeld und Wert in der Zukunft.**

Zum einen braucht es einen Kontext, in dem der Mensch eingebunden ist, z.B. Familie, Arbeitsplatz, Natur etc. Zum anderen benötigt der Mensch ein Tätigkeitsfeld, das mit Verantwortung verbunden ist und ihm Aufgaben stellt, Erlebnismöglichkeiten bietet und Einstellungen abverlangt. Durch das Handeln des Menschen auf der Grundlage eines in die Zukunft gerichteten Wertes entsteht nach und nach sein Lebenswerk. So erlebt der Mensch Erfüllung und ein Gefühl des Aufgehoben-Seins. Dies verhindert die Entstehung eines existenziellen Vakuums/einer Leere in ihm, und somit erlebt er für etwas/jemanden zu sein, **Lebenserfüllung (existenzieller Sinn).**<sup>5</sup>

### Die personalen Grundaktivitäten der einzelnen Grundmotivationen

Diese vier Grundbedingungen der Existenz fordern den Menschen zu einer angemessenen Haltung ihnen gegenüber und einem daraus resultierendem Handeln heraus. Dies gibt dem Menschen andererseits Gelegenheit, aktiv auf sie einzuwirken und sein Leben stimmig zu gestalten. So stellen sich aus Sicht der Logotherapie und Existenzanalyse die Fragen: Was

---

<sup>5</sup> Interessanterweise weist Längles Konzept der vier Grundmotivationen große Ähnlichkeit mit Konzepten auf, die in anderen psychotherapeutischen Zusammenhängen entwickelt wurden. Nach der Konsistenztheorie von Klaus Grawe (2000, 2004), der sich an den amerikanischen Persönlichkeitspsychologen Seymour Epstein anlehnt, hat jeder Mensch vier Grundbedürfnisse (Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/-schutz) nach deren Befriedigung er strebe. Jeffrey Young et al. (2005) postuliert im Rahmen seiner Schematherapie fünf dem sehr ähnelnde emotionale Grundbedürfnisse.

braucht es, um zu einem erfüllten Leben zu kommen? Wozu fordert die Situation/das Leben diesen Menschen heraus? Was braucht es von ihm? Was fehlt ihm dazu? Was behindert ihn darin?

## 1. Grundmotivation: Ich bin – kann ich sein?

Die basalen Formen des Könnens sind **Aushalten** und **Annehmen**. Beides sind Formen des „Sein-Lassens“. Nach Längle ist „Aushalten die Bereitschaft, ‚da zu sein‘ und nicht zu weichen. Das bedeutet, die Kraft zu haben, dem Schweren, Ängstigenden, Problematischen usw. einen Widerstand entgegenstellen zu können; zu ‚tragen‘, was (noch) nicht zu ändern ist, z.B. einen Schmerz, eine Unsicherheit“ (Längle 2008, S. 35).

Annehmen ist demgegenüber neben dem Aushalten von etwas auch dessen Akzeptanz. Man stellt sich der Realität und lässt abweichende Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche los. Aus diesem, sich dem, was ist zu unterwerfen und es als das, was es ist anzunehmen, entsteht innere Zustimmung.

„Etwas sein zu lassen kann man aber nur, wenn das eigene Dasein dabei nicht in Gefahr gerät (z.B. kann man eine Kündigung schwer annehmen oder aushalten, wenn man das Gefühl bekommt, sie bedeute den finanziellen oder sozialen Ruin). Annehmen bedeutet: Es kann sein – ich kann sein – wir können beide sein: nebeneinander, vielleicht miteinander, ‚trotzdem‘. Annehmen bedeutet im Kern die Akzeptanz des Daseins einer Sache, eines Verhaltens, eines Menschen: Ich kann es (dich) sein lassen, wenn (du) mich sein lässt“ (Längle und Bürgi 2014, S. 84).

## 2. Grundmotivation: Ich lebe – mag ich leben?

Um zu mögen bedarf es, sich vom Leben berühren zu lassen, eine innere Beziehung zum Leben zu finden: sich dem Wertvollen des Lebens **zuzuwenden**, aber sich auch seinen Belastungen und Verlusten zu stellen, zu **trauern** angesichts des Verlustes von Wertvollem.

Zuwendung bedeutet Öffnung, bedeutet, eine Beziehung zum jeweiligen Menschen oder Objekt einzugehen, d.h. sich vom Wert berühren zu lassen und das subjektive Gefühl zu bergen. Dabei kann der Mensch sich angezogen oder abgestoßen fühlen. Das bringt die eigene Lebenskraft (Vitalität) im Menschen in Bewegung, lässt für ihn die Dinge und das eigene Dasein erlebbar und lebendig werden.

„Zugleich bringt die Lebendigkeit aber auch das Empfinden von Leid, Schmerz und der Schwere des Lebens mit sich. Das stellt den Menschen vor Unliebsames, Wertloses, vor Verluste und Belastungen, die mit dem Leben, den Werten und den Beziehungen verbunden sind und mit denen er sich auseinandersetzen muss, um leben und lieben zu können. In der Zuwendung zum Unwerten, Leidvollen oder einem Wertverlust, entsteht das Gefühl der Trauer“ (Längle und Bürgi 2014, S. 97).

Indem der Mensch sich in der Trauer seinem Leid stellt, den Schmerz spürbar werden lässt und zu seinem eigenen macht, ist er der Trauer nicht mehr zur Gänze hilflos ausgeliefert. „Trauern bedeutet ein Halten der Beziehung, ein In-Fühlung-zum-Erlebten-Treten oder – Bleiben, ...“ (Längle 2008, S.41).

### 3. Grundmotivation: Ich bin ich – darf ich so sein?

Um sein zu dürfen, bedarf es eines offenen Hinsehens zu sich und einer Akzeptanz des Eigenen, indem man zu dem steht, was man tut oder wie man ist. Wem dies gelingt, der „kann sich sehen lassen“ (hat „**Ansehen**“) und kann auch offen auf den Anderen schauen. In der **Begegnung** mit sich und/oder mit dem Anderen zeigt sich der Mensch in seinem eigenen Wesen. Indem er sich und Andere ernst nimmt, sich mit dem, was er will oder nicht will, zeigt, grenzt er sich zudem ab. Durch dieses **Abgrenzen** wird die Person sichtbar, wird der Mensch zum Individuum.

Für den Fall, dass man etwas tut (tat), zu dem man selbst nicht stehen kann, stellt **Bereuen** die personale Aktivität dar. Damit gewinnt sich der Mensch selbst wieder, weil er sich eingesteht, dass er „so nicht sein mag“, da es seinem Wesen nicht entspricht. Er distanziiert sich von seinem eigenen Verhalten.

Widerfährt einem Unrecht durch Andere, so besteht die personale Überwindung im **Verzeihen**. Verzeihen bedeutet, jemanden aus der Schuld zu entlassen, keine Forderungen (Genugtuung, Wiedergutmachung) mehr an ihn zu stellen. Man hat nicht mehr eine „Rechnung offen“, man kann es lassen, man kann zur Ruhe kommen (Vgl. Längle 2008).

### 4. Grundmotivation: Ich bin da – wofür soll ich da sein?

Um Sinn zu erfahren, benötigt es die Möglichkeiten und Anforderungen des Lebens (Werte, auf die nicht verzichtet werden kann, soll oder darf) mit den strukturellen Voraussetzungen des eigenen Könnens, Mögens und Dürfens abzugleichen. In der vierten Grundmotivation steckt darüber hinausgehend die Frage nach dem weiteren Horizont: Ist das, was werden soll, auch gut für Andere, für die Zukunft, für die Gemeinschaft?

Gelingt es dem Menschen zu erkennen, was die Situation von ihm fordert („erwartet“) und sich mit ihrem Anspruch abzustimmen, sich also in innere **Übereinstimmung** zu bringen mit dem, was ansteht, dann ist er bereit zu **handeln**, d.h. aktiv und entschieden seine Kraft für eine Veränderung einzusetzen. Indem der Mensch sich auf das einlässt, was der Moment, die Situation „braucht“ und entschieden handelt, d.h. indem er mit innerer Zustimmung handelt, kommt es zur **Hingabe**. Nicht das Hergeben für einen Zweck ist gemeint, sondern das Sich-Hingeben an etwas Sinnvolles.

#### Coping-Reaktionen

Der Einsatz dieser Grundfähigkeiten in der jeweiligen Grundmotivation wirkt sich für die Person wiederum stärkend auf die Voraussetzungen in der jeweiligen Grundmotivation aus (Feedback-Schleife). Wenn jedoch die spezifischen Voraussetzungen fehlen bzw. nicht gelebt werden können, um den personalen Grundaktivitäten zu folgen, übernimmt die psychische Dynamik die Führung, um das (physische, psychische bzw. personale) Überleben zu gewährleisten (Vgl. Kapitel 5). Solche reflexartig, automatisch ablaufenden Schutz- und Überlebensreaktionen werden als „Coping-Reaktionen“ bezeichnet: „In ihnen geht es primär um die Sicherung des Überlebens, nicht um eine ursächliche Bearbeitung von Problemen oder um ein Der-Situation-Gerechwerden. (...) diese Reaktionen setzen nicht aufgrund objektiver Bedrohung oder Belastung ein, sondern allein aufgrund subjektiv empfundener Existenzbedrohung“ (Längle 2008, S. 31).

Sie finden sich in allen vier Grundmotivationen und können jeweils in vier Stufen, je nach Schweregrad der Belastung/Bedrohung, eingeteilt werden: in eine Grundbewegung (z.B. Vermeidung bei Angst), gefolgt von einem Aktivismus, der eine paradoxe Reaktionsweise darstellt (Gegenankämpfen). Führen diese beiden Reaktionen nicht zu einer Sicherstellung des Daseins oder wird die Belastung/Bedrohung von vornherein als intensiver empfunden, so setzen aggressive Reaktionen ein (bspw. Hass). Letztlich folgt ein dem Totstellreflex ähnliches Verhaltensmuster (z.B. Lähmung).

In jeder Grundmotivation zeigen sich spezifische Reaktionsmuster, so werden ängstliche, depressive, hysterische und dependente Coping-Reaktionen unterschieden, von denen auf die betroffenen Störbereiche in den Grundmotivationen rückgeschlossen werden kann (siehe Tabelle 2, S. 20).

Diese Coping-Reaktionen bestehen häufig aus unflexiblen und unangepassten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen, wodurch sie wiederum die Fähigkeit zur Anwendung personaler Aktivitäten blockieren: „Als Reaktionsmuster laufen sie jedoch relativ spontan und autonom ab, ihnen fehlen also die Momente der Freiheit und der personalen Stellungnahme im Handlungsvollzug“ (Kolbe 2010, S. 49).

Wenn diese Reaktionsmuster wiederholt angewendet werden und man etwas tut, was man nicht will, d.h. wozu man keine innere Zustimmung hat (bewusst oder unbewusst), dann werden diese als fixierte Coping-Reaktionen bezeichnet. Solche fixierten Verhaltensmuster werden häufig früh erworben und gehen in die Persönlichkeit über. Sie spiegeln eine Haltung dem Leben gegenüber wider, egal, ob dem Menschen diese Haltung bewusst ist, und zeigen seine Auffassung vom Leben. Wir können dann auch von einer nicht-existenziellen Lebenshaltung oder einer existenziellen Fehlhaltung sprechen.

Der Frage, wie eine solche existenzielle Fehlhaltung zur Ausbildung einer spezifischen körperlichen Erkrankung beitragen kann, werde ich in den folgenden Kapiteln nachgehen.

**Tabelle 1: Die vier Grundmotivationen (GM), ihre Voraussetzungen und Aktivitäten**

		Voraussetzungen	Grundgefühl bei einer Störung	Aktivität
1. GM Welt- bezug	Dasein- KÖNNEN  „Ich bin – kann ich sein?“	Halt, Schutz, Raum	Ängstlich	Aushalten, Annehmen, Los-lassen
2. GM Lebens- bezug	Wertsein- MÖGEN  „Ich lebe – mag ich leben?“	Nähe, Zeit, (Vor-) Beziehung	Depressiv	Zuwenden, sich berühren lassen, trauern, Nähe halten
3. GM Selbst- bezug	Selbstsein- DÜRFEN  „Ich bin ich – darf ich so sein?“	Be-Achtung, Gerechtigkeit, Wertschätzung	Hysterisch	Ansehen, Begegnen, Abgrenzen, Bereuen / Verzeihen
4. GM Sinn- bezug	Sinnvolles – WOLLEN  „Ich bin da – wofür soll ich da sein?“	Tätigkeitsfeld, Strukturzusammenhang, Wert in der Zukunft	Dependent	Sich in Übereinstimmung bringen, handeln, hingeben

(Vgl. Kolbe 2018)

**Tabelle 2: Die Coping-Reaktionen der vier Grundmotivationen**

	Grundgefühl bei einer Störung	Grundbewegung	Paradoxe Bewegung / Aktivismus	Abwehrbewegung / Aggression	Totstellreflex
1. GM „Ich bin – kann ich sein?“	Ängstlich	Vermeidung oder Flucht	Auflehnung und Ankämpfen	Hass (Destruktion)	Aktionsaufschub, Lähmung
2. GM „Ich lebe – mag ich leben?“	Depressiv	Rückzug (Regression)	Leisten, entwerten, regroupieren	Wut (beziehungs-suchend)	Resignation, Abschalten durch Erschöpfung
3. GM „Ich bin ich – darf ich so sein?“	Hysterisch	Auf Distanz gehen	Flucht nach vorne , Rechtfertigung, „Übersprungbewegung“	Trotz, Zorn, Ärger (Unduldsame, aufbrausende, trotzige Aggression)	Spaltung und Dissoziation, Leugnung
4. GM „Ich bin da – wofür soll ich da sein?“	Dependent	Provisorische Lebenshaltung	Provokation, Idealisierung / Fanatismus	Zynismus / Sarkasmus	Nihilismus, Betäubung

## 5. Existenzanalyse und Psychosomatik

„Es geht nicht um Krankheiten, es geht um kranke Menschen.  
Körperliches und Seelisches können einander vertreten,  
nichts Psychisches hat keinen Leib, nichts Leibliches hat keinen Sinn;  
der Ausbruch von Krankheiten erfolgt in biografisch sinnvollen Situationen.  
Es geht daher um das Aufmerksam-Werden für Sinn und Bedeutung  
der Krankheiten im Leben des Patienten“  
Viktor von Weizsäcker <sup>6</sup>

Das Menschenbild der Existenzanalyse beruht auf der abendländischen Tradition, die seit den Griechen drei Aspekte des Menschseins beschreibt: Leib, Seele und Geist (soma, psyche, nous).

Dabei repräsentiert der Körper das Materielle am Menschen. Die Psyche steht für Triebe, Stimmungen, Persönlichkeitszüge, Affekte sowie Coping-Reaktionen, während der Geist die Offenheit des Menschen zur Welt und sich selbst darstellt: Freiheit (Entscheidung, Wille) Verantwortung, Sinn, Gespür.

Das heute in der Medizin und Psychologie häufig verwendete Bild des Menschen als „bio-psycho-soziale Einheit“ hebt aus Sicht der Existenzanalyse nur einen Aspekt der Geistigkeit (Personalität) hervor, nämlich jenen des Umgangs mit der sozialen Welt. Hingegen werden andere Aspekte des Personseins nicht berücksichtigt: die Beziehungsfähigkeit zur Umwelt, zur Innenwelt („Eigenwelt“, Authentizität), zur Überwelt (Transzendenz) sowie die expliziten personalen Fähigkeiten wie Freiheit (Stellungnahme, Entscheidungsfähigkeit), Streben nach Sinn, Gewissen und Verantwortlichkeit (Vgl. Längle 2013, S. 173).

Diese drei Dimensionen des Menschseins führen uns wieder zu den Polen der Existenz (Grundbedingungen), aus denen für den Menschen Aufgaben entstehen, in die sein Dasein eingespannt ist.

Die Existenz des Menschen liegt zwischen den Polen:

- Gesundheit und Krankheit: auf der körperlichen Ebene geht es um die Erhaltung der Gesundheit und das Zurechtkommen mit Krankheiten.
- Lust und Unlust: Die psychische Ebene hat die Aufgabe, die Vitalität und Lebenskraft zu erhalten, Informationen über den Zustand des Körpers, der Befindlichkeit und des geistigen Lebensvollzugs in Form von Gefühlszuständen und Impulsen zusammenzutragen.
- Erfüllung und Leere: auf der geistig-personalen Ebene geht es um Hingabe und das Gestalten einer als sinnvoll empfundenen Zukunft, mithin um den Vollzug des eigenen Daseins (Vgl. Längle & Bürgi 2014, S. 33).

---

<sup>6</sup> Deutscher Mediziner (1886 - 1957). Aus: Bukovski 2012, S. 91.

Die Psychosomatik beschäftigt sich mit der Wechselwirkung zwischen den psychisch-geistigen Kräften und der materiellen Substanz.

Psychisches und Geistiges sind dabei mit dem Körperlichen vergleichbar, entsprechen sich in den Prozessen. So ist z.B. die Informationsaufnahme oder das psychische Verarbeiten von Konflikten vergleichbar mit Essen und Verdauen (Informationen werden „in kleinen Bissen“ aufgenommen oder Konflikte werden „verdaut“)(Vgl. Längle 2009, S. 15).

Alle drei Dimensionen sind zeitgleich aktiviert und können dabei differieren, mitunter sogar divergierende Strebungen zeigen: So kann z.B. der Körper müde und kraftlos sein, während die Psyche angespannt und unruhig ist. Das kann zu einem Spannungszustand führen, der keine Erholung zulässt. Erst wenn die Psyche ruhig wird, kann sich der erlösende Schlaf einstellen (Vgl. Längle & Bürgi 2014, S. 32).

Die Dimensionen können sich auch gegenseitig entlasten, wenn in einer Dimension eine Überforderung auftritt. Ist jemand z.B. durch eine mathematische Aufgabe geistig überfordert, kann er Kopfschmerz bekommen und/oder gleichzeitig sehr müde oder lustlos werden. So sind die anderen Dimensionen präsent und stehen jener Dimension bei, die „in Not“ ist, veranschaulichen etwa, was es braucht (z.B. Ruhe/Abstand). Die Hilfe wird durch die aufgaben- und prozessspezifische Unterschiedlichkeit der Dimensionen möglich, so dass das Problem auf einer anderen Ebene in einem neuen Licht sichtbar wird (Vgl. Längle 2009, S. 15).

Die psychische Dimension ist sehr eng mit der somatischen verwoben. Aufkommende Gefühle haben eine körperliche Resonanz und umgekehrt: Die körperliche Verfassung spiegelt auch das psychische Befinden. Wir sind auch körperlich stark und eher gesund, wenn es uns psychisch gut geht, bzw. schwach und kränklich, wenn es uns psychisch schlecht geht. Durch diese enge Verwobenheit kommt der Psyche eine schützende und bewahrende Funktion zu.

Nach Kolbe (2010) hat die Psyche dabei drei Aufgaben zu erfüllen:

1. Die Psyche bringt die vitalen Voraussetzungen der Existenz in ein gefühltes Erleben

Da die Psyche auch mit dem Geistigen im Austausch steht, wird sie zu einem Bindeglied zwischen der geistigen und körperlichen Dimension. Als Wächterin der vitalen Lage achtet sie auf das Überleben und Wohlbefinden des Menschen, indem sie durch eine stetige „Bewertung“ des Erlebens in den Kategorien „angenehm“ und „unangenehm“ körperliche, psychische und geistige (Mangel-) Zustände abbildet und den Menschen auf eine potenzielle, vielleicht sogar vital-bedrohliche Not aufmerksam macht.

2. Weiterhin repräsentiert die Psyche das Erleben des In-der-Welt-Seins im Sinne der Gestimmtheit

Die Psyche bildet die körperliche, psychische und geistige Verfassung (Befindlichkeit) ab. Dabei spiegelt sie die vitale Lage wieder, indem sie zeigt, ob wir uns belastet, bedroht, glücklich oder freudig fühlen.



### 3. Die dritte Funktion ist die der Mobilisierung der Kräfte

Mittels zweier Mechanismen setzt sich die Psyche dafür ein, Vitalität und Überleben zu gewährleisten. Zum einen durch Wachsamkeit für das Bedrohte, zum anderen durch das Ausbilden von Copingreaktionen (Vgl. Kapitel 4). „Psychische Krankheit ist somit ein Verweis, existentiell Relevantes zu schützen – jedoch mit einem Mangel an Personalität“ (Kolbe 2010, S. 48).

Allgemein ist zu sagen, dass die Psyche spezialisiert ist auf das Wohlbefinden und Überleben, während das Geistige die überdauernden und gemeinschaftlichen Werte im Auge hat (Vgl. Längle & Bürgi 2014, S. 33f).

Dem Körper kommt eine tragende Rolle im Lebensvollzug zu, denn unser Leben ist uns nicht anders als körperlich vermittelt, es geschieht leibhaftig. Außerdem ist für die Praxis wichtig, dass man über den Körper auch einen Zugang zum Psychischen hat (z.B. Essen, Sport, Massage, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Körpertherapie). Auch das Geistige kann über den Körper erreicht werden (so bekommen viele beim Joggen einen freien Kopf und gute Ideen) (Vgl. Längle 2009, S. 17).

Existenz als ganzheitliches Sein stellt somit ein komplexes Geschehen dar, weil wir die drei Dimensionen gleichzeitig als zusammengehörend und als „getrennt“ denken müssen.

### **Das psychosomatische Störungsmodell der Existenzanalyse**

Unter einem psychosomatischen Störungsbild wird der pathogene Einfluss der Psyche auf den Körper verstanden. Psychische Konflikte, Probleme, Leiden, Defizite werden nicht auf der Ebene der Psyche gehalten und psychisch-geistig verarbeitet, sondern „konvertieren“, wie Freud schon sagte, zu körperlichen Dysfunktionen und Störungen, deren Zusammenhang mit der Psyche oftmals nicht mehr ersichtlich ist.

Nach Längle hängt das zentrale Problem bei psychosomatischen Störungen ganz offensichtlich mit einem **Problem im Fühlen** und des **Sich-Abstimmens in der Auseinandersetzung mit den Belastungen** zusammen:

In der zweiten Grundmotivation geht es um den Bezug zum Leben und seinen Werten. Dies geschieht durch das Fühlen. In der dritten Grundmotivation geht es um das Eigene und die Abgrenzung. Auch dazu bedarf es eines Gefühls, nämlich des Spürens der Stimmigkeit. Beide Gefühlsfähigkeiten scheinen bei psychosomatischen Störungen behindert zu sein. Es besteht „keine gefühlte Beziehung zu den Werten und keine gespürte Beziehung zum Eigenen, zum persönlich Wichtigem“ (Längle 2009, S. 22).

Hingegen sind die Fähigkeiten der anderen Grundmotivationen nicht blockiert. Der sachliche Realitätsbezug zur Außenwelt und das Empfinden des Haltgebenden in der 1. Grundmotivation sind weiterhin vorhanden.

„Ebenso scheint die Fähigkeit der 4. Grundmotivation, Zusammenhänge zu erkennen, größere Kontexte zu sehen und sich darin zu bewegen, grundsätzlich erhalten zu sein. Allerdings gerät diese Fähigkeit ohne Abstimmung mit dem eigenen Fühlen und Spüren zu einer mehr funktionalen, zweckorientierten Bezugnahme, der die innere, gefühlte Beteiligung fehlt“ (Längle 2009, S. 21).

Durch die Defizite in der 2. und 3. Grundmotivation kommt es kompensatorisch zu einem verstärkten Einsatz der 1. und 4. Grundmotivation, der aber ohne Aktivierung der 2. und 3. Grundmotivation funktional bleibt und zur Somatisierung führt. Die beim Vorliegen einer Störung in der 2. bzw. 3. Grundmotivation auftretenden Grundgefühle wie Depression und Hysterie scheinen sich wegen ihrer Gegenläufigkeit mit einer gegenseitigen Hemmung zu beeinflussen. So erscheinen beide Störungen durch ihre Wechselwirkung in larvierter, d.h. verdeckter Form.

Die psychosomatische Störung wird in der Nähe der Persönlichkeitsstörungen angesiedelt, bei der zwei Grundmotivationen betroffen sind. Während jedoch bei Persönlichkeitsstörungen jeweils eine Grundmotivation den Störungsschwerpunkt darstellt, sind in der Psychosomatik die Themen von zwei Grundmotivationen gleich schwer beeinträchtigt. Aus existenzanalytischer Sicht handelt es sich bei der psychosomatischen Krankheit um eine schwere Störung, da sie eine körperliche Krankheit mit zwei psychischen Krankheiten und ihren entsprechenden fixierten Coping-Reaktionen vereint (Vgl. Längle 2009, S. 22).

Wie kann man sich aber nun konkret vorstellen, wie Prozesse/Vorgänge auf der psychischen Ebene zu körperlichen Beschwerden und Erkrankungen führen können?

## 6. Fünf mögliche Mechanismen, wie Persönlichkeitsmerkmale gesundheitsfördernd oder -gefährdend wirken

Im Rahmen der Gesundheitspsychologie werden fünf mögliche Mechanismen diskutiert, über die Persönlichkeitsmerkmale eine gesundheitsfördernde oder -gefährdende Wirkung entfalten:

- physiologische Mechanismen
- direkte Verhaltensfolgen
- kognitive und bewältigungsbezogene Mechanismen (indirekte Verhaltensfolgen)
- die Selektion von Umwelten
- das Krankheitsverhalten.

Diese unterschiedlichen Mechanismen schließen sich nicht gegenseitig aus und lassen sich nicht immer genau voneinander unterscheiden. Man kann sogar davon ausgehen, dass je nach Person, Merkmal, Verhalten und Situation alle Mechanismen wirksam werden und sich zu einem komplexen Wirkgefüge verbinden (Vgl. Weber & Vollmann 2005).

### **Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit durch physiologische Reaktionen beeinflussen**

Dieser Ansatz geht davon aus, dass zwischen psychosozialen und physiologischen Vorgängen Beziehungen existieren, die für die Gesundheits- bzw. Krankheitsentwicklung relevant sind.

Mittlerweile hat sich hier ein eigenständiger Zweig für Erkrankungen rund um das Herz-Kreislauf-System etabliert: die kardiovaskuläre Psychophysiologie. Diese beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von psychosozialen und kardiovaskulären Variablen (z.B. Herzfrequenz, Herzratenvariabilität, Blutdruck usw.). Dabei bezieht sie sich vor allem auf die physiologischen Begleitreaktionen von affektiven und kognitiven Prozessen, die mit einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen verbunden sind und erhebliche Auswirkungen auf das autonome Nervensystem, die neuroendokrine, entzündliche oder Gerinnungsaktivität haben können. So ist belegt, dass negative affektive Zustände wie Angst, Stress oder Depressivität mit ungünstigeren kardiovaskulären und neuroimmunologischen Reaktionen einhergehen (Vgl. Weber & Vollmann 2005).

Beispiel: Depression, Herzratenvariabilität und Koronare Herzerkrankung

Besonders gut untersucht ist der Zusammenhang zwischen Depression und Herzerkrankung (in Form von KHK, Herzinfarkt und plötzlichem Herztod). Dabei kommt der Herzratenvariabilität (Schwankung der zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Herzschlägen) eine verbindende Bedeutung zu. Wenn wir uns freuen, schlägt unser Herz schneller, ebenso, wenn wir uns ärgern oder Angst haben: unsere Herzfrequenz steigt. Unser Herzschlag passt sich ständig an unsere Emotionen und an die Umwelt an. Diese Variationen in der Herzfrequenz sind normal und gesund. Ein Zeichen von Krankheit ist es, wenn die Herzratenvariabilität kleiner wird. Das zeigt, dass unser Herz dann weniger „flexibel“ auf innere und äußere Reize reagiert. Bei

einer Depression ist die Herzratenvariabilität verringert, während gleichzeitig die Herzfrequenz erhöht ist. Viele Studien belegen, dass eine Depression das Risiko, herzkrank zu werden, verdoppelt (Vgl. Mück-Weymann 2002).

### **Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über direkte Folgen von Verhalten beeinflussen**

Dieser Mechanismus steht für Verhaltensweisen, die unmittelbar gesundheitsfördernd oder -gefährdend sind und von denen angenommen wird, dass sie mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen einhergehen. Aus den Schilderungen meiner Herzpatienten konnte ich häufig schließen, dass sie ihre Gesundheit der Pflichterfüllung unterordnen. So schilderten einige Patienten trotz eindeutiger Symptome (Schmerzen in der Brust mit ausstrahlendem Schmerz in den linken Arm) zunächst noch zur Arbeit gegangen zu sein, ohne gleich lebensrettende Maßnahmen, wie 112 zu wählen, einzuleiten.

Bei vielen Patienten wird deutlich, dass sie in starkem Maße bestrebt sind, unabhängig zu sein. In der Folge kommt es bei der medizinischen Behandlung zu mangelnder Compliance und werden bspw. Medikamente nicht genommen oder Behandlungen abgelehnt.

### **Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über indirekte Folgen von Verhalten beeinflussen**

Indirekt gesundheitsgefährdend kann beispielsweise ein Verhalten sein, bei dem die Unterstützung Anderer nicht angenommen, oft sogar abgewehrt wird. So zeigen viele Herzpatienten das Bestreben, unabhängig zu sein, Andere nicht belasten zu wollen. Zudem wird Anderen nicht gezeigt, wie belastet man ist, u.a. aus Angst, Schwäche zu zeigen. Die Menschen in der Umgebung gewinnen über die Zeit den Eindruck, derjenige will oder braucht keine Hilfe. Auf Dauer hält dies andere Personen von sozialer Unterstützung ab.

### **Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über die Selektion von Umwelten beeinflussen**

Dieser Mechanismus beinhaltet die Annahme, dass Personen ihren Eigenschaften gemäß gesundheitsfördernde oder -gefährdende Situationen aufsuchen oder schaffen, da diese ihren Bedürfnissen, Zielen oder Fähigkeiten entsprechen. Dabei muss die Gesundheitsrelevanz nicht im Vordergrund der Selektion stehen, sie kann aber eine Folge der aus anderen Gründen aufgesuchten Umwelten sein.

Einige meiner Patienten wählten berufliche Tätigkeiten mit hohem Wettbewerb (z.B. Außendienstmitarbeiter im Verkauf, Führungspositionen). Ein großer Teil der Herzpatienten erlebt zudem am Arbeitsplatz einen starken Konkurrenzkampf um den Erhalt des Arbeitsplatzes, Aufstiegsmöglichkeiten oder Anerkennung und beteiligt sich daran. Die sich daraus oft ergebenden hohen zeitlichen Belastungen führten bei vielen zu negativen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten (Fehlernährung, Bewegungsmangel, keine Pausen, Rauchen, usw.).

Ebenso werden häufig Sportarten mit Wettkampfcharakter gewählt oder eher leistungs- als ausdauerorientiert betrieben (Fußball, Marathon, usw.).

Zudem nutzen viele meiner Patienten ihre Freizeit für ehrenamtliche Tätigkeiten mit hohem sozialem Engagement: z.B. in Vereinen, Jugendsportarbeit, Freiwillige Feuerwehr, Kommunalpolitik. Diese zusätzlichen Aufgaben schmälern die ohnehin geringe Regenerationszeit und führen häufig zu einer Vernachlässigung eigener Interessen.

### **Persönlichkeitsmerkmale können die Gesundheit über das Krankheitsverhalten beeinflussen**

Wie bereits geschildert, konnte ich aus den Berichten meiner Herzpatienten häufig schließen, dass sie ihre Gesundheit anderen Prioritäten unterordnen: So werden Beschwerden häufig ignoriert oder bagatellisiert, Ärzte gar nicht oder spät aufgesucht, ihnen wird nicht alles berichtet, die Patienten lassen sich trotz körperlicher Beschwerden nicht krankschreiben (Erkältung, Grippe, Erschöpfung...), Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen werden nicht wahrgenommen u.v.m.

## 7. Psychokardiologie: Historische und aktuelle Modelle zur Frage von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen bei der Ätiologie von Herzerkrankungen

„Der Kummer, der nicht spricht, nagt leise an dem Herzen, bis es bricht.“

William Shakespeare<sup>7</sup>

Seit Menschengedenken hat das Herz einen besonderen Platz im Leben. Im alten Ägypten galt es als Sitz des Gewissens, im antiken Griechenland stand es für die Gefühle und Leidenschaften. In späteren Jahrhunderten galt es als Sitz der Seele, als Zentrum von Mut und Lebenskraft, der Gefühle und der Liebe. Lange schon dient es Sängern und Dichtern, Bildhauern und Malern als emotionales Wahrzeichen.

Auch viele Volksweisheiten und Redewendungen verwenden das Herz, um Lebenserfahrungen, typische Gemütszustände sowie Eigenschaften treffend und einfach zum Ausdruck zu bringen. Dabei weiß der Volksmund schon lange um den Zusammenhang zwischen dem, was den Menschen bewegt, und den Regungen seines Herzen. Das wird in solchen Redensarten deutlich wie: „etwas auf dem Herzen haben“, „sich etwas zu Herzen nehmen“, „es fällt einem ein Stein vom Herzen“, „seinem Herzen Luft machen“, „das Herz schlägt einem bis zum Halse“, „aus seinem Herzen eine Mördergrube machen“, „es bricht einem das Herz.“

Die Psychokardiologie dagegen ist eine relativ junge Fachrichtung. 1998 gründeten namhafte deutsche Forscher den Runden Tisch „Statuskonferenz Psychokardiologie“. Sie veröffentlichten zwischen 2000 und 2004 14 Monographien zu Teilgebieten der Psychokardiologie und erstellten erstmals eine Systematisierung und Evaluation der Wissensbestände über psychosoziale Faktoren und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Rehabilitation koronarer Herzerkrankungen. Im deutschsprachigen Raum erschien 2008 das erste Fachbuch von Herrmann-Lingen, Albus & Titscher: „Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen.“

Die Psychokardiologie beschreibt somit die Wechselwirkung zwischen Herz und Psyche und ist die Schnittstelle zwischen Psychosomatik und Kardiologie.

Inzwischen besteht weltweit in der interdisziplinären Forschung Konsens, dass hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Bewältigung der Koronaren Herzerkrankung psychosoziale Faktoren von zentraler Bedeutung sind.

---

<sup>7</sup> Englischer Dramatiker (1564 - 1616). Aus: Macbeth, IV. Akt, 3. Szene.

Führende deutsche Psychokardiologen zählten entsprechend in ihrem 2013 erschienen „Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie“ die folgenden psychosozialen Risikofaktoren als gesichert auf:

- ein niedriger sozialer Status (gemessen an Schul- und Berufsausbildung, familiärem Einkommen oder einer niedrigen Position in der beruflichen Hierarchie)
- mehrjährige Schichtarbeit in Verbindung mit Nachtarbeit oder exzessive Überstunden
- soziale Isolation und Mangel an sozialer Unterstützung
- bei Frauen erhöhen vor allem familiäre Konflikte sowie die Doppelbelastung aus Beruf und Familie das Risiko
- chronischer Stress am Arbeitsplatz. Dieser kann vor allem durch eine Kombination hoher Anforderungen und niedrigem Entscheidungsspielraum entstehen („Anforderungs-Kontroll-Modell“ nach Karasek (Karasek & Theorell 1990)) oder durch die Kombination von hoher Verausgabung und verhältnismäßig niedrigen beruflichen Belohnungen („Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ nach Siegrist (1996))
- depressive Erkrankungen sowie das Syndrom der „vitalen Erschöpfung“, bei dem Symptome wie Müdigkeit und starke Antriebstörungen im Vordergrund stehen
- akute, schwere Angst und Angststörungen
- Feindseligkeit und Neigung zu Ärger
- das „Typ-D-Persönlichkeitsmuster“, welches eine überdauernde Tendenz beschreibt, negative Gefühle wie Depressivität, Ängstlichkeit oder Reizbarkeit zu empfinden („negative Affektivität“) und in Kombination mit einer ausgeprägten sozialen Kontakthemmung („soziale Inhibition“) auftritt.

### **Historischer Rückblick**

Bevor ich vertiefend auf die aktuellen Modelle, in denen Persönlichkeitsmerkmale bei der Entstehung einer Herzerkrankung eine Rolle spielen, eingehe, gebe ich einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung historischer Konstrukte. Da die unterschiedlichen Forschungen teilweise parallel oder überlappend stattfanden, ist eine korrekte zeitliche Darstellung nicht möglich. Zunächst werde ich die frühe Entwicklung der psychodynamischen Modelle skizzieren, bevor ich weitere Entwicklungen vorstelle.

### **Psychodynamische Modelle**

Bereits mit Entstehen der modernen Psychotherapie in Form der Psychoanalyse am Beginn des 20. Jahrhunderts beschrieben Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen Auffälligkeiten bei Koronarpatienten und schilderten wiederkehrend ähnliche Beobachtungen.

Ende der 1930er behauptete die amerikanische Medizinerin und Psychoanalytikerin Flanders Dunbar, dass Infarktpatienten eine homogene Gruppe darstellen und weitläufig dieselben

Persönlichkeitszüge haben, durch die sie sich von anderen Populationen in einer spezifischen Weise unterscheiden. Sie hat damit damals entscheidend die entstehende Psychosomatik beeinflusst. Sie beschrieb folgende Merkmale bei Infarktpatienten:

- sie haben ein großes Bedürfnis, ständig aktiv zu sein/Arbeitswut
- sie orientieren sich an weit- und hochgesteckten Zielen
- sie zeigen Zwanghaftigkeit, eine hohe Anpassungsbereitschaft und eine große Kontrolliertheit
- sie neigen zu einer allgemeinen Selbstgerechtigkeit und sozialem Aufstiegsstreben
- sie neigen im Sinne ihrer Kontrolliertheit dazu, sich immer ruhig und gelassen zu zeigen
- sie zeigen eine geringe Neigung zur Introspektion
- sie neigen zur Depression, die aber verleugnet wird
- dem Infarkt geht eine narzisstische Kränkung voraus.

(Vgl. Bardé & Jordan 2003, S. 29f).

Benjamin Bardé und Jochen Jordan sichteten die relevanten psychodynamischen Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit und stellten aus der Forschung bis 1960 folgende Aussagen zu Merkmalskonfigurationen von Koronarpatienten zusammen: Männer (nur diese werden dargestellt und untersucht) mit Koronarer Herzkrankheit haben demnach folgende Eigenschaften, die man als spezifisch ansah:

- sie nutzen die berufliche Arbeit zur Stabilisierung ihres Selbstwertes
- sie kompensieren mit Hilfe der beruflichen Arbeit
- sie arbeiten sehr hart und viel
- sie erhöhen das Arbeitspensum, wenn sie unter Druck geraten
- sie sind oft an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit (Erschöpfung)
- sie sind sehr ehrgeizig
- sie neigen zur Rivalität (kompetitive Neigungen)
- sie neigen zur Feindseligkeit
- sie haben Probleme mit Ausdruck von Ärger und Aggression, sie neigen insgesamt zur emotionalen Selbstkontrolle
- im Kontext von schweren narzisstischen Niederlagen ereignet sich oft der Infarkt
- sie wünschen sich Nähe und Geborgenheit, schaffen aber Distanz zu ihren Partnerinnen
- sie neigen dazu Andere zu kontrollieren
- sie neigen hinter ihrer Fassade der Anpassung/Soziabilität zur Depressivität.

(Bardé & Jordan 2003, S. 192).



Bardé und Jordan stellten bei ihrer Sichtung weiter fest, dass die psychodynamischen Arbeiten aus unterschiedlichen Epochen und Ländern eine Reihe von Übereinstimmungen zeigen: „Häufig werden Koronarpatienten als Persönlichkeiten geschildert, die aufgrund „früher“ Entwicklungsstörungen in ihrer primären narzisstischen Selbstregulation grundsätzlich gestört und im Sinne eines Defizits beeinträchtigt sind, was sie zum einen äußerst vulnerabel macht, zum anderen sie aber auch in typischer Weise spezifische Kompensations- und Abwehrvorgänge entwickeln lässt. In (fast) jeder Arbeit und in jedem Fallbericht wird die außerordentliche Überwertigkeit des Leistungsverhaltens herausgearbeitet, über dessen gegenwärtigen und zukünftig zu erwartenden „Erfolge“ von außen narzisstische Gratifikationen chronisch beschafft werden sollen“ (Bardé & Jordan 2003, S. 53).

Ein weiteres wiederkehrendes Phänomen, das in psychodynamischen Studien als charakteristisch für Herzinfarktpatienten beschrieben wird, ist, dass: „diese Patienten in hohem Maße kränkbar sind und Trennungs-, Verlust- und Misserfolgserlebnisse als einen katastrophalen existenziellen „Ruin“ erleben. Diese Situationen werden entweder mit Ärger/Wut und explosiver Aggression oder mit Depression und einer vitalen Erschöpfung beantwortet“ (Bardé & Jordan 2003, S. 54).

J.J. Groen stellte 1976 die Hypothese auf, dass ein Infarktereignis aus psychosomatischer Sicht durch das Zusammentreffen von drei Faktoren ausgelöst werden kann:

- Spezifische, durch Erbfaktoren und individuelle Lerngeschichte bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die sich in Arbeitseifer, Ehrgeiz, Verantwortungsbewusstsein und Dominanzstreben ausdrücken.
- Diese Persönlichkeitsmerkmale führen zu zwischenmenschlichen Konfliktsituationen in Familie und Beruf, die als eigentlicher Stressor dem Infarkt unmittelbar vorausgehen.
- Hinzu kommt, dass die Betroffenen ihren Ärger und ihre Niedergeschlagenheit nicht offen zeigen, sie verbergen vielmehr ihre Gefühle, geben sich einen optimistischen oder gleichgültigen Anschein und verleugnen die innere Spannung (Vgl. Albus 2008, S. 78).

Heutzutage sind diese Beobachtungen bzw. Hypothesen durch eine Fülle empirischer Literatur teils bestätigt bzw. spezifiziert, teils verworfen worden. Viele Aspekte aus den psychodynamischen Beiträgen tauchen heute in veränderten theoretischen und empirischen Forschungskonzepten wieder auf. In den folgenden Unterkapiteln werde ich diese kurz ausführen.

### **Typ-A-Persönlichkeitsmuster**

Die amerikanischen Kardiologen Meyer Friedman und Ray Rosenman entwickelten Ende der 1950er aufgrund ihrer Beobachtungen die sogenannte Typ-A-Persönlichkeit, die als Konzept besonders in den 1970er eine große Verbreitung fand.

Die Träger dieses Verhaltens- und Erlebensmusters waren typischerweise männlich und sie wiesen Besonderheiten auf verschiedenen Ebenen auf:

- im somatischen Bereich hohe Anspannung und psychomotorische Aktivität
- im emotionalen Bereich Feindseligkeit, Ungeduld, Ärger, Aggressivität
- im motivationalen Bereich hohes Leistungs- und Erfolgsstreben
- im kognitiven Bereich hohes Kontrollbedürfnis
- im Verhalten laute Sprache, Hyperaktivität, Schnelligkeit, hohes Arbeitsengagement, Konkurrenzstreben.

In zwei großen prospektiven Studien konnte zunächst gezeigt werden, dass Menschen mit einer Typ-A-Persönlichkeit ein erhöhtes Risiko hatten, einen Herzinfarkt zu erleiden. Später jedoch fanden sich immer häufiger widersprüchliche Befunde. Meta-Analysen zeigen auf, dass nicht die Typ-A-Persönlichkeit, sondern nur zwei ihrer Komponenten im emotionalen Bereich, Feindseligkeit und die Neigung zu Ärger, einen geringen signifikanten Zusammenhang zur Koronaren Herzerkrankung aufweisen (Vgl. Myrtek 2000).

### **Feindseligkeit und Neigung zu Ärger**

Diese beiden Persönlichkeitsmerkmale sind stark miteinander korreliert. Dabei wird Feindseligkeit als Eigenschaft den Mitmenschen negative Absichten zu unterstellen sowie als ein lang anhaltendes zynisches Misstrauen gegenüber Anderen definiert. Die Neigung zu Ärger wird als eine überdauernde Tendenz beschrieben, eine große Bandbreite von Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen und in solchen Situationen mit einer Erhöhung des Ärger Zustandes zu reagieren.

Nach der sozialen Lerntheorie von Price (1982) ist Feindseligkeit durch zwei Kernüberzeugungen gekennzeichnet:

- es gibt keine universellen moralischen Gesetze
- alle Ressourcen sind knapp.

Nach dieser Weltsicht herrscht ein Kampf Aller gegen Alle ums Überleben und Fortkommen, dabei setzen die Anderen alle Mittel (auch unfaire) ein, um ihre selbstsüchtigen Ziele zu erreichen.

Aktiviert werden die Überzeugungen durch situative Faktoren wie Anforderungen, Einschränkungen der Freiheit, mehrdeutige Leistungsrückmeldungen oder zwischenmenschliche Konflikte. Personen mit diesem Merkmal sind dabei in besonderem Maße für Feindseligkeits-hinweise ihrer Umgebung sensibel und ihre aktivierten Überzeugungen führen zu einer Reihe von Bedrohungsbewertungen, z.B. „meine Freiheit ist bedroht“ oder „ich werde ausgebeutet, getäuscht und manipuliert“. Diese Bewertungen führen zu spezifischen Verhaltensweisen, bspw. physiologischen Reaktionen (u.a. Blutdrucksteigerung), aggressiver Gegenreaktion und Ärger.

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Feindseligkeit und Koronarer Herzerkrankung sind insgesamt inkonsistent, was nach Ansicht vieler Autoren vor allem der verwirrenden Vielfalt der Konstrukte und Instrumente geschuldet ist (Vgl. Myrtek 2000).

### **Psychische Belastungen am Arbeitsplatz und Herzerkrankungen**

In den 1980/1990ern entstanden zwei wissenschaftliche Konzepte, die sich mit chronischen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und dem Risiko einer Herzerkrankung beschäftigen. Diese beide gelten mittlerweile als wissenschaftlich gut abgesichert und fanden innerhalb der arbeitspsychologischen und -medizinischen Wissenschaft eine weite Verbreitung.

#### **Anforderungs-Kontroll-Modell**

Das Anforderungs-Kontroll-Modell (auch: Job-strain-model) von Karasek (Karasek & Theorell 1990) sieht die Ursache von Arbeitsüberlastung und Stress in einem Ungleichgewicht zwischen psychosozialen Anforderungen und Entscheidungsspielraum.

Arbeitnehmer, an die hohe Anforderungen gestellt werden (z.B. viel Verantwortung, Zeitdruck, große Arbeitsdichte und hohe Konzentration), die aber gleichzeitig geringe Kontroll- bzw. Entscheidungsmöglichkeiten haben (selbständige Entscheidungen, Fortbildungsmöglichkeiten und die Chance, persönliche Fähigkeiten einzusetzen zu können), haben ein größeres Risiko, infolge der Arbeitstätigkeit überlastet zu sein oder zu erkranken.

In den vergangenen Jahren wurde diesem Modell eine dritte Dimension hinzugefügt: Die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Sie kann Belastungen bis zu einem gewissen Grad abfangen bzw. das Fehlen von Unterstützung kann Stress verstärken.

Allerdings wird von vielen Forschern kritisch angemerkt, dass in diesem Modell die persönliche Bedeutung des Erlebens von Belastungssituationen und individuelle Bewältigungsstrategien nicht berücksichtigt werden.

#### **Modell beruflicher Gratifikationskrisen**

Nach dem Effort-Reward-Imbalance Modell (ERI) nach Siegrist (1996) treten stressassoziierte Erkrankungen bei einer Person vor allem dann auf, wenn sie sich stark verausgabt und dafür nicht in angemessener Weise entschädigt wird.

Bei den Faktoren, die den Grad der Belastung bestimmen, unterscheidet Siegrist zwischen extrinsischen Faktoren (Pflichten, Anforderungen, Zeitdruck) und intrinsischen Faktoren (berufliches Engagement, Verausgabungsbereitschaft, Kontrollstreben). Damit erweitert Siegrist das Anforderungs-Kontroll-Modell um in der Person liegende Faktoren.

Nach Siegrist neigen Personen mit einer übersteigerten Verausgabungsbereitschaft dazu, sich beruflich weit über das Maß, das im jeweiligen beruflichen Kontext als adäquat erachtet werden kann, hinaus zu engagieren. Diese Verausgabung ist u.a. durch ein gesundheitliches Risikoverhalten gekennzeichnet (z. B. indem Sport oder Schlaf vernachlässigt werden). Zudem

zeigen diese Personen ein besonders hohes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung ihrer hohen Verausgabungsbereitschaft. Wenn der eigene Einsatz (etwa in Form von Engagement, Wissen, Zeit und Leistung) nicht durch entsprechende Belohnung (etwa in Form von adäquater Beschäftigung, Lohngerechtigkeit, Arbeitsplatzsicherheit, Weiterbildungs-, Karriere- und Einflussmöglichkeiten) kompensiert wird, entsteht eine „Gratifikationskrise“ und ein großes Krankheitspotential. Mit der Krise einhergehen häufig Enttäuschung und chronischer Ärger. Vor allem Personen, die bei großem beruflichem Engagement mit einer hohen Bereitschaft, sich zu verausgaben, häufig Gratifikationskrisen erleben, sind in besonderer Weise gefährdet koronar zu erkranken.

### **Typ-D-Persönlichkeitsmuster**

Mitte der 1990er entwickelte der belgische Professor für Medizinpsychologie Johan Denollet das Konzept der Typ-D-Persönlichkeit als Risikofaktor für Patienten mit einer Koronaren Herz-erkrankung. Sie wird durch eine Kombination ausgeprägter negativer Affektivität und sozialer Inhibition charakterisiert.

Negative Affektivität bezeichnet die Tendenz, häufig unabhängig von der aktuellen Situation negative Emotionen (Depressivität, Angst, Ärger) zu erleben. Personen mit negativer Affektivität tendieren dazu, die negativen Seiten von Anderen und der Welt im Allgemeinen zu sehen:

- sie neigen zur Nervosität
- sie zeigen Reizbarkeit/Launenhaftigkeit
- sie neigen zur Unsicherheit und Verlegenheit
- sie klagen über Ärger und Ängste
- sie berichten über körperliche Beschwerden (Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Schwindelanfälle etc.)
- sie neigen zur Traurigkeit und Melancholie
- sie reagieren sehr schnell und sensibel auf Stress
- sie zeigen eher eine negative Affektlage.

Soziale Inhibition bezeichnet auf der Verhaltensebene die Unterdrückung des Gefühlsausdrucks in sozialen Situationen, auf der intrapsychischen Ebene wird als zugrundeliegendes Motiv die Vermeidung von Zurückweisung und negativer Bewertung durch Andere vermutet.

Das Typ-D-Persönlichkeitsmuster beschreibt somit im Gegensatz zu depressiven Symptomen, die häufig in Episoden auftreten, ein wahrscheinlich überdauerndes Erlebens- und Verhaltensmerkmal und lässt sich phänomenologisch nach dem ICD-10 am ehesten mit einer Dysthymia (F34.1) vergleichen.

Erste Befunde der Arbeitsgruppe um Denollet schienen konsistent zu belegen, dass das Typ-D-Muster zu einem chronischen Stresserleben mit negativen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten führt. Neuere Studien anderer Arbeitsgruppen konnten dieses Modell nicht als ungünstigen Prognosefaktor bestätigen (Grande 2010, S. 14).

### **Exkurs Burnout**

Ein weiteres Konzept, das in den vergangenen Jahrzehnten große öffentliche Aufmerksamkeit erfahren hat und das in der Nähe zu den Modellen zur Belastung am Arbeitsplatz steht, ist „Burnout“. Häufig berichten meine Patienten in der Vorgeschichte ihrer Herzerkrankung von Symptomen, die denen eines Burnouts entsprechen oder sprechen selbst davon, ein Burnout zu haben bzw. gehabt zu haben.

Das Konzept wurde erstmals 1974 von Freudenberger beschrieben. Das Burnout-Syndrom wurde zunächst als Reaktion auf chronische Stressoren in Pflegeberufen beschrieben, später wurde es als ein Übermüdungssyndrom betrachtet, das bei jedem Beruf und auch außerhalb der Erwerbstätigkeit (z.B. im Haushalt) vorkommen kann.

Als Kernsymptome gelten emotionale Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit und Leistungsunzufriedenheit sowie Depersonalisation.

Emotionale Erschöpfung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen sich kraftlos und chronisch müde fühlen. Sie leiden unter Schlafstörungen, Antriebsschwäche, diffusen körperlichen Beschwerden sowie Krankheitsanfälligkeit und sind leicht reizbar.

Verminderte Leistungsfähigkeit und Leistungsunzufriedenheit beschreiben subjektive Gefühle der Erfolglosigkeit und Machtlosigkeit, fehlende Anerkennung, dominierende Gefühle von Insuffizienz und permanenter Überforderung.

Depersonalisierung bezeichnet den Versuch, sich von anderen Menschen zu distanzieren, insbesondere durch eine gleichgültige oder zynische Haltung.

Als Ursachen werden zum einen exogene Faktoren der (Arbeits-)Umwelt diskutiert (siehe Anforderungs-Kontroll-Modell oder das Modell beruflicher Gratifikationskrisen), zum anderen Persönlichkeitsmerkmale wie Perfektionismus oder die Unfähigkeit zur Abgrenzung. Das Phänomen Burnout wird häufig ebenfalls unter dem Begriff „Erschöpfungsdepression“ beschrieben und zeigt eine große Überlappung mit dem Konzept der „vitalen Erschöpfung“.

Beim Burnout handelt es sich nicht um ein Persönlichkeitsmerkmal, jedoch beschreibt es häufig den Zustand meiner Patienten vor, während oder nach einer Herzerkrankung. Es scheint, dass dieselben Mechanismen, die dem Burnout zugrunde liegen, ebenso für die Entstehung einer Koronaren Herzerkrankung mitverantwortlich sind.

So entsprechen einige Symptome des Burnouts einer Depression, auch wenn sie nicht das Vollbild einer klinischen Depression erreichen.

Nach jüngsten Ergebnissen einer israelischen Forschungsgruppe steigert das Gefühl von Erschöpfung und Ausgebrannt-Sein das Risiko für eine Koronare Herzkrankheit drastisch (Toker, S. et al. 2012).

### **Die Ursachen des Burnouts aus existenzanalytischer Perspektive**

Burnout wird häufig mit einer Überlastung oder Überforderung erklärt. Diese führt dann zur emotionalen Erschöpfung, zur Versachlichung der Beziehung und zum Verlust des Selbstvertrauens, verbunden mit einer Leistungseinbuße. „Existenzanalytisch fragen wir natürlich nach der spezifischen Haltung dem Leben gegenüber, die sich dahinter findet“ (Längle 1997, S. 15). Egal, ob uns diese Haltung bewusst oder unbewusst ist, sie spiegelt die subjektive Auffassung dem Leben gegenüber wider. Die Überforderung ereignet sich also nicht irgendwie plötzlich, sondern aufgrund der Haltung und des gewählten Lebensentwurfes.

Diese Lebenshaltung orientiert sich nicht an den realen Gegebenheiten der Welt und an den wirklichen Bedürfnissen erfüllender Existenz. Die Ausübung der personalen Aktivitäten (Vgl. Kapitel 4) ist häufig durch fixierte Coping-Reaktionen blockiert, was zu einer existenziellen Fehlhaltung führt. Ein Mensch in dieser Haltung sehnt sich zwar nach erfülltem Leben, folgt aber einer zweckorientierten Lebenseinstellung. Sie führt nicht zum Erleben von Inhalten, sondern zum Erreichen von gesteckten Zielen, die durch den Mangel an innerer Beziehung ohne Leben sind: „Dies ist existenzanalytisch die tiefste Wurzel von Stress: etwas zu tun, ohne es wirklich zu wollen und mit dem Herzen dabei zu sein“ (Längle 1997, S. 17).

### **Zusammenfassende Betrachtung der bisherigen Forschung**

Betrachtet man die Forschungen der vergangenen achtzig Jahre zur Beteiligung von Persönlichkeitsmerkmalen bei der Entstehung von Herzerkrankungen, so wird auffällig, wie viele Übereinstimmungen bestehen. Bereits die ersten klinischen Beobachtungen von Psychodynamikern, die zur Hypothese der psychoökonomischen Funktion der Arbeit oder der Unterdrückung des Gefühlsausdrucks führten, nehmen vieles vorweg, was in neueren Forschungen, etwa der Soziologie (Anforderungs-Kontrollmodell, Gratifikations-Krisenmodell) oder in sozial-psychologischen Ansätzen (Typ-A-Verhalten, Feindseligkeit und Neigung zu Ärger, Typ-D-Verhalten, Depression, Burnout) wieder auftaucht.

Jedoch hat die wiederkehrend geschilderte Beobachtung der hohen Leistungsbereitschaft als Prädiktor bei Patienten mit Koronarer Herzerkrankung an Bedeutung verloren. Vereinfacht gesagt, führt „viel zu tun“ nicht zwangsläufig zu Burnout und/oder der Entwicklung einer Koronaren Herzerkrankung. Vielmehr scheint die innere Haltung dabei eine entscheidende Rolle zu spielen. So berichten auffallend viele meiner Patienten, dass sie etwas tun müssen, und weniger, dass sie etwas tun wollen.

Die Forschungen machen zudem deutlich, dass nicht einzelne spezifische psychologische Faktoren, sondern das Zusammenwirken psychischer Zustände, sozialer Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie physiologischer Prozesse die Entstehung von Herzerkrankungen beeinflussen. Dabei können psychische Faktoren direkt und indirekt Einfluss ausüben.

Diese Ansätze legen ebenso nahe, dass nicht ein psychisches Merkmal allein beteiligt ist, sondern immer mehrere. So stellte bereits 2006 ein deutsches Forscherteam dazu fest: „Es scheint so, dass manche (Persönlichkeits-)Variablen als eigenständige Risikofaktoren wenig Vorhersagekraft im Bezug auf die KHK besitzen, weil sie mit anderen Verhaltensweisen und psychosozialen Merkmalen assoziiert sind. Vermutlich beeinflussen nicht einzelne spezifische psychologische Faktoren die Entstehung und den Verlauf der KHK, sondern erst das Zusammenspiel verschiedener Merkmale“ (Perbandt et al. 2006, S. 311).

Diese Annahme liegt dem Modell der Typ-D-Persönlichkeit von Denollet zugrunde. Nach diesem gibt es nicht eine solche Merkmalskonfiguration sondern drei. Und nach meiner These gar mehr.

## 8. Zur Entwicklung meines existenzanalytischen Konzeptes oder von Widersprüchen, blinden Flecken und Knoten

„Das Leben gleicht einem Mosaik  
Bunt stückt sich Augenblick an Augenblick;  
Welch Muster dabei verwendet ist,  
Sieht man erst, wenn es vollendet ist.“

Ludwig Fulda<sup>8</sup>

Bevor ich mich während meines Sabbaticals intensiver mit meinen eigenen Beobachtungen sowie den historischen und aktuellen Forschungen zur Frage von Persönlichkeitsmerkmalen bei Herzpatienten beschäftigte, hatte ich eine einfache Vorstellung:

Ich ging davon aus, dass Herzpatienten überwiegend sehr leistungsbereite Menschen seien, was sich in ihrem hohen Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie ihrer ausgeprägten Hilfsbereitschaft widerspiegeln würde. Dies führe dazu, dass es ihnen häufig nicht ausreichend gelänge sich von den Erwartungen Anderer abzugrenzen. Darüber vernachlässigten sie über lange Zeit den eigenen Körper und ihre Gesundheit und sie ordneten private Aktivitäten, wie Bewegung, Hobbys und Freunde, ihren Aufgaben unter. Unter meinen Patienten erkannte ich zudem viele mit einem Hang zum Perfektionismus. Weiter nahm ich an, dass viele Einzelkämpfer seien, die alles mit sich selbst ausmachten und Anderen nicht zeigten, wie belastet sie sind. Viele seien zudem sehr harmoniebedürftig und äußerten häufig nicht ihren Ärger. Einige würden ein ausgeprägtes Sorgenverhalten zeigen.

Dies alles, so nahm ich an, führe über Jahre zu einer permanenten Überforderung, zur Erschöpfung und schließlich zu einer Herzerkrankung.

Als ich meine Ausbildung zum Berater in Logotherapie und Existenzanalyse begann, entdeckte ich schnell, dass Leisten eine Coping-Reaktion in der 2. Grundmotivation ist und ordnete meine Patienten dieser zu. In ihr steht die Zuwendung zu Beziehungen und Werten bzw. das Trauern um diese im Mittelpunkt. Die erste Coping-Reaktion in der 2. Grundmotivation stellt der Rückzug, die Regression dar. Gelingt dies nicht, entsteht eine gegenläufige Reaktion, es kommt zur paradoxen Bewegung und einem Aktivismus. Die Patienten versuchen, sich den eigenen Gefühlen nicht zuwenden zu müssen, indem sie sich ablenken durch Helfen, Sich-Aufopfern mittels Überfürsorglichkeit sowie durch das Erledigen von Aufgaben („Checklisten“). Auch das Sich-Vergleichen und Sich-Selbst-Entwerten dient diesem Versuch.

### Widersprüche

Dieses Modell passte bei einem Großteil meiner Patienten, jedoch wichen immer wieder einige von meinen Erwartungen ab. Zunächst fiel mir auf, dass ein großer Teil meiner Patienten ins Leisten kam, weil sie aus meiner Sicht andere Menschen nicht belasten wollten. Anderen hingegen schien es wichtiger zu sein, alles korrekt zu machen und sich abzusichern.

---

<sup>8</sup> Deutscher Bühnenautor und Übersetzer (1862-1939)



Dann gab es noch eine kleine Gruppe, die ich zunächst gar nicht als solche erkannte und die mich immer wieder irritierte. Erst im Laufe meiner Ausbildung löste sich dieses Rätsel für mich. Die Gespräche mit dieser Gruppe erlebte ich häufig als wenig persönlich und ich nahm wahr, dass sie mich oft nervten oder langweilten. Diese Patienten berichteten i.d.R. viel, jedoch nichts so uninteressantes, dass es meine Empfindungen erklärt hätte. Auch fiel es mir schwer sie zu fassen oder von ihrem emotionalen Erleben zu erfahren. Diese Gruppe konnte ich mit der Zeit in zwei Untergruppen unterteilen.

Die Patienten der einen Untergruppe, überwiegend Männer, gaben mir überwiegend das Gefühl eines Ko-Therapeuten. Sie berichteten souverän von ihren beruflichen und privaten Erfolgen (Familie, Sport), strichen heraus, dies alles alleine geschafft zu haben und sich hochgearbeitet zu haben. Sie schienen Menschen mit einem großen Ehrgeiz zu sein, die sich durchsetzen konnten. Jedoch fiel es ihnen schwer, Gefühle zu benennen, und sie äußerten sich sehr rationalisierend und intellektualisierend. Häufig fragte ich mich nach dem Gespräch, was sie von mir wollten. Bestätigung? Sie vermittelten mir den Eindruck: „Ich habe ein Problem und doch habe ich kein Problem“, bzw. „Ich habe kein Problem“. Oft lösten sie Ungeduld bei mir aus.

Bei der anderen Untergruppe, überwiegend Frauen, empfand ich die Gespräche ebenfalls als sehr unpersönlich. Ich hatte hier das Gefühl, auf die Rolle eines Zuhörers beschränkt und weniger ein Dialogpartner zu sein. Und obwohl die Patienten von ähnlichen Erfahrungen berichteten, wie meine anderen Patienten (berufliche Überforderung, private/berufliche Konflikte) lösten sie doch gänzlich andere Empfindungen bei mir aus: Langeweile, Verwirrung, worum geht es, was ist das Wesentliche? Ich kam mir wenig hilfreich vor und fragte mich auch hier, was sie eigentlich wollten.

Mit zunehmender Ausbildung erkannte ich die beschriebenen Verhaltensweisen beider Gruppen als akzentuierte narzisstische bzw. histrionische Persönlichkeitszüge, wenn auch nicht im allgemeinen Verständnis, eher gemildert oder verschleiert. So hatten die narzisstischen Tendenzen weniger etwas Abwertendes gegenüber Anderen, vielmehr hatten die Äußerungen etwas Selbstaufwertendes. Diese Patienten gaben mir auch weniger offensichtlich das Gefühl inkompetent zu sein, wie sonst bei Narzissten. Häufig stand der Umgang mit einer Kränkung (oft beruflich, gelegentlich auch in der Partnerschaft) im Mittelpunkt der Gespräche.

Bei den Patienten mit histrionischen Tendenzen ging es weniger darum, im Mittelpunkt zu stehen, als vielmehr meine Aufmerksamkeit zu gewinnen. Dabei wurden mir oftmals widersprüchliche Inhalte vermittelt: zum einen, dass mein Gegenüber unter bestimmten Situationen leide, zum anderen, dass er/sie alles im Griff habe. Wichtig erschien, meine Aufmerksamkeit und Solidarität zu erhalten. Entsprechend wurde stark affektiv berichtet, während es kaum möglich war, in die Reflexion und Tiefe zu gehen.

### **Blinde Flecken**

Meine intensive Beschäftigung mit der historischen und aktuellen Literatur zur Psychokardiologie während meines Sabbatical bereicherte mich sehr und befruchtete meine weiteren Überlegungen. Zunächst führte sie jedoch zu einem eindrucklichen Aha-Erlebnis. Denn ich beschäftigte mich erstmalig mit psychodynamischen Beiträgen zum Thema. Mir wurde bewusst, dass es bereits eine lange Tradition mit einem reichen Fundus an Erfahrungen zur

Erforschung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Herzpatienten gab. Ich fand erstmals viele meiner Beobachtungen (z.B. hohe Leistungsbereitschaft, großer Stellenwert der Arbeit, hohes Kontrollbedürfnis, starke Neigung bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu gehen) wieder und bestätigt. Zudem gab es plausibel klingende Erklärungen für deren Entstehung und Funktion. Dies gab mir selbst mehr Sicherheit und bestärkte mich in meinen Überzeugungen und meiner Entschlossenheit, diesen Ansatz zu verfolgen.

Die Auseinandersetzung mit den historischen und aktuellen Forschungsergebnissen verstärkte jedoch auch die Widersprüche zu meinen bisherigen eigenen Annahmen. Sie warf viele Fragen auf: Hatte ich wichtige Merkmale/Aspekte nicht wahrgenommen und erkannt? Offenbarten sie bei mir selbst blinde Flecken?

Diesen Fragen ging ich in der Folge nach.

### **Typ-A-Verhaltensmuster: Feindseligkeit und Ärgerbereitschaft**

Zunächst gab mir lange Zeit das Typ-A-Verhaltensmuster Rätsel auf. Zwar fand ich viele meiner eigenen Beobachtungen in diesem Konstrukt wieder: das hohe Leistungsstreben, Arbeitsengagement und Kontrollbedürfnis, den Aktivismus, die Ungeduld und das unter Zeitdruck stehen.

Jedoch fand ich nur bei einem kleinen Teil meiner Patienten das beschriebene ausgeprägte Konkurrenzstreben, nämlich bei denen mit den akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen.

Und von der beschriebenen Feindseligkeit, die aufgrund der späteren Forschungen eine noch größere Bedeutung als das hohe Leistungsstreben erlangte, war ich regelrecht überrascht. Sicherlich hatte auch ich schon aggressives Verhalten, z.B. in Form von offener Kritik und Ablehnung erlebt, dieses hielt ich bis dato aber für Einzelfälle, für Widerstand gegen Veränderungen bzw. die Kritik am Risikoverhalten. Aber meist nahm ich meine Patienten nicht als offen feindselig oder aggressiv wahr. Daher fragte ich mich, ob ich hier einen blinden Fleck in meiner Wahrnehmung hätte oder ob es sich vielleicht um ein Phänomen handelte, das man nicht so leicht wahrnehmen könne?

In der Folge versuchte ich mehr über das Konzept der Feindseligkeit herauszufinden. Dies erwies sich als äußerst schwierig. Ich fand zunächst keine Definition des Begriffs. Überhaupt fand ich selten Operationalisierungen dieses Konstruktes. Es scheint, dass es bis heute hierzu kein allgemein definiertes Konzept gibt. Erst als ich auf die Formulierung von Price stieß, wurde mir das Konzept verständlicher. Wie bereits in Kapitel 7 wiedergegeben, verstand dieser unter Feindseligkeit die Eigenschaft, den Mitmenschen negative Absichten zu unterstellen, sowie ein lang anhaltendes zynisches Misstrauen gegenüber Anderen.

Die kognitive Komponente von Feindseligkeit besteht in negativen Einstellungen Anderen gegenüber. Die feindselige Person betrachtet Andere als nicht vertrauenswürdig und interpretiert das Verhalten Anderer als gegensätzlich und bedrohlich. Dies kann dazu führen, dass die feindselige Person Anderen gegenüber ihren Gefühlsausdruck hemmt, da sie erwarteten Anfeindungen auszuweichen versucht.

In vielen psychologischen Einzelgesprächen offenbarten Patienten, häufig nur in einem Nebensatz, diese Einstellung. Beispielsweise indem sie erklärten, dass das Aussprechen ihres Ärgers nichts verändern oder gar noch mehr Ärger und Konflikte produzieren würde. Dies

erklärt, warum die feindselige Einstellung so selten offenbar wurde und sie nicht meine Aufmerksamkeit erregte. In der Folge war ich besser in der Lage, die misstrauische Weltsicht meiner Patienten zu erkennen in Äußerungen wie: „man kann sich nicht auf Andere verlassen“, „alle Anderen denken nur an sich“ oder „wir leben in einer Ellenbogen-gesellschaft“.

Die Begriffe Misstrauen oder Argwohn drücken heute feindseliges Verhalten für mich besser aus.

Ebenso hatte ich bisher keine ausgeprägte Ärgerbereitschaft bei meinen Patienten wahrgenommen. Jedoch waren mir häufig Gefühle der Enttäuschung oder auch der Kränkung aufgefallen.

Insgesamt nahm ich eine hohe Erwartungshaltung bei vielen meiner Patienten wahr, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten sollte. Diese Haltung richtete sich ebenso an sich selbst wie auch an Andere. Häufig herrschte die Erwartung vor: was ich für Andere tue, haben sie auch für mich zu tun; was ich sehe, sehen auch die Anderen. Häufig hörte ich auch: „Wenn jeder machen würde, was er wollte“.

Wie bereits in psychodynamischen Beiträgen auf die Neigung zum unterdrückten Gefühlsausdruck hingewiesen wurde und im Typ-D-Persönlichkeitsmuster wieder aufgegriffen wurde, wurde diese Enttäuschung jedoch häufig nicht gezeigt oder geäußert. Dies geschah aus unterschiedlichsten Gründen. So hörte ich oft von den Patienten: „Das müsste doch der Andere wissen oder sehen“; „Das ist doch selbstverständlich“; „Seinen Ärger zu zeigen, führt ja doch zu nichts, macht nur Ärger“.

### **Herzerkrankung, Depression und vitale Erschöpfung**

Eine weitere Irritation war für mich, dass ich bisher davon ausgegangen war, dass das Verhalten der Herzpatienten aus einer Störung in der 2. Grundmotivation hervorging. Als eine Folge davon wäre eine depressive Reaktion zu erwarten.

Die aktuelle Forschung zu den Ursachen von Herzerkrankungen gibt dem Recht und stellt Depression als einen der wichtigen und am besten belegten psychischen Einflussfaktoren heraus.

Jedoch war und ist für meinen klinischen Alltag das gänzliche Fehlen von schweren Fällen depressiver Erkrankungen auffällig. Nun kann man einwenden, dass Menschen, die an einer schweren Depression leiden, kaum eine Reha machen werden. Dennoch sollten solche Fälle im Zuge von Anschlussheilbehandlungen auftreten.

In den Gesprächen mit meinen Patienten wurde die Schwere und das Zähne einer Depression nicht spürbar. Meinen Patienten fehlten die klassischen Anzeichen einer schweren depressiven Erkrankung: die monotone Stimmlage, die geringe Bewegung, Mimik und Gestik, die eingeschränkte Schwingungsfähigkeit und die Vernachlässigung der äußeren Erscheinung. Ebenso fehlte die Neigung, wenig zu äußern: Meine Patienten wirkten lebendig im Schildern ihres Leids und sie vernachlässigten selten ihr Äußeres. Sie waren bemüht, aktiv einen Weg aus ihrer Erkrankung zu finden, sie wollten gesunden und kämpften gegen ihr Schicksal an. Sie waren häufig enttäuscht: von ihrem Körper, von sich selbst, von ihren Mitmenschen, dem Leben - aber sie wollten nicht aufgeben. Sie waren Optimisten, solange sie eine Möglichkeit sahen, etwas machen zu können.

Aus der Zeit ein bis zwei Jahre vor der Herzerkrankung berichteten viele Patienten Symptome, die auf ein Burnout oder eine Erschöpfungsdepression hindeuten: anhaltende Gefühle der Überforderung und Erschöpfung, Versagensängste, Schlafstörungen, Vernachlässigung von Sport und Bewegung sowie von sozialen Aktivitäten, Gefühle der Freudlosigkeit und Leere. Sie waren über weite Strecken weiter aktiv und funktionierten. Die alltäglichen privaten und beruflichen Aufgaben erledigten sie weiterhin, aber das Persönliche kam zu kurz.

Der Psychokardiologe Professor Karl-Heinz Ladwig stellt dazu fest: „Eine vitale Erschöpfung beschreibt die Klinik der KHK-Patienten besser als eine unipolare Depression. Es scheint deren auto-aggressive Komponente zu fehlen, die sich vor allem in Schuldvorwürfen ausdrückt“ (Gießen 2013).

### **Mangelnde Selbstfürsorge**

Aber wie kommt es zu dieser tiefgreifenden Erschöpfung? Bisher nahm ich an, dass diese in der Folge des vielen Leistens auftreten würde. Die Forschungen zum Typ-A-Verhaltensmuster zeigten jedoch, dass nicht alleine das große Leistungsaufkommen als Erklärungsansatz für die Entstehung von Erschöpfung und Herzerkrankungen dienen kann. Nicht jeder, der viel leistet, erkrankt an einer Herzerkrankung.

Nach Siegrist braucht es ebenfalls herausfordernde Situationen in der Außenwelt. Diese gibt es in der Regel im großen Ausmaß in der Umgebung meiner Patienten. Aber auch dieser Faktor reicht nicht als Erklärung aus. Trotz herausfordernder Umweltbedingungen treten nicht bei allen Menschen in der Folge Erschöpfung oder eine Herzerkrankung auf. Welcher weitere Faktor könnte eine Rolle spielen?

Um mir selber meiner eigenen Annahmen bewusster zu werden, sammelte ich diese zu Beginn des Sabbaticals und ordnete sie Oberthemen/Kategorien zu. Diese Beschäftigung und die, aus meinen Recherchen, aufgeworfenen Fragen führten mich zu einem weiteren Aspekt, den ich zwar bemerkt, aber nicht als eigenständig aufgefasst hatte:

Neben der hohen Leistungsbereitschaft, die bei all meinen Patienten zu finden war, kristallisierte sich für mich als ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal immer deutlicher eine starke Tendenz meiner Patienten zu einem Verhalten mangelnder Selbstfürsorge heraus.

Auffällig war bei allen die hohe Bereitschaft zur Verausgabung, selbst wenn es für die Betroffenen massive direkte oder indirekte negative Folgen hatte. Häufig haben meine Patienten zu Gunsten der Pflicht- oder Aufgabenerfüllung sowie der Hilfsbereitschaft die eigenen körperlichen Grenzen übergangen, Symptome ignoriert oder bagatellisiert. Eine gesundheitsfördernde Lebensweise mit gesunder Ernährung, ausreichender Bewegung und Rauchfreiheit wurden zu Gunsten der Leistung vernachlässigt, ebenso wie eigene Interessen.

### **Müssen vs. Wollen**

Viele schienen diese negativen Auswirkungen auszublenzen oder machten weiter, obwohl sie diese sahen, so, als ob sie nicht anders könnten. Bei vielen schien diese Verausgabung etwas Selbstloses, Aufopferungsvolles zu haben. Bei anderen schien die Angst vor Fehlern und deren Folgen, wie bspw. kritisiert oder arbeitslos zu werden, die Triebfeder zu sein, alles zu geben. Und bei einigen schien es so, als ob sie mit ihren sportlichen oder beruflichen Leistungen

etwas beweisen wollten. Bei allen erschien es so, als müssten sie diese Leistungen erbringen, wie ein Zwang, als müssten sie dies oder jenes tun, sonst fühlten sie sich nicht wohl und bekamen ein schlechtes Gewissen.

Dieser letzte Punkt gewann im Laufe meiner Auseinandersetzung mit den Verhaltensweisen meiner Patienten eine große Bedeutung. Bei der Entstehung von Herzerkrankungen scheint nicht nur wichtig zu sein, dass viel geleistet wird, sondern mehr noch, wie geleistet wird. So äußern Herzpatienten auffällig oft, dass sie vieles müssen, jedoch seltener, dass sie dieses wollen: „man müsse tun, was der Arbeitgeber, Vorgesetzte, Kunde verlange“; „man müsse doch helfen“, „man müsse doch seine Zeit nutzen“.

Dieser Umgang mit den Aufgaben des Lebens hatte mehr von einer Hergabe als Hingabe für eine Sache. Existenzanalytisch betrachtet, gaben sie häufig nicht ihre innere Zustimmung zu dem, was sie taten.

### **Der Knoten geht auf: Fixierte Coping-Reaktionen als Schlüssel zum Verständnis**

Das Verhalten meiner Patienten und die Widersprüche in meinen Beobachtungen stellten mich lange Zeit vor ein Rätsel. Die zum Teil sehr unterschiedlichen Forschungsergebnisse zu Persönlichkeitsmerkmalen bei Herzpatienten vertieften noch meine Verwirrung. Zeitweilig hatte ich das Gefühl, den Wald vor lauter Bäumen nicht zu sehen.

Durch die Erstellung einer Übersicht über meine Beobachtungen während meines Sabbaticals und das Ableiten von Kategorien aus diesen hatte ich drei wesentliche Kennzeichen bei Herzpatienten identifiziert:

- eine große Leistungsbereitschaft,
- ein starkes Pflichtgefühl, diese Leistung zu erbringen und
- die hohe Bereitschaft, bei der Erbringung dieser Leistung die Selbstfürsorge zu vernachlässigen.

Doch was brachte meine Patienten zu diesen Verhaltensweisen und Einstellungen? Was waren ihre Beweggründe? Über die zugrundeliegende Gründe und Motivationen für ihre Verhaltensweisen hatte ich bisher wenig erfahren. Der meist (nur) dreiwöchige Aufenthalt der Patienten ließ wenig bis keine Zeit, diesen Fragen nachzugehen.

Die vertiefende Beschäftigung mit den Grundmotivationen während meiner Ausbildung und deren immer stärkere Berücksichtigung in meiner täglichen Arbeit waren mir nicht nur eine große Hilfe bei der Bewältigung der Fragestellungen meiner Patienten. Sie gaben mir auch Hinweise auf die zugrunde liegenden Motivationen. Mir ging auf, dass diese den Schlüssel zum Verständnis meiner Patienten darstellten und ihre Kenntnis half mir, die Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen den Herzpatienten zu erklären und die scheinbaren Widersprüche miteinander zu vereinbaren.

Ich bemerkte, dass die Verhaltensweisen meiner Patienten zwar gleich erschienen, ihnen jedoch unterschiedliche Motive zugrunde lagen. Diese Verhaltensweisen verstand ich zunehmend als intrapsychische Bewältigungsreaktionen eines Menschen, dessen Grundbedürfnisse in seiner Entwicklung wiederholt verletzt oder nicht befriedigt worden waren. In erster Linie dienten diese Verhaltensmuster der Sicherung des Überlebens und weniger einer ursächlichen Bearbeitung von Problemen oder einem Der-Situation-gerecht-werden.

Diese Bewältigungsversuche entstanden zumeist in einer frühen Lebensphase und wurden zunehmend dysfunktional, wenn im weiteren Verlauf der mit dem Erwachsenenalter größer werdende Gestaltungsspielraum nicht für weiterentwickelte Problemlösungsstrategien genutzt wurde, sondern diese Verhaltensmuster bis in das Erwachsenenalter unverändert beibehalten und situationsübergreifend starr eingesetzt wurden. Dies war den Betroffenen i.d.R. nicht bewusst und schien über einen langen Zeitraum erfolgreich zu sein. Wenn keine situative Bewältigungsreaktion mehr erfolgt, fehlen diesen Verhaltensweisen die Charakteristika der Freiheit und der personalen Stellungnahme. Sie stellen somit fixierte Coping-Reaktionen dar und weisen auf eine existenzielle Fehlhaltung hin (Vgl. Kapitel 4).<sup>9</sup>

Gleichwohl sollte man diese stabilen Bewältigungsmuster respektvoll als die zu ihrem Zeitpunkt wohl bestmögliche Lösung für eine ansonsten kaum aushaltbare Situation anerkennen. Sie enthalten Aspekte von Bewältigung sowie Selbstschutz und stellen somit eine Art Notlösung dar. Solche stabilen Verhaltensweisen werden später von der Umgebung dem Charakter bzw. der Persönlichkeit des Betroffenen zugerechnet. Erst mit zunehmendem Lebensalter wird den Betroffenen selbst das Unflexible und dadurch Leidvolle ihrer Persönlichkeitsmuster bewusst.

Durch diese Betrachtung des Verhaltens als Coping-Reaktion wurden mir die Unterschiede wie Gemeinsamkeiten zwischen den Herzpatienten verständlich.

Dass charakteristische Persönlichkeitsmerkmale auf die Entstehung von Herzerkrankungen einen Einfluss haben können, belegen die Forschungsergebnisse eindrücklich. Die Vielfalt der Forschungsergebnisse belegt auch, dass ein alleiniges Merkmal oder ein alleiniger Persönlichkeitstyp zur Erklärung der Phänomene nicht ausreicht. Alles deutet daraufhin, dass es mehrere Typen mit unterschiedlichen Merkmalskonfigurationen gibt. Die zum Teil widersprüchlichen Forschungsergebnisse zur Frage, welche Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle bei der Entstehung von Herzerkrankungen spielen, können mittels des existenzanalytischen Konzepts der vier Grundmotivationen erklärt werden.

Allen Herzpatienten gemeinsam ist, dass sie aus einer inneren Not heraus handeln. Gelingt es ihnen nicht, auf eine Herausforderung des Lebens mit einer personalen Stellungnahme zu antworten, reagieren sie mit einer fixierten Coping-Reaktion. Zwar unterscheiden sie sich in den Gründen für dieses Verhalten, je nach betroffener Grundmotivation, aber alle Herzpatienten zeigen eine Fixierung auf der zweiten Ebene der Coping-Reaktionen der jeweiligen Grundmotivation, in der paradoxen Bewegung, deren Kennzeichen ein Aktivismus ist. Diese Fixierung in der zweiten Bewegung führt bei allen Herzpatienten zum Leisten.

### **Der Knoten löst sich: vier verschiedene dahinterliegende Grundmotive**

Die Gründe für dieses Verhalten liegen jedoch in unterschiedlichen Motiven, die aus unterschiedlichen Bedürfnissen erwachsen. Von diesen Bedürfnissen lässt sich darauf schließen, welche Grundmotivation von einer Störung betroffen ist.

Aus dem Konzept der Grundmotivationen leiten sich vier charakteristische Umgangsweisen, deren verbindendes Kennzeichen der Aktivismus darstellt, ab und ergeben somit vier Typen

---

<sup>9</sup> Nach dem Konzept von Young et al. (2005) handelt es sich hierbei um maladaptive Verhaltensmuster oder Schemata.

oder besser ausgedrückt – Persönlichkeitsmerkmalkonfigurationen und noch einfacher: Persönlichkeitsmuster.

In der 1. Grundmotivation steht die Frage im Vordergrund, wie der Mensch angesichts der faktischen Welt sein Dasein bewältigen kann – kann ich sein? Das Grundgefühl bei einer Störung auf der Ebene dieser Grundmotivation ist Angst. Das Streben nach Halt wird häufig durch das Ausüben von Kontrolle und Perfektionismus zu erreichen versucht. Diese Menschen gelten als verlässlich, pünktlich, diszipliniert, genau.

In der 2. Grundmotivation geht es um Beziehungen und den Bezug zum Leben. Mangel-erlebnisse auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen können zu einer Verarmung der Gefühle führen. Gegen die aufkommende Depression wird häufig durch das Erledigen von Aufgaben und eine ausgeprägte Fürsorglichkeit Anderen gegenüber angekämpft. Die Betroffenen suchen Schutz durch die Befolgung allgemeingültiger Normen und wollen Anderen nicht zur Last fallen. Diese Menschen gelten als freundlich, hilfsbereit, selbstlos.

In der 3. Grundmotivation geht es um den Selbstwert: darf ich so sein? Verletzungen auf dieser Ebene können zu einer Verunsicherung des Selbst, funktionalem Verhalten und akzentuierten Persönlichkeitszügen (z.B. histrionische, narzisstische) führen. Die Betroffenen suchen häufig Schutz durch Aufmerksamkeit und im Erlangen einer Wichtigkeit für Andere bzw. Anerkennung durch Andere mittels besonderer Leistungen. Sie gelten als lebendig, geschäftig, schillernd oder ehrgeizig.

Auf der Ebene der 4. Grundmotivation steht das Streben nach Sinn in seinem Leben im Mittelpunkt. Leere, Lebensfrustration, ein „existenzielles Vakuum“ (Frankl) können die Folgen einer Störung auf der Ebene dieser Grundmotivation sein. Als Reaktionen darauf kann es zur aktivistischen Sinnschaffung durch schonungslose Zielfixierung, Idealisierung oder Fanatismus kommen.

Dieses Modell erklärt meiner Meinung nach gut die Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb der Herzpatienten, ebenso wie ihre hohe Leistungsbereitschaft.<sup>10</sup> Im folgenden Kapitel werde ich die charakteristischen Erlebens- und Verhaltensweisen von Herzpatienten auf der Grundlage der personal-existenziellen Grundmotivationen detaillierter beschreiben.

---

<sup>10</sup> Aus der Annahme, dass es unter den Herzpatienten Subtypen gibt, die ähnliche Coping-Reaktionen, bei unterschiedlich zugrundeliegenden Störungen auf der Ebene der Grundmotivationen zeigen, ergibt sich eine weitere interessante Fragestellung: Führen die verschiedenen Coping-Strategien aufgrund ihres unterschiedlichen Erlebens und Verhaltens zu verschiedenen körperlichen Belastungen und damit Auswirkungen und so letztlich zur Ausbildung von unterschiedlichen Herzerkrankungen? Führen bspw. die Angstreaktionen einer Störung der 1. Grundmotivation eher zu Herzrhythmusstörungen, unterdrückte (gehemmte) Feindseligkeit/Misstrauen zu Hypertonie und erlebte narzisstische Kränkungen auf der Ebene der 3. Grundmotivation eher zu Infarkten? Dieser Fragestellung werde ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht weiter nachgehen, da sie den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## 9. Fünf charakteristische Persönlichkeitsmuster bei Herzpatienten auf der Basis der personal-existenziellen Grundmotivationen

„Achte auf Deine Gedanken, denn sie werden Deine Worte.  
Achte auf Deine Worte, denn sie werden Deine Taten.  
Achte auf Deine Taten, denn sie werden Deine Gewohnheiten.  
Achte auf Deine Gewohnheiten, denn sie werden Dein Charakter.  
Achte auf Deinen Charakter, er wird Dein Schicksal.“  
Weisheit aus dem Talmud

### **Charakteristische Coping-Reaktionen von Herzpatienten auf der Ebene der 1. Grundmotivation: Ich bin – kann ich sein?**

#### **Bei einer Störung innerhalb der 1. Grundmotivation: Ich bin – So kann ich nicht sein!**

Um Dasein zu können, bedarf es gewisser Voraussetzungen: ausreichend Schutz und Raum zu haben und einen Halt zu spüren. Und es erfordert Aktivitäten: Annehmen des Faktischen und Aushalten seiner Belastungen. Aus positiven Erfahrungen entsteht somit das Grundvertrauen als Basis für das Dasein: „Ich kann damit leben!“

Hingegen führt ein Mangel an Halterfahrungen und eine Häufung belastender Erfahrungen in der Kindheit zum Gefühl der Verunsicherung und des existentiellen Grundgefühls des ständigen (latenten) Bedrohtseins mit der Reaktion: „So kann ich nicht sein!“.

Somit entstehen eher ängstliche oder misstrauische Interpretations- und Verhaltensmuster, die dazu führen, dass die Betroffenen ihre Umwelt als potenziell bedrohlich und wenig unterstützend erleben. Zudem werden sie im Verlauf ihres Lebens vermutlich häufiger Situationen als bedrohlich einschätzen oder auch negative Entwicklungen erwarten. (Vgl. Konzept der Feindseligkeit/Misstrauen Kapitel 7). Dies führt u.a. zu einer permanenten inneren Spannung und Erregung, die sich häufig äußerlich in Unruhe zeigt.

Gelingt als Schutzreaktion die erste Grundbewegung durch die Vermeidung oder Flucht nicht, kommt nach meiner Erfahrung bei Herzpatienten die zweite Stufe der Coping-Reaktion zum Einsatz: die Paradoxe Bewegung mittels Aktivismus durch Auflehnung und Ankämpfen.

Häufig ist ein ausgeprägtes Sorgen- und Sicherungsverhalten als Schutzreaktion sichtbar. Da Ungewissheit nicht ausgehalten werden kann, reagieren die Betroffenen mit starker Ungeduld und Unruhe. Diese wird in der Regel durch Vorausplanen, Sich-Absichern oder Ablenkung mittels Aktivitäten kompensiert.

Ängste werden oftmals rationalisiert, verdrängt oder geleugnet und im Zuge dessen kommt es zu einer Spaltung von kognitiven Vorgängen und körperlichen Symptomen. So werden gefühlshafte Anteile häufig ignoriert oder bagatellisiert und der Kontakt zu körperlichen Empfindungen und deren Einordnung blockiert. Die aus der Ungewissheit entstandene Unruhe wird häufig als Streben des Körpers nach Aktivität missverstanden.



Vielfach wird versucht, das erhöhte Bedürfnis nach Halt durch Ordnung zu beruhigen. So ist bei Herzpatienten eine starke Orientierung an Normen und Regeln, aber auch an Regelmäßigkeiten, Traditionen und Strukturen erkennbar. Dies spiegelt sich auch in einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein wieder. Im gleichen Maße, wie Normen und Regeln eingehalten werden, wird auch von anderen wichtigen Personen erwartet, dass sie sich so verhalten.

Ebenso dient das Streben nach Eigenkontrolle und Kontrolle der Umgebung der Abwehr von Ungewissheit. Oftmals versuchen die Betroffenen eine starke Unabhängigkeit im Leben zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Dieses Verhalten soll vor der Enttäuschung, von Anderen nicht unterstützt zu werden, schützen, führt jedoch auch zu einer Verslossenheit Anderen gegenüber und dem Vermeiden, Schwäche zu zeigen. Die Betroffenen neigen im Sinne ihrer Kontrolliertheit dazu, sich immer ruhig und gelassen zu zeigen und ziehen sich in Belastungssituationen eher zurück um zu grübeln.

Häufig ist ein starker Perfektionismus auf dieser Ebene der Coping-Reaktion beobachtbar und die Angst, etwas verkehrt zu machen, ist die Triebfeder dahinter. Indem die Betroffenen versuchen jeglichen Fehler zu vermeiden, wollen sie keine Ansatzfläche für Kritik bieten und/oder möglichen beängstigenden Schaden verhindern. Dabei verlieren jedoch viele die Fähigkeit, auf das Wesentliche zu schauen.

Unabhängigkeit und Perfektionismus führen beide zum Verlust der Unterstützung durch Andere und damit zur Mehrbelastung. Da sie Anderen nicht trauen (können), haben sie Schwierigkeiten, Aufgaben zu delegieren und übernehmen sie selbst, anstatt sie Anderen zu überlassen. Dieses Verhalten führt häufig zu Anerkennung, weil sie als besonders verlässlich, pünktlich und gewissenhaft gelten. Jedoch treten oftmals Konflikte auf der Arbeit oder in der Familie auf, da die Flexibilität fehlt. Dazu gehört auch eine mangelnde Fähigkeit zur Anpassung an veränderte Umstände und den Umgang mit unvorhergesehenen Geschehnissen. Treten z.B. im Verlauf eines Tages weitere dringende Aufgaben auf, zeigen die Betroffenen sich nicht in der Lage, von ihrer ursprünglichen Tagesplanung abzuweichen. Statt unwichtige Aufgaben zu lassen, zu delegieren oder auf einen anderen Tag zu verschieben, wird versucht, alle Aufgaben, einschließlich der zusätzlichen, zu erledigen.

Zudem tendieren viele Menschen mit Unsicherheit zu einer materialistischen Orientierung, denn materieller Besitz und ein gutes Einkommen sichern den Zugang zu vielen relevanten Ressourcen, die ihrerseits zur Gesamtzufriedenheit beitragen. So erleben viele Patienten die Bedrohung durch die Herzerkrankung nicht nur als eine rein physische, sondern im gleichen Maße als eine Bedrohung ihres beruflich-sozialen Status. Die mögliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und damit verbunden der eventuelle Verlust des Arbeitsplatzes wird mit einem geringeren Einkommen, einem damit verbundenen niedrigeren sozialen Status sowie dem Verlust der Unabhängigkeit und somit entscheidender Lebenszufriedenheit gleichgesetzt. Dieses Szenario wird gleichsam als sozialer Tod erlebt: „So kann ich nicht sein“.

Da sie diese Bedrohung nicht aushalten und akzeptieren können, wird mit aller Kraft und allen Mitteln zur Sicherung des Seins gegen das Hindernis angekämpft. Es werden Aktivitäten eingesetzt, in der Hoffnung die Ursache beseitigen und der Situation entkommen zu können. In solchen Verhaltensweisen zeigt sich die existenzielle Fehlhaltung: da das Faktische weder angenommen noch ausgehalten werden kann, wird dagegen angekämpft.

Das Bewältigungsverhalten der Herzpatienten auf dieser Ebene wird von außen häufig positiv wahrgenommen. Sie gelten als: verlässlich, pünktlich, diszipliniert, zeitsparend, genau, korrekt, gewissenhaft, umsichtig, haltgebend.

Gleichwohl führen die angewendeten Coping-Strategien auch zu negativen Auswirkungen. So werden Herzpatienten oftmals von ihrer Umgebung beschrieben als: unflexibel, unlebendig, langweilig, wenig spontan, schwerfällig, wenig tolerant und kreativ, umständlich, unpersönlich.

Als pathologische Entwicklungen infolge dieser fixierten Coping-Reaktionen können typischerweise folgende psychische Störungen in der Vorgeschichte und/oder als Reaktion auf die Herzkrankung sichtbar werden: Phobien (häufig Agoraphobie), generalisierte Angststörungen, Panikstörungen, Anpassungs- sowie Zwangsstörungen.

### **Durch welche Erlebens- und Verhaltensweisen fallen die Patienten im Klinikalltag auf?**

Da die Herzkrankung die körperliche Leistungsfähigkeit möglicherweise einschränkt, erleben Herzpatienten sie auf dieser Ebene der Coping-Reaktion als Bedrohung des Könnens und damit des Sein-Könnens.

Bei einigen ist zu beobachten, wie sie die Bedrohung durch die Erkrankung verleugnen. Die Patienten scheinen sich rasch zu erholen und versuchen schnellstens in den Alltag zurückzukehren als wäre nichts passiert. Veränderungen im Lebensstil werden nicht als notwendig oder machbar erachtet.

Häufiger jedoch erleben die Patienten die Verunsicherung direkt und äußern diese auch. Einige neigen in der Folge zu einer permanenten Selbstbeobachtung des Körpers und seiner Reaktionen. So werden z.B. ständig Blutdruck und Puls gemessen und es kann bei kleinsten Abweichungen zu Angst- und Panikreaktionen kommen. Häufiger wird ungeduldig die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die therapeutischen Maßnahmen verfolgt. Ist der empfundene Druck zu groß, versuchen Patienten Fortschritte durch vermehrte Anstrengungen voranzutreiben. Dabei kann es zum Übergehen von Grenzen und zu Rückschlägen im Genesungsprozess kommen, wobei bereits leichte Fehlschläge die psychische Stimmung massiv beeinträchtigen können.

Vielfach wird massive Kontrolle im Umgang mit Risikofaktoren wie Bewegung, Übergewicht, Ernährung oder Rauchen ausgeübt und strengstens umgesetzt.

Die Klinik wird aufgrund der ständigen Präsenz medizinischer Hilfe als sicherer Ort erlebt. Im Klinikalltag fallen die Patienten vor allem durch ängstliches Anklammern auf, z.B. in Form eines häufigen Konsultierens des Arztes bei kleinen Veränderungen der körperlichen Werte. Sie treten oftmals fordernd auf und drängen auf weitere Untersuchungen oder Behandlungen sowie Arztgespräche zur Vergewisserung. Dieses Verhalten verschafft vorübergehend Entlastung, jedoch benötigen die Patienten nach kurzen Zeiträumen bereits eine erneute Vergewisserung und die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe beginnt von vorn.

Es stellt sich die Frage zum therapeutischen Vorgehen auf dieser Ebene. Jedoch würde diese Fragestellung den Rahmen meiner Arbeit sprengen; ich werde ihr evtl. später in einem anderen Rahmen nachgehen. Aus dem bisher Festgestellten lässt sich zumindest ganz kurz

etwas zur weiteren Arbeitsweise ableiten: Die zentrale therapeutische Arbeit auf der Ebene der 1. Grundmotivation ist die Arbeit an der Wahrnehmung, dessen was ist und am Annehmen-Können der Schwäche durch Konfrontieren. Dazu ist es nötig der Frage nachzugehen: „Was bereitet mir Angst, worum geht es dabei?“ Bevor man jedoch an der ablehnenden Haltung des Patienten gegenüber seinen Schwächen ansetzen kann, gilt es vorweg herauszuarbeiten was ihm Halt gibt: z.B. Beziehungen zur Familie und anderen Menschen, ein fester Arbeitsplatz und das Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten.

### **Charakteristische Coping-Reaktionen von Herzpatienten auf der Ebene der 2. Grundmotivation: Ich lebe - mag ich leben?**

#### **Bei einer Störung innerhalb der 2. Grundmotivation: Ich lebe - so mag ich nicht leben!**

In der zweiten Grundmotivation geht es um die Beziehungen und um den Lebenswert. Es genügt dem Menschen nicht, einfach da zu sein und sein Dasein als gesichert zu erleben. Es geht auch um die Qualität des Daseins. Hat er im ausreichenden Maße Erfahrungen der Beziehungen, der Zeit und Nähe gemacht, wird es ihm gelingen, sich dem Wertvollen in seinem Leben zuzuwenden und den Verlust von Wertvollem zu betrauern. In Folge des Sich-Berühren-Lassens vom Wert und dem Bergen des subjektiven Gefühls entsteht im Subjekt emotionale Wärme und ein „So fühlt es sich gut an.“

Kommt es jedoch auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen zu Verletzungen und Mangelerscheinungen kann dies zu einer Verarmung der Näheerlebnisse und in der Folge der Gefühle führen. So kommt Sehnsucht auf, dann Kälte und schließlich Depression. Die Beziehung zum Leben ist gestört, da dessen Wert nicht mehr gefühlt werden kann. Das daraus resultierende Gefühl des Mangels an Wertvollem führt zu einem Grundgefühl des „so mag ich nicht leben!“

Da der empfundene Mangel anfangs schmerzt und häufig als unerträglich erlebt wird, kommt es zur Schutzreaktion durch die erste Grundbewegung mittels eines Rückzuges aus den Beziehungen und aus der Gefühlswelt.

Bei Herzpatienten wird jedoch eher die zweite Coping-Reaktion sichtbar, nämlich die paradoxe Bewegung durch Aktivismus, welche zu einem aktiven Ankämpfen gegen die aufkommende Depression durch Leisten und Erledigen von Aufgaben führt. Da das Mögen gestört ist, das eine Orientierungshilfe bei Entscheidungen darstellt, treten an seine Stelle rationale oder all-gemeingültige Normen, Pflichten und Vorgaben als Wertersatz.

Aufgrund dieser zweckrationalen Lebensgestaltung werden Aufgaben allein unter dem Aspekt der Nützlichkeit betrachtet. So scheint es z.B. vielen nützlich, in einer freien Minute etwas im Haus zu reparieren oder die Fenster zu putzen. Andererseits wäre es vielleicht vor dem Hintergrund einer erschöpfenden Arbeitswoche sinnvoller, die beschränkte Freizeit zur Erholung zu nutzen. Jedoch gilt bei vielen Herzpatienten das Nichtstun als Faul-Sein und ist negativ besetzt. In ruhigen Momenten tritt dann häufig ein schlechtes Gewissen auf. Sich mit dieser inneren Dynamik selbst etwas Gutes zu tun, fällt schwer.

Durch die wenig ausgeprägte Beziehung zum Körper werden seine Signale (Spannungen und Symptome) nicht ausreichend gefühlt und somit seine Anforderungen nicht gespürt. Lange Zeit werden die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit nicht erlebt. Gefühlen gegenüber besteht häufig eine ablehnende Haltung und ihr Ausdruck ist selten. Der eigene Körper wird

verschlicht und instrumentalisiert. Spannungen werden in einem zweckhaften Tun ausagiert und leichte Symptome bagatellisiert oder ignoriert. Es kommt somit zu einem zweckrationalen statt sinnerfüllten Leben mit einem beziehungslosen Körpereinsatz.

Diese Muster haben massive Auswirkungen auf einen weiteren Coping-Mechanismus: Durch den zweckrationalen Lebensstil infolge der blockierten Emotionalität und Beziehungsangst kommt es zu einem Basisgefühl des Verpflichtet-Seins und damit bei vielen Herzpatienten zu einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl Anderen gegenüber. Dies zeigt sich i.d.R. in einer großen Fürsorge für Andere und einem hohen sozialen Engagement. Das kann sich in allen Bereichen des Alltags zeigen: am Arbeitsplatz, wenn die vermuteten Erwartungen von Vorgesetzten erfüllt werden, belastete Kollegen entlastet werden oder für ausgefallene Kollegen eingesprungen wird. In der Familie z.B. durch die Pflege von Angehörigen und in der Freizeit durch ehrenamtliches Engagement in Vereinen (als Vorsitzender oder Trainer), in der freiwilligen Feuerwehr u.a.m.

Diese Fürsorglichkeit ist häufig mit der Schwierigkeit verbunden, Nein zu sagen und sich somit von den vermeintlichen Erwartungen Anderer abzugrenzen. Viele Herzpatienten äußern häufig nach Harmonie mit ihrer Umgebung zu streben und befürchten negative Reaktionen ihrer Umwelt. Diese spezielle beziehungssuchende Leistung dient dem Beziehungserhalt und der Abwehr des Gefühls, nicht oder weniger gemocht (geliebt) zu werden. Infolgedessen bemühen sie sich in hohem Maße, Anderen nicht zur Last zu fallen und muten Belastungen lieber sich selbst als Anderen zu. Um Andere nicht zu belasten, werden häufig eigene Belastungen nicht gezeigt oder heruntergespielt und die Hilfe von Anderen abgewehrt.

Besonders schwer fällt es ihnen Nein zu sagen, wenn ihnen das eigene Vorteile verschaffen würde (z.B. eine Pause). Solch ein Verhalten könnte als egoistisch gelten. Da jedoch Egoismus bei ihnen massiv negativ besetzt ist, stellen sie eigene Ansprüche eher hinten an.

Die Unterordnung unter die Bedürfnisse Anderer bietet eine Strategie für den Umgang mit Auseinandersetzungen und einen Weg zur Vermeidung von Konflikten, um somit die Bindung zum Anderen aufrechtzuerhalten und nicht zu gefährden.

Nach außen hin passen sie sich scheinbar sozial an, insgeheim sind sie jedoch oftmals unzufrieden. Da der empfundene Groll und die Aggressivität nicht ausgelebt werden können, schwellen diese an und entladen sich bisweilen überraschend explosionsartig.

Lob und Ehrungen sind ihnen unangenehm und werden oftmals entwertet: „Das ist nichts Besonderes, was ich getan habe...“, „Das ist doch selbstverständlich.“ Zugleich erwarten sie die Anerkennung der eigenen Leistungen durch die Umgebung.

Überdies sind sie selten in der Lage, eigene Wünsche nach Versorgung und Unterstützung zu äußern. So besteht eine hohe Erwartung an Andere, diese von sich aus zu erkennen und zu erfüllen. Sie sind schnell enttäuscht oder gekränkt, wenn ihre Umgebung diese Wünsche nicht erkennt und erfüllt.

Dieses scheinbar uneigennützig, rücksichtsvolle und selbstlose Verhalten könnte als Altruismus bezeichnet werden. Gerd Rudolf, em. Professor für Psychosomatik und psychodynamische Psychotherapie, stellt jedoch dazu fest: „Die Sorge um den anderen hat keine Entsprechung in der Sorge um sich selbst, das Altruistische reicht bis zur Selbstverleugnung und Selbstaufopferung und lässt darin neurotische Züge erkennen“ (Rudolf 1996, S. 131).

Diese Überfürsorglichkeit Anderen gegenüber führt in Verbindung mit der gestörten Beziehung zum eigenen Körper zu einer Ausbeutung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit. Erstreckt sich diese Hilfsbereitschaft über Jahre, kann sie bis zur Selbstschädigung gehen, da permanent die eigenen Interessen zurückgestellt und die eigenen Grenzen ignoriert werden. Gleichzeitig wird die Hilfe Anderer abgelehnt. In der Folge drohen sie, ein Burnout-Syndrom und eine Herzerkrankung zu entwickeln.<sup>11</sup>

Ein solch selbstloses Verhalten, wie es viele meiner Patienten zeigen, wird in neueren psychologischen Forschungen als pathologischer Altruismus bezeichnet (Vgl. Gielas 2012).<sup>12</sup>

Pathologischer Altruismus wird dabei zunächst als Versuch definiert, Anderen zu helfen. Jedoch beinhaltet er eine ungesunde Fixierung auf Andere unter Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse, was dazu führt, dass der Helfer oder andere Schaden nehmen.

Das Hilfeverhalten des Helfers dient primär nicht nur dem, der die Hilfe empfängt, es dient ebenso dem Helfer zur Konfliktvermeidung und somit dem Beziehungserhalt. Er reagiert stereotyp auf Signale der Hilfsbedürftigkeit mit der Zusage von Hilfe. Dabei verengt sich sein Fokus auf den Akt der konkreten Hilfeleistung und er verliert das Ganze aus dem Blick. Er wägt nicht mehr alle Faktoren ab, und in der Folge kann es zu einem selbstvergessenden Verhalten kommen.

Demnach würde im Sinne einer gesunden Hilfsbereitschaft (Altruismus) der Helfende dann helfen, wenn er sich dazu in der Lage sähe und würde umgekehrt ohne schlechtes Gewissen Hilfe verwehren, wenn er sich nicht dazu in der Lage sähe. Gerade aber dieses schlechte Gewissen Anderen gegenüber angesichts der nicht gewährten Hilfe dennoch häufig zu verspüren, schildern viele meiner Patienten.

Ein weiterer Aspekt der Fürsorglichkeit für Andere liegt in der Ablenkung von dem eigenen unbefriedigten Beziehungs- und Werteerleben. Statt sich den eigenen schmerzenden Mangelgefühlen und der eigenen Bedürftigkeit zuzuwenden, wird z.B. durch Helfen von sich und der aufkeimenden Unruhe abgelenkt.

Wie lässt sich aus existenzanalytischer Sicht das Phänomen der pathologischen Verausgabungsbereitschaft verstehen? Viele meiner Patienten schildern wiederkehrend Situationen, in denen sie ein schlechtes Gewissen verspürten, obwohl dazu keine Veranlassung bestünde. Dieses scheinbar widersprüchliche Erleben lässt sich verstehen, wenn man, wie in der Existenzanalyse, zwei innerliche moralische Instanzen unterscheidet – das Gewissen und das Über-Ich, die im Konflikt miteinander stehen können.

---

<sup>11</sup> Gerd Rudolf zeichnet aus psychodynamischer Sicht einen vergleichbaren Bewältigungsmechanismus der Überfürsorglichkeit nach. Er bezeichnet dieses Geschehen als „die altruistische Verarbeitung des depressiven Grundkonflikts“. Die Ursache für die Selbstverleugnung und Selbstaufopferung sieht er ebenfalls u.a. in dem Bemühen ein harmonisches Beziehungsklima zu schaffen (Vgl. Rudolf 1996).

<sup>12</sup> In Anlehnung an Siegrist (1996) bezeichne ich dieses Verhalten allgemeiner als pathologische Verausgabungsbereitschaft.

## Exkurs Über-Ich vs. Gewissen

Das Über-Ich hat dabei den Charakter der internalisierten Autorität. Es speist sich aus den Werten der Umgebung, von Eltern und anderen Bezugspersonen, der Schule, religiöser Gemeinschaften, Traditionen, Gesetzen u.v.m. Diese werden vom Kind erlernt und verinnerlicht. Die Übernahme von Werten und damit Bewertungen des Umfeldes führt zur Bildung eines inneren Bewerter, in anderen Konzepten spricht man auch vom inneren Kritiker oder Antreiber. Das Über-Ich bezieht sich auf Regeln und Konventionen für Situationen, die meist das Zusammenleben mit Anderen regeln sollen. Dabei spielen persönliche Ansichten und Bedürfnisse keine Rolle. Dadurch erhält das Über-Ich einen Allgemeinheitscharakter und stellt Gebote sowie Verbote auf. Bei Zuwiderhandlung droht es („erhobener Zeigefinger“) und erzeugt Angst (vor Entdeckung und Strafe) sowie Spannung. Häufig kann das Über-Ich „rationalisiert sein, mit ‚logischen Argumenten‘ untermauert und als das ‚unzweifelbar Vernünftige‘ dargestellt sein. ... ‚Das tut man so.‘ ‚Das tut man nicht‘ - ‚Man muss...“ (Vgl. Längle 2003, S. 130f).

Dem gegenüber unterscheidet Frankl das Gewissen: „Das Gewissen gehört zu den spezifisch menschlichen Phänomenen. Es ließe sich definieren als die intuitive Fähigkeit, den einmaligen und einzigartigen Sinn, der in jeder Situation verborgen ist, aufzuspüren. Mit einem Wort, das Gewissen ist ein Sinn-Organ.“ (Frankl, 1948, S. 87).

Längle begreift das angeborene Gewissen als das „**Gespür für die Hierarchie der Werte in einer Situation** im Hinblick auf das, was diese **Person insgesamt** für **gut** hält und daher als ‚**richtig**‘ empfindet“ (Längle 2003, S. 129; Hervorhebung im Original). Somit werden bei einer Gewissenentscheidung persönliche Werte und die Werte der Situation aufeinander abgestimmt. Dabei verweist das Gewissen auf das, worauf es hinausläuft (Zukunft) und wie es sich einfügt in das Ganze. Es erfasst das Wesentliche, um das es in der jeweiligen Situation geht. Demzufolge entsteht eine Gewissensentscheidung jedes Mal neu und stellt spezifische Werte zur Wahl. Im Gegensatz zum fordernden Über-Ich bietet das Gewissen die zur Wahl stehenden Werte wohlwollend an und hat somit eine aufzeigende Rolle. Mit dieser Freiheit zur Wahl entsteht jedoch eine Verantwortung für die jeweilige Wahl. Dies mag einer der Gründe sein, warum Menschen in vielen Situationen vor einer Gewissensentscheidung zurückschrecken und lieber dem Über-Ich folgen, das damit die Verantwortung übernimmt („Das muss man so machen!“).

Handelt man seinem Gewissen zuwider, fühlt es sich falsch an, tut es einem leid und kommt es zur Trauer über den Werteverlust. Folgt man hingegen seinem Gewissen entsteht innere Ruhe und Sicherheit: „Ich kann es vertreten“. Dieses Gefühl, mit innerer Zustimmung zu leben, d.h. sich in Freiheit für etwas zu entscheiden und ja zum eigenen Handeln sagen zu können, führt zur Hingabe und in der Folge zur Erfüllung.

Empfindet man hingegen sein Handeln als fremdbestimmt, erlebt man das eigene Handeln als von außen gesteuert. Das bedeutet, dass man sich instrumentalisieren lässt, man innerlich nicht dabei ist, sich hergibt. Dies führt zudem dazu, dass man sich und den eigenen Wert nicht mehr spürt und eigene Bedürfnisse hinten anstellt: „Wer sich für etwas hergibt, lässt sich daher etwas nehmen, lässt sich *sich* aus der Hand nehmen. Die Handlung selbst wird in der Folge als *entleerend* empfunden“ (Längle 2005, S. 15; Hervorhebung im Original).

In der Folge dieser existenziellen Fehlhaltung der Hergabe anstelle der Hingabe, der pathologischen Verausgabebereitschaft, kommt es zu Gefühlen der anhaltenden Überforderung und Ausweglosigkeit, gereizter Resignation sowie Ohnmacht und letztlich zur vitalen Erschöpfung, zum Burnout.

Als pathologische Entwicklungen dieser gesamten fixierten Coping-Reaktionen können alle Formen der Depression und des maniformen Verhaltens in der Vorgeschichte und/oder als Reaktion auf die Herzerkrankung auftreten: langanhaltende depressive Verstimmung (Dysthymia), Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, einmalige depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, bipolare Störung sowie depressive Somatisierung.

Die auf der Ebene der 2. Grundmotivation von den Herzpatienten angewendeten aktiven Coping-Strategien werden von ihrer Umgebung häufig positiv erlebt. Sie gelten als: freundlich, höflich, hilfsbereit, engagiert, fürsorglich, aufopfernd, zuverlässig, rücksichtsvoll, beherrscht, gutmütig, harmonisierend, bescheiden.

Dessen ungeachtet zeigt dieses Bewältigungsverhalten auch negative Auswirkungen. So werden Herzpatienten ebenfalls oft beschrieben als: harmoniebedürftig, konfliktscheu, nachgiebig, Dankbarkeit erwartend, schnell enttäuscht, ruhelos, hektisch, verschlossen, selbstvergessend.

### **Durch welche Erlebens- und Verhaltensweisen fallen Patienten mit diesem Bewältigungsverhalten im Klinikalltag auf?**

Patienten auf dieser Ebene der Coping-Reaktion zeigen häufig eine depressive Erschöpfungsreaktion: körperliche Erschöpfung, unkontrolliertes Weinen, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit und ängstliche Verzweiflung.

Sie, die bisher allen Anderen geholfen haben, erleben nun selbst eine große Hilflosigkeit. Zumeist kämpfen diese Patienten unter Selbstvorwürfen mühsam gegen dieses Gefühl an und versuchen sich zusammenzureißen. In ihrem Bemühen, die Beziehung zu Anderen nicht zu belasten, fügen sie sich gut in den Klinikalltag ein und folgen den Anweisungen des Personals. Sie verhalten sich unauffällig und angepasst, sind dabei aber auch verschlossen.

Der Verlust der Affektkontrolle (z.B. Weinen-Müssen) wird als außerordentlich peinlich empfunden. Um die eigene Hilfsbedürftigkeit nicht zu spüren, wehren sie die Hilfe Anderer ab und ziehen sich zurück. Dabei stellt sich zumeist ein resignatives Gefühl eigener Ohnmacht sowie Selbstzweifel ein.

Aufgrund des erschwerten Zuganges zum eigenen Erleben und Empfinden fällt es ihnen schwer, körperliche Symptome mit (psychischer) Überforderung in Zusammenhang zu bringen. So kommt es zum Klagen über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unruhe u.v.m., ohne die Beteiligung psychischer Ursachen in Betracht zu ziehen.

Die starke Abwehr der eigenen Hilfsbedürftigkeit erschwert den Zugang zu diesen Patienten. Aufgrund ihrer Angepasstheit kommt es zunächst zu einem scheinbar guten Arbeitsbündnis, dieses bleibt aber häufig oberflächlich. Schon bei kleinsten Fortschritten wird vermittelt, wieder alles im Griff zu haben und keine weitere (psychologische) Hilfe zu benötigen.

Hinter dem Anspruch, selbst stark zu sein, können sich jedoch Bedürftigkeit und Enttäuschung verbergen. Dies klingt zumeist in Vorwürfen an, in ihrem Leben alles gegeben, jedoch wenig zurückbekommen zu haben.

Die Abwehr der eigenen Bedürftigkeit durch die Fürsorge für Andere erschwert es zudem enorm, eigene Wünsche nach Versorgung und Unterstützung zu äußern, und so kommt es stattdessen zum Klagen über körperliche Symptome und enttäuschende Mitmenschen.

Patienten, die bereits einen gewissen Zugang zu ihren Empfindungen und dem Gefühl, nicht ihren eigenen Werten zu folgen, entwickelt haben, können sich leichter auf psychologische Hilfe einlassen und suchen diese oft explizit. Sie beschreiben häufig Probleme mit dem Nein-Sagen und somit mit dem sich-Abgrenzen-von-den-Erwartungen-Anderer und streben an, zukünftig „egoistischer“ zu sein.

Die zentrale therapeutische Arbeit auf der Ebene der 2. Grundmotivation ist die Arbeit an der Wahrnehmung und dem Ausdruck der eigenen Gefühle und Werte. Angestrebt wird eine ausgewogene Beziehungsgestaltung zu sich selbst, zum eigenen Körper und zu anderen Menschen. Dazu bedarf es einer Schwächung des Über-Ichs und einer Stärkung des Gewissens. Im Sinne einer Gewissensschulung geht es um die Bewusstwerdung und Auseinandersetzung mit der eigenen existentiellen Haltung (Hergabe vs. Hingabe). Dabei sollte die Beschäftigung mit den eigenen Werten und dem eigenen Empfinden mit Respekt erfolgen und mit einer Aufforderung verbunden sein, diesen häufiger zu folgen.

Ein weiterer Aspekt der therapeutischen Arbeit ist die Bearbeitung aufbrechender Enttäuschungen und Wut über nicht Erhaltenes sowie über nicht Gelebtes. Dies würde in eine Trauerbegleitung münden. In der Folge könnte durch ein gesteigertes Selbstmitgefühl eine authentischere Selbstfürsorge und somit eine größere Zufriedenheit erreicht werden.

### **Charakteristische Coping-Reaktionen von Herzpatienten auf der Ebene der 3. Grundmotivation: Ich bin ich – darf ich so sein?**

#### **Bei einer Störung innerhalb der 3. Grundmotivation: Ich bin ich – so darf ich nicht sein!**

In der dritten Grundmotivation geht es um das Person-Sein, um die Anerkennung des Eigenen, den Selbstwert. Hat ein Kind die Erfahrung gemacht, dass es beachtet und gerecht behandelt wurde, so stärkt dies sein Selbstwertgefühl. Dies ermöglicht ihm das Ernstnehmen des Eigenen, die Abgrenzung zum Anderen und die kritische Selbstbewertung. Aus positiven Erfahrungen entsteht somit das Selbstvertrauen: „So darf ich sein!“

Wird hingegen wiederholt kein Respektieren des Eigenen erlebt und kommt es stattdessen zu häufigen Abwertungen, entsteht eine Verunsicherung des Selbst. Auch Unverständliches in den Beziehungen, vor allem Unberechenbarkeiten (z.B. abrupte Wechsel), für deren Ursache man sich selbst hält, kann zu Gefühlen des Ausgeliefertseins und Ausgegrenztseins führen. In der Folge wird die Umwelt als selbstwertbedrohlich und feindselig wahrgenommen, und es entsteht das Gefühl: „So darf ich nicht sein!“

Die anhaltende schmerzhaft Beeinträchtigung der Autonomieentwicklung durch verletzende Reaktionsweisen von nahen Menschen führen zur inneren Distanzierung von den Gefühlen des persönlichen Verletztseins und der Entwertung. Hält dies an, kommt es schließlich zu einem Zustand, in dem das Bewusstsein nicht mehr in der Lage ist, die Informationen von außen und innen sinnvoll in Einklang zu bringen, und infolgedessen werden Gedanken und



Gefühle getrennt. In dieser abgespaltenen Form können sie nun nicht mehr als Ganzes gefühlt, erkannt und verstanden werden. Da nun die Orientierung an dem fehlt, was man persönlich als richtig oder falsch empfindet, richtet man sich stattdessen nach der formalistischen Pflicht.

Gelingt es nicht, zu den verletzenden Beziehungen auf Distanz zu gehen (erste Grundbewegung), kommt die zweite Stufe der Coping-Reaktion zum Einsatz: die paradoxe Bewegung mittels Aktivismus durch Funktionieren und Rechtfertigung.

Als Besonderheit zeigen sich Störungen des Selbst in unterschiedlichen Ausprägungen. Kolbe formuliert, analog zu den ersten drei Grundmotivationen, vier Kernthemen des Menschen, die ihn auch typologisch prägen: „Die Kernthemen des Menschen – neben der für alle Menschen wesentlichen Sinnfrage – sind: Sicherheit, Verbundenheit, Einzigartigkeit und Selbstbewusstsein“ (Kolbe 2012, S. 34). Auf der Ebene der dritten Grundmotivation unterscheidet er somit zwei Bedürfnisse: Der Mensch will sich gesehen fühlen und er will sich anerkannt wissen. Je nach in der Vorzeit erlittenen Verletzungen und Mangelerscheinungen wird mehr das eine oder andere Bedürfnis im Mittelpunkt stehen. Bei einer stärkeren Bedrohung der Beziehung zu sich und zum Gesehen-Werden kommt es zu einer histrionischen Akzentuierung der Persönlichkeit. Ihr Streben liegt im Erlangen einer Wichtigkeit für Andere. Stehen die Bedrohung der Bedeutung und somit die Angst des Ungenügendseins im Vordergrund kommt es zu einer narzisstischen Akzentuierung. Hierbei ist das zentrale Thema die Anerkennung durch Andere (d.h. positives Feedback über die eigene Person zu bekommen)(Vgl. Kolbe 2013).

Beide Typen reagieren auf die Verletzungen mit einer inneren Unruhe und einer Flucht nach vorne: dem Mobilisieren der Kräfte um zu agieren. Sie fallen häufig durch Geschäftigkeit, Tüchtigkeit und Umtriebigkeit auf.

Menschen mit einer narzisstischen Akzentuierung der Persönlichkeit haben in ihrer Kindheit viele Abwertungen erhalten und bildeten ein negatives Selbstbild aus: „Ich bin nicht gut genug“. Aus der Angst vor einer negativen Bewertung durch Andere und der Überzeugung, stets das Äußerste leisten zu müssen, um von Anderen als gut und wertvoll beurteilt zu werden, resultiert eine übermäßige Leistungsorientierung. So entsteht eine selektive Wahrnehmung für selbstwerterhöhende Phänomene in allen Bereichen des Lebens. Berufliche aber auch persönliche/private Erfolge dienen der Selbstwertsteigerung, z.B. indem Karriere gemacht und viel Geld verdient wird. Menschen mit dieser Akzentuierung sind häufig in Branchen mit hohem Verkaufs- und Konkurrenzdruck sowie mit prämienabhängiger Bezahlung tätig.

Zusätzlich sind sie in ihrer freien Zeit oftmals ehrenamtlich oder politisch tätig. Auch der Sport dient oft der Selbstwertsteigerung (so werden z.B. Wettkampfsportarten oder Marathon gewählt) und weniger der Fitness, was häufig mit einer Überschreitung der körperlichen Grenzen einhergeht.

Durch diese Aktivitäten erhalten sie in ihrer Biografie häufig viel Anerkennung für ihre Leistungen, was zu einem positiven Selbstwertgefühl führt. Da jedoch ihr Selbstwertgefühl eine direkte Folge der beobachtbaren Leistungen und Erfolge ist, steht ihr Selbstwert permanent auf dem Spiel. Daraus resultiert häufig ein perfektionistisches Verhalten, bspw. eine Überpünktlichkeit. Indem sie jeglicher Kritik zuvorkommen, wollen sie unangreifbar werden. Dieses Verhalten führt zu Mehrbelastung, da sie z.B. Arbeiten eher selbst übernehmen, als sie Anderen zu überlassen. Auch kommt es oft zu Konflikten auf der Arbeit oder in der Familie, da sie wenig flexibel reagieren können. Auf Kritik reagieren sie oftmals mit

Rechtfertigungen mittels sachlicher Argumente: ein Aktivismus, bei dem das Persönliche in den Hintergrund tritt.

Da sie sich beständig vor möglicher Kritik schützen müssen, wird auch verständlich, dass sie keine Schwäche zeigen dürfen, die gegen sie verwendet werden könnte. So demonstrieren sie immer wieder, wie belastbar sie sind und funktionieren, um nicht kritisiert zu werden. Zur weiteren Vermeidung von negativen Beziehungserfahrungen und dem Schutz vor Kränkungen streben sie zudem im großen Maße Unabhängigkeit von Anderen an.

Auffällig ist bei Herzpatienten mit narzisstisch akzentuierter Persönlichkeit, dass die Selbstwerterhöhung i.d.R. nicht durch die Abwertung Anderer geschieht, sondern durch die Anwendung von selbstwertsteigernden Aktivitäten. Das Zeigen von offener Aggression ist häufig deutlich gehemmt.

Diese leistungsorientierte Kompensation ihrer beständigen latenten Angst vor Selbstwertverlust führt zu einer ununterbrochenen Überaktivierung. Da ihre Körperwahrnehmung gestört ist, sind sie abgeschnitten von grundlegenden Informationen über ihren eigenen Zustand. Dies führt zur Unfähigkeit, ihr hohes Stressniveau selbst wahrzunehmen. Soweit sie jedoch ihr Stresserleben wahrnehmen, erleben sie dieses durch die Assoziation mit Erfolg und Anerkennung als positiv, wodurch Stress grundsätzlich für sie einen positiven Wert erhält. So kommt es zu einer permanenten Selbstüberschätzung der Kräfte mit letztlich negativen Folgen: Entleerung sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Erschöpfung, Burnout und Herzerkrankungen.

Personen mit einer histrionischen Akzentuierung haben in ihrer Kindheit die Erfahrung gemacht, dass ihre zentralen Bedürfnisse (mit Anderen verbunden zu sein, Andere als verlässlich zu erleben und fürsorglich umsorgt zu werden) nicht ausreichend erfüllt wurden. Sie haben daraus für sich abgeleitet: „Ich bin für niemanden wichtig“.

So sind alle ihre Bemühungen darauf gerichtet, von ihrer Umgebung Signale zu erhalten, dass sie in deren Leben eine große Bedeutung haben. Sie suchen in starkem Maße nach Aufmerksamkeit und sind häufig sehr umtriebig, um sich interessant zu machen. In ihrem Bestreben, Anderen zu zeigen, dass sie es wert sind, gemocht zu werden, geben sie alles. So zeigen Herzpatienten mit einer histrionischen Akzentuierung häufig ein hohes Maß an Hilfsbereitschaft und Engagement. Dabei versuchen sie sich sowohl im beruflichen als auch privaten Umfeld buchstäblich unentbehrlich für Andere zu machen.

Um die Beziehung zu Anderen nicht zu gefährden, versuchen sie zudem über einen langen Zeitraum, Anderen nicht zur Last zu fallen. Im Gegenzug erwarten sie von ihrer sozialen Umwelt Aufmerksamkeit, also gehört, wahrgenommen sowie respektiert zu werden. Ebenso fordern sie von Ihrer Umgebung, Hilfe und Unterstützung dann zu erhalten, wenn sie sie benötigen. Werden ihre Erwartung nicht erfüllt, reagieren sie oftmals heftig und dramatisch. So ziehen sie sich beleidigt zurück oder fordern wütend eine andere Behandlung ein. Schon auf minimale Anlässe reagieren sie äußerst gekränkt.

Um sich vor der Unzuverlässigkeit und mangelnden Fürsorge Anderer zu schützen, werden die Kontakte zu anderen Menschen zwar mit einer hohen Emotionalität, aber oberflächlich und häufig manipulativ gestaltet.

Durch diese innere Distanzierung kommt es, ähnlich wie bei den Patienten mit einer narzisstischen Akzentuierung, zu einer gestörten Körperwahrnehmung sowie einer permanenten Selbstüberschätzung mit letztendlich negativen Auswirkungen: Entleerung sowie gesundheitliche Folgen wie vitale Erschöpfung, Burnout und Herzerkrankungen.

Als pathologische Entwicklung dieser fixierten Coping-Reaktionen kann eine narzisstische bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung sichtbar werden.

Herzpatienten mit einer narzisstischen Akzentuierung der Persönlichkeit werden häufig positiv charakterisiert als: ehrgeizig, leistungsbereit, engagiert, selbstbewusst, kraftvoll, sportlich, rational, intellektuell, sich beweisend, wettbewerbsorientiert, durchsetzungsfähig.

Hinsichtlich der negativen Auswirkungen des Coping-Verhaltens gelten Menschen mit einer narzisstischen Akzentuierung der Persönlichkeit oftmals als: arrogant, auf Anerkennung aus, rivalisierend, wenig einfühlsam, emotionsarm, unnahbar, leicht kränkbar.

Herzpatienten mit einer histrionischen Akzentuierung der Persönlichkeit werden positiv wahrgenommen als: lebendig, unterhaltsam, interessant, schillernd, attraktiv, hilfsbereit.

In der Folge ihres Bewältigungsverhalten werden sie aber auch negativ beschrieben als: Aufmerksamkeitserheischend, auf Komplimente aus, unecht, oberflächlich, distanzlos, übertreibend, fordernd, jammernd und klagend, launisch, manipulierend, leicht kränkbar.

### **Durch welche Erlebens- und Verhaltensweisen fallen Patienten mit diesem Bewältigungsverhalten im Klinikalltag auf?**

Herzpatienten mit einer narzisstischen oder histrionischen Akzentuierung der Persönlichkeit fallen regelmäßig im Klinikalltag auf und gelten als schwierig, was wiederholt zu Interaktionsproblemen führt.

Patienten mit einer narzisstischen Akzentuierung erleben häufig die Herzerkrankung als Bedrohung ihrer Lebensweise. Denn die mit der Erkrankung verbundenen Beschwerden und Leistungseinschränkungen gefährden ihre Strategie, mittels Leistung Anerkennung zu finden. Sie reagieren häufig mit großem Engagement und Ungeduld und fallen durch häufigere Konsultationen und Zwischenfragen auf. Gleichzeitig wird die medizinische Betreuung als unliebsame Abhängigkeit erfahren, was häufig ein Abwehrverhalten gegenüber Hilfsangeboten auslöst. In ihrem Bestreben, sich vor erneuten emotionalen Verletzungen zu schützen, versuchen sie eine Position der Überlegenheit aufrechtzuerhalten oder wiederzugewinnen. Dabei fällt es ihnen schwer, die Kontrolle über sich abzugeben, z.B. für die medizinische Behandlung. So werden die Helfer dann bspw. mit Berichten über frühere Leistungen überschüttet oder fühlen sich durch das Kontrolle ausübende, unkooperative und eigensinnige Verhalten ihrer Patienten abgelehnt.

Herzpatienten mit einer histrionischen Akzentuierung erleben ebenfalls ihre Strategie, mittels Leistung Wichtigkeit für Andere zu erlangen, als gefährdet. In ebenso starkem Maße wird jedoch ihre Angst, ob sie ausreichend versorgt werden, neu entfacht. Im Grunde genommen erwarten sie, wieder die Erfahrung zu machen, dass Beziehungen nicht verlässlich sind. Sie fallen durch häufigere Konsultationen auf, bei denen sie vielfach wechselnde Symptome berichten. Ebenso fallen sie durch Extrawünsche und die Erwartung einer Sonderbehandlung auf. Beim medizinischen Personal gelten sie entsprechend als anspruchsvoll, eigensinnig, zeitraubend und schwierig. Um dennoch Aufmerksamkeit zu erlangen, berichten sie häufig in

dramatischen Auftritten von ihren Beschwerden. Gleichzeitig schützen sie sich durch ihr emotional oberflächliches Verhalten vor erneuten emotionalen Verletzungen, was jedoch zu einer mangelnden Bindung zum medizinischen und therapeutischen Personal führen kann.

Bei beiden Typen wird aufgrund ihrer inneren Distanzierung in Gesprächen wenig ihr emotionales Erleben spürbar, was zu einem geringen Mitschwingen auf Seite der Therapeuten und des medizinischen Personals führen kann. Sie lassen einen „kalt“ und bleiben somit auf Distanz.

All dies erschwert die Beziehungsaufnahme und somit die therapeutische Arbeit. Den betroffenen Patienten ist i.d.R. nicht bewusst, dass sie ein ungünstiges Interaktionsverhalten aufweisen. Daher gibt es zu Therapiebeginn auch keinen Arbeitsauftrag im Hinblick auf Aspekte der ungünstigen Interaktionsstile. Dieses Problembewusstsein muss erst im Therapieprozess geschaffen werden. Dazu sind konfrontative Interventionen erforderlich. Bevor diese jedoch angewendet werden können, muss eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung hergestellt worden sein. Das bedeutet, zunächst die therapeutische Beziehung zum Patienten so zu gestalten, dass dessen wesentliche Beziehungsmotive befriedigt werden, soweit dies im Rahmen der therapeutischen Regeln möglich und vertretbar ist.

Deshalb sollte der Therapeut in der Anfangsphase bei Patienten mit einer histrionischen Akzentuierung Konfrontationen vermeiden und vor allem alles umgehen, was als Ignorieren oder Nicht-ernstnehmen des Patienten verstanden werden könnte. Das beinhaltet u.a. Klagen zuzulassen.

Bei Patienten mit narzisstischer Akzentuierung sollte der Therapeut es unbedingt vermeiden, diesen als defizitär darzustellen. Stattdessen sollte er zunächst die Lebensleistung des Patienten anerkennen und wertschätzen. Er sollte zudem die Autonomie des Patienten respektieren und sich als kompetent zeigen.

Erst wenn eine ausreichend tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung hergestellt wurde, ist die zentrale therapeutische Arbeit auf der Ebene der 3. Grundmotivation möglich: Dem Patienten zu ermöglichen, mit seinem emotionalen Erleben in Begegnung zu treten und dadurch das eigene Wesen zu finden.

Da es jedoch während eines dreiwöchigen Aufenthaltes kaum realisierbar ist, eine ausreichend tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung aufzubauen, bleibt es bei ersten Schritten in der therapeutischen Begleitung: grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen und Vertrauen in eine psychotherapeutische Behandlung aufzubauen.

## **Charakteristische Coping-Reaktionen von Herzpatienten auf der Ebene der 4. Grundmotivation: Ich bin da – wofür soll ich da sein?**

### **Bei einer Störung innerhalb der 4. Grundmotivation: Ich bin da – es gibt nichts, wofür ich da bin!**

Wenn der Mensch erlebt, dass er sein kann, wenn es ihm gelingt, sich dem Wertvollen in seinem Leben zuzuwenden und wenn er das Selbstvertrauen entwickelt hat, sein zu dürfen wie er ist, erst wenn diese drei Grundbedingungen erfüllt sind, ist der Menschen in der Lage sich der vierten Frage zuzuwenden: worum im Leben soll es gehen?

Ist es dem Mensch gelungen, sich in Übereinstimmung mit der jeweiligen Situation zu bringen, indem er sich Aufgabengebiete erschlossen hat, sich eingebettet weiß in strukturgebende Zusammenhänge wie Familie oder Arbeit und Werte für die Zukunft hat, dann kann er durch sein Handeln existenziellen Sinn erfahren, und das Gefühl entsteht: „Dafür bin ich da!“

Kommt es hingegen zu einer Frustration des „Willens zum Sinn“ (Frankl) kann Orientierungslosigkeit in Bezug auf Sinnerfahrungen entstehen. Sinnlosigkeitsgefühle können im höheren Alter häufig durch Schicksalsschläge wie Arbeitslosigkeit, eine schwere Erkrankung oder den Tod eines nahestehenden Menschen ausgelöst werden. In der frühen Biografie hingegen lösen eher Frustrationen durch nahestehende Menschen durch Negieren von Werten und Sinn eine Sinnkrise aus.

Die fehlende Eingebundenheit in größere Strukturen oder das Gefühl, kein Wofür-soll-ich-weiter-leben zu haben, können zur Sinnblockade oder zum Sinnverlust führen, was Frankl als „Existenzielles Vakuum“ bezeichnete: „Ich bin da – es gibt nichts, wofür ich da bin!“

Funktioniert als Schutzreaktion die erste Grundbewegung durch das Einnehmen einer provisorischen Lebenshaltung nicht, setzt zur Abwehr des Gefühls der inneren Sinn-Leere die zweite Stufe der Coping-Reaktion ein: die Paradoxe Bewegung mittels Aktivismus. Der Aktivismus auf dieser Ebene besteht in der eigenen Schaffung von Sinnzusammenhängen.

Da es nicht gelingt, sich an gefühltem Sinn zu orientieren, kommt es zu einer Anfälligkeit für Sinnersatz. Oftmals wird die innere Leere durch Idealisierung oder Fanatismus überbrückt. Dabei werden Teilaspekte des Lebens übermäßig idealisiert, d. h. emotional übermäßig bewertet.<sup>13</sup> Diese Überwertigkeit erschwert massiv die Abstimmung mit anderen Werten und kann zur Vernachlässigung bspw. von Freizeit und Gesundheit führen. Die Betroffenen zeichnen sich vor allem durch einen zwanghaft überdurchschnittlichen Arbeitseinsatz, ein überhöhtes dysfunktionales Perfektionsstreben und ein inneres Getrieben-sein aus, begleitet von dem Gefühl: „Wenn ich das nicht habe (mache), ist das Leben sinnlos“. Dieses Bewältigungsmuster kann mehr und mehr die Form eines krankhaften Suchtverhaltens (Arbeitssucht) annehmen und zu Konflikten mit nahestehenden Personen führen. Gleiches gilt z.B. für exzessives Sporttreiben.

---

<sup>13</sup> In der psychoanalytischen Theorie dient eine Idealisierung der Abwehr aggressiver Impulse gegen eine idealisierte Person, um Schuldgefühle und Ängste abzuwehren. Dies könnte bei einem Teil meiner Patienten den auffällig geringen Ausdruck von aggressiven Gefühlen erklären.

Noch häufiger wird die innere Orientierungslosigkeit durch eine Zielsetzung überbrückt. Dabei wird eine Orientierung weniger am Sinn einer Sache bzw. einer Situation ausgerichtet, als vielmehr an ihrem Zweck (starke Neigung zur Funktionalität). In der Folge dieser „Verzweckung“ wird das Ziel wichtiger, als der Weg dorthin, und es kommt zum Erfolgsstreben: Verbissen wird nach einem Ziel gestrebt und nicht davon abgelassen, selbst wenn es von den äußeren Umständen her nicht mehr passt bzw. anderes dran wäre (Zielfixierung).<sup>14</sup>

Nach Längle (1997) herrscht damit eine Ziel-Gerichtetheit statt einer Wert-Orientierung vor. Dabei wird eine Tätigkeit als Mittel zum Zweck und nicht als Eigenwert gesehen. Da diese Lebenshaltung sich aber nicht an den realen Gegebenheiten der Welt und an den wirklichen Bedürfnissen erfüllender Existenz orientiert, geht sie am Leben vorbei (Existenzielle Fehlhaltung). Sie führt nicht zum Erleben von Inhalten, sondern zum Erreichen von gesteckten Zielen, die durch den Mangel an innerer Beziehung aber ohne Leben sind. „Die Folge ist ein emotionales Kaltstellen seiner selbst und ein Leben in Dis-Kordanz mit sich selbst („cor“ = Herz - das Herz ist nicht dabei)“ (Längle 1997, S. 16). Damit einhergeht, dass Signale des Körpers in ihrer Bedeutung für die eigene Psyche nicht wahrgenommen werden und sowohl Gefühle als auch Bedürfnisse nicht gelebt werden. Ebenso wird das eigene Gespür für das Richtige (3.Grundmotivation) nicht bemerkt und ernstgenommen, was zu einem Beziehungsverlust zu sich selbst führt. Hierdurch kommt es zu einer fehlenden Beziehung nach außen (fehlende Wertberührung) als auch nach innen (zu sich selbst und zu den Emotionen). Dies kann in Leere- und Sinnlosigkeitsgefühlen münden, bei anhaltender Leistung in Stress und in eine Erschöpfungsdepression/Burnout.

Menschen mit diesem Bewältigungsmuster erscheinen ihrer Umgebung oft positiv als: arbeitsfreudig, engagiert, beharrlich, enthusiastisch, überzeugend, begeisternd.

Hingegen werden sie von vielen negativ wahrgenommen als: übertreibend, einseitig, starr, unflexibel, fanatisch, verrannt, gehetzt.

---

<sup>14</sup> Das charakteristische Persönlichkeitsmuster auf der Ebene der 4. Grundmotivation lebendig zu skizzieren fällt mir schwer, da ich es erst im Rahmen dieser Arbeit aus den Grundmotivationen abgeleitet habe. Bisher habe ich es wenig bewusst wahrgenommen und bin ich mir über die Häufigkeit seines Auftretens unsicher (vermute jedoch, dass es sehr selten auftritt). Gleichwohl bin ich der Auffassung, diesem Muster bereits begegnet zu sein, es aber aufgrund der großen Ähnlichkeit zum Persönlichkeitsmuster der 1. Grundmotivation (zwanghaft-perfektionistisch) oder der 2. Grundmotivation (engagiert) eher diesen zugeordnet zu haben.

Das mit Abstand häufigste Persönlichkeitsmuster in meinem Arbeitsalltag ist das depressiv-überfürsorgliche Coping-Muster auf der Ebene der 2. Grundmotivation. Es scheint mir bei ca. der Hälfte meiner Patienten vorzuliegen. Das zweithäufigste Muster, mit vielleicht einem Drittel der Patienten, ist das ängstlich/zwanghaft-perfektionistische Persönlichkeitsmuster innerhalb der 1. Grundmotivation. Die histrionisch bzw. narzisstisch geprägten Bewältigungsstile auf der Ebene der 3. Grundmotivation sind relativ selten.

### **Durch welche Erlebens- und Verhaltensweisen fallen Patienten mit diesem Persönlichkeitsmuster im Klinikalltag auf?**

Die bei einer Herzerkrankung häufig vorhandene oder mögliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit wird von den Betroffenen bedrohlich erlebt, da sie das Erreichen von Sinnhaftigkeit ihrer weiteren Existenz angreift. Die Patienten reagieren mit einer ungeduldigen Betriebsamkeit, um die Erkrankung zu überwinden, und nehmen oftmals gewissenhaft Lebensstilveränderungen vor. Gelingt dies nicht, kommt es oftmals zum Auftreten einer reaktiven Depression.

Aufgrund der zu erwartenden Abwehr der Patienten, das eigene Handeln als exzessiv oder idealisiert zu betrachten, liegt der therapeutische Schwerpunkt zunächst auf der Stabilisierung der Patienten. In einem zweiten Schritt können dann vorsichtig die eigenen Prioritäten mit einem Hinweis auf die negativen Folgen infrage gestellt werden. Erst wenn eine ausreichende Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den eigenen Werten geschaffen wurde, kann die zentrale therapeutische Arbeit auf der Ebene der 4. Grundmotivation angegangen werden. Diese besteht in einer Analyse der dahinter stehenden Bedürfnisse und im Aufbau von Offenheit für die Angebote der jeweiligen Situation. Gelingt eine Realitätswahrnehmung, ist es möglich, eine Übereinstimmung mit der Situation zu schaffen, indem man prüft, ob es auch für Andere oder die Zukunft gut ist. Erst dies ermöglicht ein Handeln mit Hingabe.

**Tabelle 3: Die charakteristischen Coping-Reaktionen von Herzpatienten auf der Grundlage der vier Grundmotivationen**

	Voraussetzungen	Grundgefühl bei einer Störung	Bewältigungsstil	Fixierte Coping-Reaktion in der zweiten Grundbewegung: Paradoxe Bewegung / Aktivismus	Zentrales Motiv der Coping-Reaktion
1. GM „Ich bin – kann ich sein?“	Schutz Halt Raum	Verunsicherung Ich bin – so kann ich nicht sein!	ängstlich/ zwanghaft- perfektionistisch /kontrollierend	Sorgen- und Sicherungsverhalten, Eigenkontrolle und Kontrolle der Umgebung, Orientierung an Normen und Regeln, Perfektionismus, Unabhängigkeit, materialistische Orientierung	Kontrolle haben
2. GM „Ich lebe – mag ich leben?“	Nähe Zeit (Vor-) Beziehung	Verlassenheit Ich lebe - so mag ich nicht leben!	depressiv- überfürsorglich	Erledigen von Aufgaben, Überfürsorglichkeit Anderen gegenüber, Harmoniesuchend, Entwertung des Eigenen	Gebraucht werden von Anderen
3. GM „Ich bin ich – darf ich so sein?“	Be-Achtung Gerechtigkeit Wertschätzung	Selbstverlorenheit/Unge- nügendsein Ich bin ich – so darf ich nicht sein!	histrionisch/ narzisstisch- Wirkung erzeugend/ ehrgeizig	Histrionisch: Hilfsbereitschaft und Engagement  Narzisstisch: selbstwerterhöhende Aktivitäten und Rechtfertigung/ Unabhängigkeit	Histrionisch: Wichtigkeit für Andere erlangen  Narzisstisch: Anerkennung von Anderen erhalten
4. GM „Ich bin da – wofür soll ich da sein?“	Tätigkeitsfeld, Struktur- zusammenhang, Wert in der Zukunft	Leere Ich bin da – es gibt nichts, wofür ich da bin!	abhängig- zielstrebig/ idealisiert	Schaffung von Sinnzusammenhängen durch Ziel-Gerichtetheit (Verzweckung), Idealisierung oder Fanatismus	Ein Ziel haben



**Tabelle 4: Charakteristische Eigenschaften von Herzpatienten auf der Grundlage der vier Grundmotivationen**

<b>Grundgefühl bei einer Störung</b>	<b>Als positive Eigenschaften werden von der Umgebung wahrgenommen:</b>	<b>Als negative Eigenschaften werden von der Umgebung wahrgenommen:</b>
1. GM Ich bin – so kann ich nicht sein!	verlässlich, pünktlich, diszipliniert, zeitsparend, genau, korrekt, gewissenhaft, umsichtig, haltgebend	unflexibel, unlebendig, langweilig, wenig spontan, schwerfällig, wenig tolerant und kreativ, umständlich, unpersönlich
2. GM Ich lebe - so mag ich nicht leben!	freundlich, höflich, hilfsbereit, engagiert, fürsorglich, aufopfernd, zuverlässig, rücksichtsvoll, beherrscht, gutmütig, harmonisierend, bescheiden	harmonie-bedürftig, konfliktscheu, nachgiebig, Dankbarkeit erwartend, schnell enttäuscht, ruhelos, hektisch, verschlossen, selbstvergessend
3. GM Ich bin ich – so darf ich nicht sein!	Histrionisch: lebendig, unterhaltsam, interessant, schillernd, attraktiv, hilfsbereit  Narzisstisch: ehrgeizig, leistungsbereit, engagiert, selbstbewusst, kraftvoll, sportlich, rational, intellektuell, durchsetzungsfähig	Histrionisch: aufmerksamkeitserheischend, auf Komplimente aus, unecht, oberflächlich, distanzlos, übertreibend, fordernd, jammernd, klagend, launisch, manipulierend, leicht kränkbar  Narzisstisch: arrogant, auf Anerkennung aus, rivalisierend, wenig einfühlsam, emotionsarm, unnahbar, leicht kränkbar
4. GM Ich bin da – es gibt nichts, wofür ich da bin!	arbeitsfreudig, engagiert, beharrlich, enthusiastisch, überzeugend, begeisternd	übertreibend, einseitig, unflexibel, starr, fanatisch, verrannt, gehetzt

(Vgl. Kolbe 2013)

## 10. Zusammenführung in ein existenzanalytisches Modell und Ausblick

„Folge Deinem Herzen, solange Du lebst,  
tue nicht mehr, als verlangt wird.  
Verkürze nicht die Zeit der Muße,  
denn Deinem Ka ist es ein Gräuel,  
wenn Du nicht auf die Stimme Deines Herzen hörst.  
Vergeude nicht den Tag  
durch übertriebene Sorge für Dein Haus.  
Was auch geschieht, folge Deinem Herzen.  
Die Dinge gedeihen nicht besser,  
wenn Du es vernachlässigst.“

Lehre des alt-ägyptischen Wesirs Ptahhotep um 2350 v. Chr.

Als ich begann die Konzeption meiner Abschlussarbeit zu erstellen, war ich mir über die Stichhaltigkeit meiner Beobachtungen und Überlegungen noch unsicher. Am Ende dieses Prozesses bin ich heute vom bedeutenden Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung von Herzerkrankungen fest überzeugt, insbesondere der von mir beschriebenen Persönlichkeitsmuster.

Meine Abschlussarbeit der Ausbildung zum existenzanalytischen und logotherapeutischen Berater nahm mehr Zeit in Anspruch als ich zunächst erwartet hatte. Aber diese Zeit benötigte ich zum einen, um mich intensiv und kritisch mit meinen Beobachtungen zur Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Herzpatienten auseinanderzusetzen, zum anderen, um mein Wissen über die historischen und aktuellen Erkenntnisse der Psychokardiologie zu vertiefen. Weitere Zeit war nötig, um aus diesem Prozess heraus mein existenzanalytisches Konzept zu charakteristischen Persönlichkeitsmustern bei Herzpatienten zu entwickeln.

An Hand der vielfältigen Forschungsergebnisse und meiner eigenen Beobachtungen komme ich zu dem Schluss, dass es nicht ein charakteristisches Persönlichkeitsmerkmal alleine gibt, sondern dass es vielmehr um das Zusammenspiel mehrerer geht.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit den vier Grundmotivationen nach Längle und die Betrachtung der charakteristischen Verhaltensweisen meiner Patienten als fixierte Coping-Reaktionen, eröffneten mir einen neuen Blick auf das Geschehen.

Die Entwicklung meines Modells auf der Grundlage der Grundmotivationen, welches ich im Folgenden genauer beschreiben werde, und die Ausarbeitung der Persönlichkeitsmuster war letztlich ein logischer Schluss und löste viele Ungereimtheiten. Heute kann ich mit Gewissheit vertreten, dass psychosoziale Faktoren, insbesondere bestimmte Persönlichkeitsmerkmalskonfigurationen, bei der Entstehung der KHK und anderer Herzerkrankungen eine

bedeutende Rolle spielen. Meines Erachtens lässt sich zudem aus den Darlegungen der Schluss ziehen, dass es sich bei den meisten erworbenen Herzerkrankungen um psycho-somatische Erkrankungen handelt.

Eine weitere wichtige Erkenntnis bei der Ausarbeitung der Persönlichkeitsmuster war für mich der auffällig eingeschränkte Zugang meiner Patienten zum Gefühlsausdruck und Körperempfinden über alle vier Muster hinweg. Bereits zu Beginn meiner Tätigkeit auf der Kardiologie war mir aufgefallen, wie schwer es mir gelang, meine Patienten in ihr emotionales Erleben zu führen. Erst über die Jahre wurde mir bewusst, dass ich dies nicht als Ausdruck meiner geringen beruflichen Erfahrung werten muss. Doch erst während der Entwicklung meines Konzeptes erkannte ich, dass die Blockade des Gefühlsausdrucks und des Körperempfindens ein charakteristisches Merkmal bei Herzpatienten ist, und, dass dieser Mechanismus ein weiterer maßgeblicher Faktor bei der Erklärung ihrer pathologischen Verausgabungsbereitschaft ist.

Meine Beobachtungen diesbezüglich offenbaren eine große Nähe zum Konzept der Alexithymie. Mit der Schwierigkeit, Gefühle identifizieren und beschreiben zu können sowie zwischen Gefühlen und den körperlichen Anzeichen emotionaler Aktivierung unterscheiden zu können, zeigen meine Patienten zwei Hauptcharakteristika dieser Störung. Auch ein weiteres Merkmal, nämlich ein nach außen orientierter Denkstil, bei dem der Denkinhalt eher von äußeren Geschehnissen als von Gefühlen bestimmt wird, zeichnet meiner Meinung nach Herzpatienten aus. Statt Gefühle schildern sie eher detailreich Ereignisse. Nur bei einem weiteren Charakteristikum, nämlich einer unzureichend entwickelten Vorstellungskraft (die sich beispielsweise in einem Fehlen von Phantasie äußert) bin ich mir unsicher. Auf diesen Punkt war ich bereits bei der Beschäftigung mit der Literatur zu Persönlichkeitsmerkmalen gestoßen, schenkte ihm jedoch wenig Aufmerksamkeit und ging ihm nicht explizit nach.

Während der Entwicklung meines Konzeptes wurde mir außerdem die geringe Neigung von Herzpatienten, offen Aggressionen zu zeigen bewusst: Herzpatienten zeigen auf der Ebene der Bewältigungsstile i.d.R. keine offene Aggression (z.B. keine offene Abwertung Anderer) oder Provokation. Gefühle des Ärgers, der Enttäuschung oder Kränkung scheinen aufgrund einer überstarken Hemmung bewusst oder unbewusst unterdrückt zu werden (Vgl. Kapitel 7, S. 34, Typ-D-Persönlichkeitsmuster). Es wäre spannend, zu untersuchen, ob hier der gleiche Mechanismus eine Rolle spielt wie derjenige bei der Blockade des Gefühlsausdrucks und des Körperempfindens.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Viele Herzpatienten schildern, dass sie Unruhezustände so verstehen, dass ihr Körper aktiv sein möchte. Ich vermute jedoch eher, dass viele Patienten Sport zum Abbau von Spannungen nutzen, die infolge unterdrückter Aggressionen oder auch anderer negativer Affekte entstehen.

## **Zur Entstehung fixierter Coping-Reaktionen**

Über die Ereignisse und Bedingungen, die zum Entstehen der fixierten Coping-Reaktionen beigetragen haben, habe ich aus der Arbeit mit meinen Patienten oder aus der Forschungsliteratur leider nur wenige Anhaltspunkte erhalten. Dies ist eine weitere interessante und wichtige Fragestellung, der ich nur begrenzt nachgehen konnte. Die wenigen Gesprächstermine mit meinen Patienten reichten nicht für eine detaillierte Exploration dieser Ursachen aus. Im folgendem werde ich kurz meine bisherigen Erkenntnisse darstellen.

Viele Patienten vermuten, dass diese Verhaltensweisen schon lange, also seit der Kindheit oder Jugend, bestehen und mit den Eltern oder anderen nahen Bezugspersonen in Zusammenhang stehen. Eine häufige Aussage meiner Patienten ist: „So bin ich erzogen worden!“

Viele Patienten mit einem ausgeprägten Sorgenverhalten berichteten, dass bereits ein Elternteil sehr ängstlich gewesen sei. Patienten mit einer starken Überfürsorglichkeit Anderen gegenüber schilderten oft, wie sie bereits jung Verantwortung übernehmen mussten, z.B. für jüngere Geschwister, weil die Eltern berufstätig, überlastet, psychisch oder alkoholkrank gewesen seien. Vielfach sei ihnen auch vermittelt worden, „keine Probleme zu machen“, erfolgreich und unabhängig zu sein. In einigen Ursprungsfamilien gründeten Selbstwert und Anerkennung darauf, Anderen zu helfen: „Nimm Dich nicht so wichtig“. Diese Haltung erschwerte es den Betroffenen in vielen Situationen später Grenzen zu setzen.

Patienten mit einer eher narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit berichteten zuweilen von einem stark leistungsorientierten oder abwertenden Elternhaus.

Die Forschung zu Traumatisierung und Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend gibt einen Hinweis auf die frühen Entwicklungsbedingungen von KHK-Patienten. Ihr zufolge erschweren Kindesmisshandlungen wie körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch sowie Vernachlässigung seitens der frühen Bezugspersonen bzw. des psychosozialen Umfeldes einen fürsorglichen Umgang mit sich selbst und sind mit einem schlechteren Gesundheitsverhalten, einer schlechteren Adherence (Compliance) und einer höheren Morbidität/Mortalität verknüpft (Vgl. Felitti et al. 1998, Spitzer et al. 2016).

Auch die Forschung zum pathologischen Altruismus belegt, dass insbesondere verwahrloste und vernachlässigte Kinder gefährdet sind, ein Helfersyndrom auszubilden. Ein weiterer Risikofaktor für späteres überfürsorgliches Verhalten ist, wenn ältere Kinder von den Eltern als Vertraute behandelt und mit Geheimnissen belastet oder gar als Partnerersatz benutzt werden.

Wissenschaftler betonen, dass vor allem Kinder depressiver Mütter in Gefahr sind, in eine sie überfordernde Helferrolle zu geraten. Bedürftige Eltern nutzen dabei die schon bei sehr kleinen Kindern zu beobachtende Fähigkeit zur Einfühlung und zum Mitgefühl aus. Dabei kann ein überzogenes Einfühlungsvermögen durch bestimmte Erziehungsmethoden gefördert werden: Z.B. wenn Eltern ihre Enttäuschung über das Verhalten des Kindes mit Liebesentzug zeigen. Auf diese Weise entstehen tiefe Verantwortungs- und Schuldgefühle beim Kind, die es durch Anpassung und Wohlverhalten bewältigen will (Vgl. Nuber 2012). Dies könnte auch erklären, warum auffällig viele Patienten berichteten, ein gutes Elternhaus gehabt zu haben und gerade nicht von Traumatisierungen berichten.

## Wie ich heute Herzpatienten charakterisiere

Ich gehe heute davon aus, dass es bei meinen Herzpatienten aufgrund von Verletzungen und Mangelenerlebnissen in frühen Entwicklungsphasen zu einem gestörten Grundgefühl in einer der vier Grundmotivationen kommt. In der Folge tritt ein negativer Affekt auf: Verunsicherung (Angst), Verlassenheit (Depression), Selbstverlorenheit/Ungenügendsein (Selbstwertmangel) oder Leere (Sinnlosigkeit) (Vgl. Kolbe 2012, Kolbe 2013).

Zur Abwehr der negativen Empfindung kommt es zur (unbewussten) Anwendung spezifischer Bewältigungsmuster, den fixierten Coping-Reaktionen. Das charakteristische dabei ist, dass Herzpatienten mittels Aktivismus – also mit der zweiten Stufe der Coping-Reaktion – gegen die negativen Affekte ankämpfen. Dabei kommt es aufgrund der unterschiedlichen betroffenen Grundmotivationen zu spezifischen Bewältigungsmustern, die mit der Zeit Teil der Persönlichkeit werden. Diese Persönlichkeitsmuster zeigen sich wie folgt<sup>16</sup>:

### 1. Grundmotivation

Durch eine Verunsicherung in der 1. Grundmotivation kommt es zu einem ängstlich/zwanghaften Bewältigungsstil. Ziel der Bewältigung ist es, mittels Kontrolle oder Perfektionismus Halt zu erlangen.

### 2. Grundmotivation

Innerhalb der 2. Grundmotivation führen Verletzungen und Mangelenerlebnisse zu einem Gefühl der Verlassenheit. Die auftretenden depressiven Gefühle werden durch das Erledigen von Aufgaben sowie mit Hilfe eines überfürsorglichen Verhaltens Anderen gegenüber abgewehrt. Ebenso dient das Coping, Anderen nicht zur Last fallen zu wollen, dem Beziehungserhalt.

---

<sup>16</sup> Es handelt sich dabei um fünf Persönlichkeitsmuster auf der Grundlage von vier Grundmotivationen. Auf der Ebene der 3. Grundmotivation lassen sich ein histrionisch und ein narzisstisch akzentuiertes Persönlichkeitsmuster unterscheiden (Vgl. Kapitel 9, S. 57). Das fünfte Muster innerhalb der 4. Grundmotivation habe ich bisher nur theoretisch abgeleitet.

Nach Ansicht meines Ausbilders Christoph Kolbe handelt es sich bei der 4. Grundmotivation nicht um ein Bedürfnis, sondern um eine intentionale Streben nach Sinn. Eine Störung dieser Streben könne auch zu fixierten Coping-Reaktionen führen, jedoch nicht zu einem Persönlichkeitstypus (Persönliches Gespräch am 08.12.2017)(Vgl. Kolbe 2012). Demnach wäre auch kein diesbezügliches Persönlichkeitsmuster beobachtbar. Dies würde meine bisherige fehlende Beobachtung eines solchen erklären.

In einem weiteren persönlichen Gespräch am 27.10.2018 wies mich Christoph Kolbe daraufhin, dass die von mir beschriebenen Persönlichkeitsmuster alle auf das Basisthema Angst/Haltlosigkeit verweisen. Auch die bei Herzpatienten typische Reaktion aktiv gegen die negativen Affekte anzukämpfen (zweite Stufe der Coping-Reaktion) verweise auf die 1. Grundmotivation. Somit sei das Grundthema aller Herzpatienten Angst, jedoch käme es aufgrund der erlittenen Mangel- und Verletzungserlebnisse zu unterschiedlichen Schwerpunkten: Sicherheit, Verbundenheit, Einzigartigkeit und Selbstbewusstsein (Vgl. Kolbe 2012). Auch dieser These werde ich bei meinen zukünftigen Beobachtungen nachgehen.

### 3. Grundmotivation

Bei einer Verletzung in der 3. Grundmotivation tritt das Gefühl der Selbstverlorenheit bzw. des Ungenügendseins auf. Durch ein histrionisch bzw. narzisstisch geprägtes Coping-Verhalten wird mittels Engagement versucht, Wichtigkeit für Andere bzw. durch selbstwerterhöhende Tätigkeiten die Anerkennung Anderer zu erlangen.

### 4. Grundmotivation

Ein Mangel in der 4. Grundmotivation führt zu einem Gefühl der Leere. Die Sucht nach Sinn führt zu einer Idealisierung oder Zielstrebigkeit, mittels der versucht wird, einen Sinnersatz bzw. ein Ziel zu finden.

Als Nebeneffekt der in den Persönlichkeitsmustern verankerten fixierten Coping-Reaktionen kommt es in vielen Situationen zu einem eingeschränkten und unangemessenen Verhalten, weil sich vielfach die zur Abwehr des negativen Grundgefühls eingesetzten fixierten Coping-Reaktionen nicht in Einklang mit den Erfordernissen der jeweiligen Situation bringen lassen. Diesen unflexiblen und inadäquaten Reaktionen fehlen die Momente der Freiheit und der personalen Stellungnahme. In diesem Sinne lassen sich die Persönlichkeitsmuster als verschiedene Varianten von existenziellen Fehlhaltungen bezeichnen. Allen fünf Persönlichkeitsmustern gemeinsam ist allerdings, dass sie zu einer hohen Leistungsbereitschaft führen.

Weiter gehe ich in meinem Modell davon aus, dass ein wichtiges Element die gehemmte und damit verminderte Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Körperempfindungen ist; ebenso die Hemmung offener Aggressionen. Beides führt letztlich zu einem gestörten Gefühlsausdruck und in der Folge kommt es zu einem geringen selbstfürsorglichen Verhalten. Ob die eben beschriebenen Elemente direkt auf die Verletzungen und Mangelenerlebnisse zurückgehen oder (auch) aus den darauf folgenden Persönlichkeitsmustern erwachsen, vermag ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu beantworten.

Letztlich führt die hohe Leistungsbereitschaft gepaart mit der mangelnden Selbstfürsorge zu einer pathologischen Verausgabungsbereitschaft bei Herzpatienten (Vgl. Grafik 1, Seite 73). Im Zentrum meines Modells steht das Phänomen, dass Herzpatienten ihr Gesundheitsverhalten dem Leisten unterordnen, auch wenn das für sie bereits deutlich wahrnehmbare negative Folgen, wie bspw. einen Hörsturz, hat. Diese pathologische Verausgabungsbereitschaft verstehe ich als Ausdruck der existenziellen Fehlhaltungen – interessanterweise ist sie wieder allen gemeinsam.

Damit es jedoch zum Auftreten einer Herzerkrankung kommen kann, sind zusätzliche Faktoren erforderlich. Mit Siegrist gehe ich konform, dass weitere Bedingungen in der Umwelt von Herzpatienten liegen. Damit die pathologische Verausgabungsbereitschaft zum Tragen kommt, braucht es eine permanent fordernde Umgebung, die wenig Abgrenzung zulässt, z. B. am Arbeitsplatz (hohe Anforderungen, ständiger Wettbewerb, schwierige Vorgesetzte oder Kollegen) oder im privaten Bereich (dauerhafte Partnerschaftskonflikte oder Pflege von besonders fordernden Eltern). Ebenso sind mangelnde Gratifikation und Anerkennung für die erbrachten Leistungen weitere wichtige Aspekte. Von Herzpatienten werden diese Faktoren häufig als chronischer Stress bezeichnet.

Infolge der (geforderten) hohen Verausgabung gelangen die Betroffenen an ihre zeitlichen und körperlichen Grenzen. Um dennoch die Leistung weiterhin aufrechterhalten zu können, werden Regenerationszeiten ebenso wie Bewegung und gesunde Ernährung vernachlässigt. Zudem rauchen viele Herzpatienten, nach eigenen Angaben zur „Entspannung“. Diese verhaltensbezogenen Risikofaktoren führen wiederum zu somatischen Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie, viszerale Adipositas, Diabetes mellitus sowie Fettstoffwechsel- und Gerinnungsstörungen. Gemeinsam begünstigen sie massiv das Auftreten einer Herzerkrankung.

Darüber hinaus führen die physiologischen Prozesse der beteiligten Emotionen (Angst, Depression, Ärger, Enttäuschung, Kränkung, Leere) zu einer direkten negativen Beeinflussung des Herz-Kreislauf-Systems. Überdies spielt außergewöhnlicher akuter Stress mittels der physiologischen Prozesse als Auslöser von Herzinfarkten eine große Rolle. Hierzu zählen vor allem lebensverändernde Ereignisse wie bspw. Verlusterlebnisse und Kränkungen sowie eine wahrgenommene Bedrohung des beruflich-sozialen Status (Vgl. Grafik 2, Seite 74).

### **Integration bestehender psychokardiologischer Konzepte in das existenzanalytische Modell**

Mit diesem Modell gelang es mir, die Erkenntnisse der Existenzanalyse mit denen der Psychokardiologie konstruktiv zu verknüpfen und ich hoffe, einen Beitrag zum besseren Verständnis der Bedeutung von Persönlichkeitsmustern bei der Entstehung von Herzerkrankungen leisten zu können. Das Modell ermöglicht die detaillierte Beschreibung der charakteristischen Bewältigungsmuster auf der Ebene der einzelnen Grundmotivationen. Hierdurch wird es möglich, die bei Herzpatienten zu beobachtenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Persönlichkeitsmerkmalen zu verstehen und zuzuordnen, und es bietet somit eine größere Komplexität und Differenziertheit als andere Modelle.

Mein existenzanalytisches Modell stimmt mit dem Typ-D-Verhaltensmuster weitgehend überein: auch bei mir sind die dort beschriebenen negativen Affekte wie Angst und depressive Stimmung sowie die Unterdrückung des Gefühlsausdrucks wesentliche Bestandteile (Vgl. Kapitel 7, S. 34). Der Begriff Ärger ist meiner Meinung nach innerhalb des Konzepts des Typ-D-Verhaltensmusters zu undifferenziert: er umfasst auch die negativen Gefühle der Enttäuschung und Kränkung. Das Gefühl des Ärgers ordne ich der 1. Grundmotivation zu: es ist die Reaktion, wenn beispielsweise das Kontrollstreben durch andere Menschen beeinträchtigt wird. Enttäuschung und Kränkung ordne ich in meinem Modell der 2. bzw. 3. Grundmotivation zu. Ich erweitere das Modell des Typ-D-Verhaltensmusters – zumindest theoretisch abgeleitet - um ein weiteres negatives Gefühl: Leere/Sinnlosigkeit.

Ebenso lässt sich mein Modell mit den psychodynamischen Aussagen zu Merkmalskonfigurationen von Koronarpatienten in Einklang bringen, z. B. folgende Eigenschaften: sie kompensieren mit Hilfe der beruflichen Arbeit, sie sind oft an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit (Erschöpfung), sie haben Probleme mit dem Ausdruck von Ärger und Aggression und sie neigen insgesamt zur emotionalen Selbstkontrolle (Vgl. Kapitel 7, S. 30).

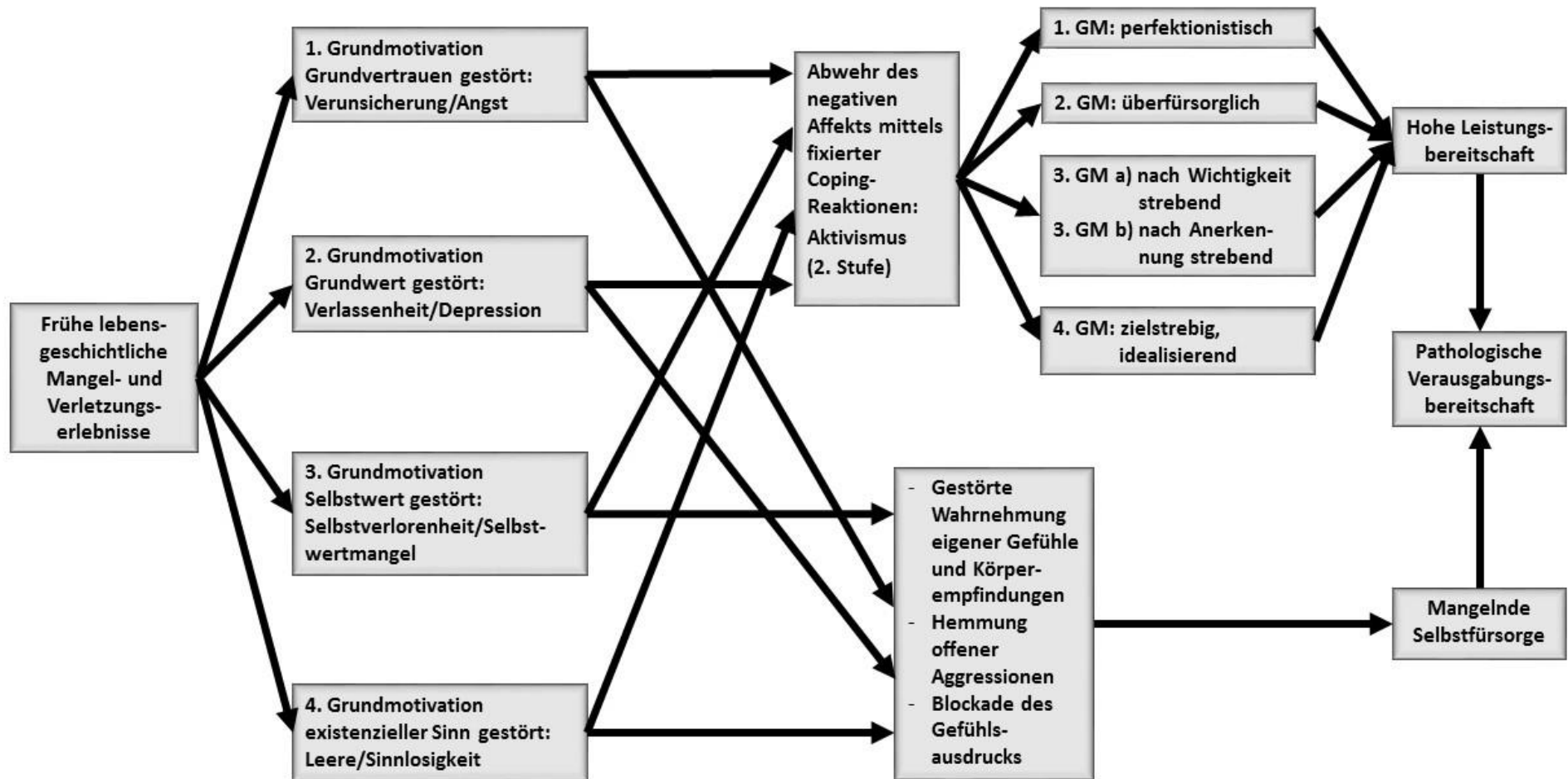
Weiterhin integriert mein Modell die Erkenntnisse aus den Forschungen zum Typ-A-Verhaltensmuster (hohes Leistungs- und Erfolgsstreben, hohes Arbeitsengagement, Konkurrenzstreben). Diese Verhaltensweisen entsprechen dem narzisstisch geprägten Bewältigungsstil in der 3. Grundmotivation.

Auch das Konzept der Feindseligkeit im Sinne eines Misstrauens sowie der Neigung zu Ärger wird von mir mit einbezogen. Misstrauen findet sich in allen Grundmotivationen. Ärger erweitere ich, wie bereits oben im Abschnitt zum Typ-D-Verhaltensmuster beschrieben, um Enttäuschung und Kränkung und ordne diese dann den ersten drei Grundmotivationen zu (Vgl. Kapitel 7, S. 32).

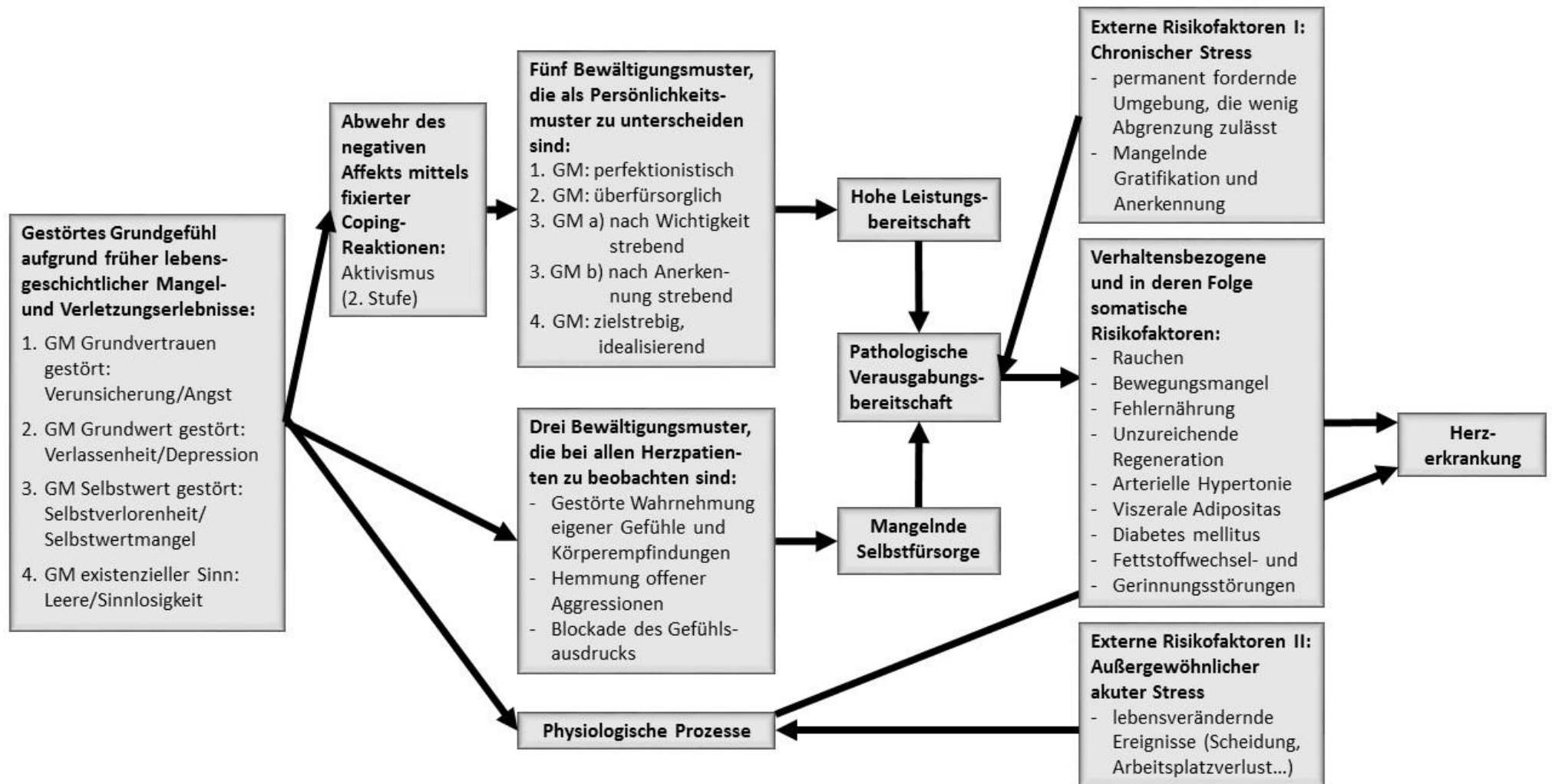
Schließlich berücksichtigt mein Modell die Forschungsergebnisse von Siegrist (1996) zur Bedeutung von externen Faktoren wie einer permanent fordernden Umgebung oder mangelnder Gratifikation und Anerkennung für erbrachte Leistungen.



**Grafik 1: Existenzanalytisches Modell zur Entstehung charakteristischer Persönlichkeitsmuster und der pathologischen Verausgabungsbereitschaft bei Herzpatienten**



**Grafik 2: Faktoren, die an der Entstehung von Herzerkrankungen beteiligt sind**



## Offene Forschungsfragen

Im Verlauf meiner Abschlussarbeit konnte ich für mich viele Fragen klären, dennoch bleiben noch einige offen und neue sind entstanden. Ich hoffe, die Forschung wird in den nächsten Jahren zu ihrer Klärung neue Ergebnisse hervorbringen.

Wie oben bereits erwähnt, sind mir die Prozesse bei der Entstehung der gestörten Wahrnehmung eigener Gefühle und Körperempfindungen, der Hemmung offener Aggressionen sowie der Blockade des Gefühlsausdrucks noch unklar.

Darüber hinaus interessiert mich besonders die Fragestellung, auf welchem Wege frühe lebensgeschichtliche Mangel- und Verletzungserlebnisse zu den charakteristischen Persönlichkeitsmustern von Herzpatienten führen.

Weiter stellt sich auch die Frage, warum es bei den beschriebenen Persönlichkeitsmustern zum Auftreten einer Herzerkrankung und nicht einer anderen somatischen Erkrankung kommt. Eine einfache Antwort wäre, zu behaupten, dass diese im besonderen Maße einen ungesunden Lebensstil mit verhaltensbezogenen Risikofaktoren fördern. Ich vermute jedoch, dass im stärkeren Maße aufgrund der überwiegend empfundenen bzw. abgewehrten Emotionen (Angst, Depression, Ärger, Enttäuschung, Kränkung, Leere), die in ihrer Folge beteiligten physiologischen Prozesse spezifische negative Auswirkungen auf den Organismus haben und überwiegend das Herz-Kreislaufsystem schädigen.

Dazu wären weitere Erkenntnisse über die Prozesse, wie sich diese Verhaltensmuster negativ auf das Herz-Kreislauf-System auswirken können, erforderlich. Mehr Wissen darüber, wie die Psyche den Körper beeinflusst, gäbe evtl. auch die Möglichkeit, die psychophysiologischen Mechanismen (bspw. Stresshormone, Herzratenvariabilität) gezielt gesundheitsfördernd zu beeinflussen.

Eine der derzeit spannendsten Fragen für mich habe ich bereits in der Fußnote Nr. 10 auf Seite 47 aufgeworfen. Führen die verschiedenartigen Persönlichkeitsmuster aufgrund der beteiligten Affekte und spezifischen Coping-Strategien zu unterschiedlichen physiologischen/hormonellen Prozessen und damit zur Ausbildung von unterschiedlichen Herzerkrankungen? Damit ließen sich von der Herzerkrankung für das weitere psychotherapeutische Vorgehen Rückschlüsse auf das zugrundeliegende Persönlichkeitsmuster und somit auf die betroffene Grundmotivation ziehen.

Eine weitere wichtige Fragestellung ist die nach geschlechtsspezifischen Unterschieden. Eine erste These, die ich dazu aufstelle: Frauen mit einem Persönlichkeitsmuster in der 2. Grundmotivation neigen aufgrund ihrer Sozialisation eher zu einem überfürsorglichen Verhalten im engen familiären und freundschaftlichen Rahmen. Männer hingegen zeigen ein überengagiertes Verhalten in außerhäuslichen Bereichen, wie Gemeinde- oder Vereinsarbeit etc. Ebenso liegt es nahe, dass die häufige Beobachtung, dass bei einer Störung in der 3. Grundmotivation bei Frauen eher ein histrionisch geprägtes Bewältigungsmuster, bei Männern hingegen eher ein narzisstisches sichtbar wird, in der unterschiedlichen Sozialisation begründet liegt.

## **Therapeutische Implikationen**

Die wohl nächstliegende Frage, die sich aus meinem Modell ergibt, ist: Was kann für das Behandlungskonzept in der kardiologischen Rehabilitation und darüber hinaus abgeleitet werden?

Wie Herzpatienten auf der Grundlage der fünf Persönlichkeitsmuster eine Herzerkrankung erleben und worauf der zentrale therapeutische Schwerpunkt innerhalb der jeweiligen Grundmotivation liegen sollte, habe ich bereits im vorherigen Kapitel skizziert.

Im Folgenden will ich kurz einige mir weitere wesentlich erscheinende Implikationen umreißen.

Im Vordergrund eines typischen Behandlungskonzepts steht als erste Intervention nach dem Auftreten einer Herzerkrankung die kurzfristige medizinische Versorgung, akute Entlastung und Erholung. Im weiteren therapeutischen Prozess sollte sinnvollerweise dann ein zentraler Schwerpunkt darauf liegen, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle zu fördern und Hilfestellungen zum Ausdruck von diesen zu geben, z. B. durch Benennen von möglichen Gefühlszuständen.

Ebenso steht eine verbesserte Wahrnehmung für die Vorgänge im eigenen Körper sowie das Verstehen von Zusammenhängen zwischen Psyche und Körper im Mittelpunkt. Damit verknüpft ist das Ziel, zukünftig Körperempfindungen besser interpretieren zu können und körperliche Grundbedürfnisse stärker zu beachten.

Häufig müssen diese Prozesse nicht von therapeutischer Seite angestoßen werden. Es ist immer wieder verblüffend, wie die äußere Bewegungsunfähigkeit durch Leistungseinbußen infolge der Erkrankung oder einer tiefgreifenden Erschöpfung bzw. die Ruhe, die aufgrund des Wegfalls der alltäglichen Aufgaben während der Rehabilitation eintritt, Bewegung in das Innere der Herzpatienten bringt. Angeregt durch das tiefgreifende Erlebnis der Herzerkrankung stellen sie selbst viele Aspekte ihres Lebens in Frage und beginnen, nach Ursachen für ihre Herzkrankheit zu suchen. Neben grundlegenden Lebensstilveränderungen thematisieren sie oft ihre selbst als belastend empfundenen Verhaltensmuster.

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Persönlichkeitsmuster kann während der Rehabilitation in psychologischen Einzelgesprächen aufgegriffen bzw. angeregt und unterstützt werden, jedoch im Rahmen eines dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthaltes nicht ausreichend bearbeitet werden. Viele Patienten suchen am Ende des Aufenthaltes von sich aus weitergehende psychotherapeutische Hilfe, falls nicht, empfehle ich dies gegebenenfalls.

Von therapeutischer Seite ist darauf zu achten, dass Veränderungsprozesse nicht zu früh oder zu schnell angestoßen werden. Es besteht die Gefahr, dass sich Patienten bloßgestellt und durchschaut fühlen und meinen, eine charakterliche Schwäche zu besitzen. Dies könnte zu einer Abwehr führen: die Patienten brechen aus einer Überforderung heraus die Auseinandersetzung ab. Erfahrungsgemäß geschieht dies häufig über die Negierung von Problemen. Ein zweites Phänomen ist, dass Patienten sich aufgerufen fühlen, gegen das „Falsche“ in ihnen selbst anzukämpfen und dieses zu beseitigen. Ein behutsames Vorgehen ist erforderlich, um zunächst eine Vertrauensbasis und ein Arbeitsbündnis aufzubauen.

In der Auseinandersetzung mit ihren Persönlichkeitsmustern muss darauf geachtet werden, dass bei den Patienten nicht das Missverständnis auftritt, dass sie selbst an ihrer Herzerkrankung „schuld“ seien. Vielmehr sollte herausgearbeitet und gewürdigt werden, dass das

Persönlichkeitsmuster den bestmöglichen Bewältigungsversuch einer über einen längeren Zeitraum anhaltenden beeinträchtigenden Umgebung unter den gegebenen Verhältnissen darstellte. Dabei handelte es sich nicht um eine bewusste Wahl. Letztendlich sollte der Prozess der Auseinandersetzung in eine Würdigung der erbrachten Lebensleistungen münden.

Die therapeutische Arbeit dient auch dem übergeordneten Ziel, die pathologische Verausgabungsbereitschaft abzubauen, indem die Patienten bspw. unterstützt werden, einen angemesseneren Umgang mit Belastungen zu finden, körperliche Grenzen einzuhalten und sich von Forderungen Anderer abgrenzen zu können. Insgesamt ist dies als Stärkung der Selbstfürsorge zu bezeichnen. Grundlage für ein gestärktes selbstfürsorgliches Verhalten sollte jedoch nicht allein ein Training zur Verhaltensänderung sein, sondern auch eine Auseinandersetzung mit der zugrundeliegenden existenziellen Fehlhaltung. Dies bedeutet nichts anderes, als auch die emotionalen Themen der Verunsicherung, Verlassenheit, Selbstverlorenheit/Ungenügendseins und Leere psychotherapeutisch zu bearbeiten.

Im vergangenen Jahr ist für mich bei der Beschäftigung mit einer Stärkung der Selbstfürsorge deutlich geworden, dass ein zentraler Aspekt bei der Behandlung von Herzpatienten das Selbstmitgefühl ist. Patienten glauben selbst oft, dass es an einem mangelndem Selbstwertgefühl läge, dass sie sich nicht ausreichend gegenüber Forderungen der Umwelt abgrenzen können. Dies mag zwar auch richtig sein, jedoch braucht es für den Aufbau eines Selbstwertgefühls die Anerkennung durch Andere. Dies führt dazu, dass die Patienten sehr darauf fokussiert sind, sich selbst zu bewerten, sich Gedanken darüber zu machen, ob Andere sie verurteilen oder nicht, ihre Ansichten zu verteidigen oder ängstlich gegenüber Menschen zu reagieren, die anderer Meinung sind. All dies führt jedoch nicht zu einer Stärkung von selbstfürsorglichem Verhalten. Wichtiger für mehr Selbstfürsorge erscheint mir daher, das Selbstmitgefühl aufzubauen bzw. zu stärken.

Für Selbstmitgefühl bedarf es eines verständnisvollen, achtsamen und mitfühlenden Umgangs mit den eigenen Fehlern, Schwächen und Missgeschicken. Unter Selbstmitgefühl verstehe ich, dass wir uns dasselbe Mitgefühl entgegenbringen, mit dem wir uns um eine andere leidende Person kümmern würden, dass wir unseren Schmerz sehen und anerkennen können. Dazu braucht es eine annehmende Haltung sich selbst gegenüber und auch eine Annahme der erlittenen Verletzungen und Mangelerlebnisse sowie gegebenenfalls der Trauer darüber. Dieser Prozess beinhaltet beispielsweise die Kultivierung einer liebevollen inneren Instanz und geht einher mit der Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit eigener Empfindungen oder der Stärkung des Gewissens gegenüber dem Über-Ich. Es gilt, eine freundliche Selbstannahme zu erlangen, die relativ unabhängig von der Meinung anderer ist und trotz der Widrigkeiten des Lebens stabil bleibt.

Während dieses Veränderungsprozesses erleben die Patienten immer wieder Rückschläge, da die alten Verhaltensmuster tief in der Persönlichkeit verwurzelt sind und bereits lange bestehen. Dabei kommen den Patienten häufig Zweifel, ob sie in der Lage sind, sich verändern zu können. Hier bedarf es von therapeutischer Seite häufig der Ermutigung, neue Erfahrungen zu machen und den Patienten Hoffnung zu geben, dass Veränderungen möglich sind - mit den Worten Viktor Frankls:

„Mensch sein heißt ja niemals, nun einmal so und nicht anders sein müssen,

Mensch sein heißt immer, immer auch anders werden können“ (Frankl 1986, S. 71).

## Danksagung

Ohne die Ermutigung meines Ausbilders Dr. Christoph Kolbe wäre diese Arbeit nicht entstanden. Er half mir, mich stärker als Gestalter meiner beruflichen Tätigkeit zu begreifen und meine Möglichkeiten am Arbeitsplatz zu erkunden. Ihm verdanke ich es, den Mut gefunden zu haben, mich mit meinen Erkenntnissen und Überlegungen zu zeigen.

Ebenfalls wäre diese Arbeit nicht ohne meine Patientinnen und Patienten entstanden. Ich bin Ihnen für ihre mich häufig überraschende Bereitschaft mich Anteil an ihren innersten Gedanken und Gefühlen nehmen zu lassen zu großem Dank verpflichtet. Erst ihr Vertrauen und ihre Offenheit ermöglichten mir einen tieferen Einblick zu erhalten und wiederkehrende Muster zu erkennen.

Natascha Cieslak, die mit mir die Ausbildung absolvierte und mir eine gute Freundin wurde, hat mich ebenfalls die gesamte Zeit bei meinem Prozess begleitet und mich immer wieder angespornt, meine Arbeit weiter zu verfolgen. Dennoch bin froh, dass Du mir nun nicht mehr im Genick sitzt!

Über die Jahre tauschte ich mich mit vielen Kolleginnen und Kollegen sowie Freunden und Bekannten, die ich hier nicht alle aufzählen kann, über meine Beobachtungen und Schlussfolgerungen aus. Diese Diskussionen befruchteten mich oft oder warfen Fragen auf.

Ganz besonders bin ich meinem ärztlichen Kollegen Dr. Malte Wollitz für seine Mühe, konstruktive Kritik und Anregungen dankbar. Ohne ihn wäre die Arbeit nicht, was sie ist. Von Anfang an hat er mich begleitet und sich mit mir und meinen Annahmen offen und kritisch auseinandergesetzt. Im hohen Maß ist eine bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit des Textes sein Verdienst. Sollte etwas dennoch schwer lesbar oder unverständlich sein, so liegt dies ganz alleine in meiner Verantwortung.

Meine Frau Karoline Schnetter war stets die erste, die meine Texte zu lesen bekam und offen ihre Kritik äußerte. Das war nicht immer leicht. Aber ihre Fragen und Einwände verhalfen mir häufig, mir selbst klarer zu werden, was ich ausdrücken und wie verstanden wissen möchte. Insbesondere bin ich ihr für die Anregung im letzten Kapitel Grafiken zu erstellen dankbar. Diese Darstellungen halte ich für eine gelungene Verdeutlichung und ihre Erstellung verhalf mir einige Zusammenhänge genauer zu fassen.

Vor allem bin ich aber meiner Familie zu Dank verpflichtet, die immer wieder meine Abwesenheit akzeptierte und mir Raum gewährte, diese Arbeit zu erstellen.

## Literaturverzeichnis

Albus, Christian (2008): Persönlichkeitsfaktoren. In: Herrmann-Lingen, Christoph, Albus, Christian, Tischer, Georg (Hrsg.): Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte-Verlag, S. 77-83.

Bardé, Benjamin & Jordan, Jochen (2003): Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit. Band 9 der Reihe Statuskonferenz Psychokardiologie, VAS.

Bukovski, Renate (2012): Der Körper als Botschafter. Überlegungen zu einer existenzanalytischen Behandlung bei psychosomatischen Erkrankungen ausgehend von der Psychotherapie einer Patientin mit schwerer Endometriose. Unveröffentlichte Masterarbeit.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2007): Leitlinie Risikoadjustierte Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen.

Frankl, Viktor E. (1948): Ärztliche Seelsorge, Franz Deuticke, Wien.

Frankl, Viktor E. (1986): Im Anfang war der Sinn, München.

Felitti, Vincent J. et al. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In: American Journal of Preventive Medicine, 14, S. 245-258.

Gießen, Hannelore (2013): Psychokardiologie. Herz und Hirn in enger Verbindung. In: Pharmazeutische Zeitung online, Ausgabe 14/2013. <http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=45866> (abgerufen am 06.11.2016)

Gielas, Anna (2012): Fragwürdige Nächstenliebe. In: Psychologie Heute, Heft 08/2012, S. 26-29.

Grande, Gesine (2010): Wer A sagt, kann auch D sagen? Über die Typ D Persönlichkeit und ihre Bedeutung für die kardiologische Rehabilitation. Reha-Newsletter der DGPR, 5/2010, S. 11-15.

Grawe, Klaus (2000): Psychologische Therapie. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Herrmann-Lingen, Christoph; Albus, Christian; Tischer, Georg (Hrsg.)(2008): Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte-Verlag.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990): Healthy work, stress, productivity, and the construction of the working life. New York: Basis Books.

Kolbe, Christoph (2010): Zur Bedeutung der Psychodynamik in der existenzanalytischen Psychotherapie. In: Existenzanalyse 27/2, S. 46-54.

Kolbe, Christoph (2012): Warum tue ich nicht, was ich will? In: Existenzanalyse 29/2, S. 31 – 38.

- Kolbe, Christoph (2013): Persönlichkeitstypologie [Powerpoint-Folien]. Abgerufen von: <http://www.christophkolbe.de/images/stories/Persoenlichkeitstypologie.pdf>
- Kolbe, Christoph (2018): Überblick zu den Themen der Grundmotivationen [Powerpoint-Folien]. Abgerufen von: <http://www.christophkolbe.de/images/stories/Grundmotivationen.pdf>
- Längle, Alfried (1997): Burnout – Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. In: Existenzanalyse 2/97, S. 11-19.
- Längle, Alfried (2002): Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. Fundamenta Psychiatrica, 16: S. 1-8.
- Längle, Alfried (2003): Lernskriptum zur Existenzanalyse – Dritte Grundmotivation. GLE-International, Wien.
- Längle, Alfried (2005): Lehrbuch der Existenzanalyse. Grundlagen. GLE-International, 3. Aufl., Wien.
- Längle, Alfried (2009): Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, S. 13-34.
- Längle, Alfried (2013): Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. Wien: facultas.wuv.
- Längle, Alfried & Bürgi, Dorothee (2014): Existenzielles Coaching: Theoretische Orientierung, Grundlagen und Praxis für Coaching, Organisationsberatung und Supervision. Wien: facultas.wuv.
- Längle, Alfried & Holzhey-Kunz, Alice (2008): Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas).
- Ladwig, K.-H.; Lederbogen, F.; Albus, C. et al. (2013): Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie Update 2013. In: Der Kardiologe 7, S. 7–27.
- Mück-Weymann, M. et al. (2002): Depression modulates autonomic cardiac control: a physiological pathway linking depression and mortality? In: German Journal of Psychiatry, (5), S. 67-69,
- Myrtek, Michael (2000): Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit. Band II der Reihe Statuskonferenz Psychokardiologie, VAS.
- Nuber, Ursula (2012): Des Guten zu viel. Wenn Selbstlosigkeit schadet. In: Psychologie Heute, Heft 08/2012, S. 21-24.
- Perbandt, Kerstin; Hodapp, Volker; Wendt, Thomas; Jordan, Jochen (2006): Die „Distressed Personality“ (Typ D) - Zusammenhänge mit Ärger, Aggression und Feindseligkeit. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56 (8), S. 310-317.
- Price, V. A. (1982): Type A behavior pattern: A model for research and practice. New York: Academic Press.



Roth, Eugen (1995): Sämtliche Werke, Erster Band . Heitere Verse, Erster Teil. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S. 166.

Rudolf, Gerd (1996): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Enke Stuttgart. 3. überarb. Auflage.

Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Spitzer, Carsten; Meyer, Thomas; Herrmann-Lingen, Christoph (2016): Komplexe Traumatisierungen und körperliche Gesundheit. Assoziation von Kindesmisshandlungen und koronarer Herzkrankheit. In: Psychotherapeut, Volume 61, Issue 3, S. 191–196.

Toker, S. et al. (2012): Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. Psychosomatic Medicine, 74(8). S. 840 -847.

Weber, Hannelore & Vollmann, Manja (2005): Gesundheitspsychologie. In: Weber, Hannelore & Rammsayer, Thomas (Hrsg.): Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 524-534.

Young, Jeffrey E. et al. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn, Junfermann.