

Stefanie Monke

**Bang ums Herz - Emotionen von Patienten
bei akutem Herzinfarkt auf der
Intensivstation unter besonderer
Berücksichtigung von Angsterleben**

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2000 GRIN Verlag
ISBN: 9783640335664

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/127944>

Stefanie Monke

Bang ums Herz - Emotionen von Patienten bei akutem Herzinfarkt auf der Intensivstation unter besonderer Berücksichtigung von Angsterleben

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

„BANG UMS HERZ“

-

**Emotionen von Patienten bei akutem Herzinfarkt
auf der Intensivstation
unter besonderer Berücksichtigung von Angsterleben**

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades
Diplom-Pflegewissenschaftlerin (FH)

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen – Studiengang Pflegepädagogik

Vorgelegt von
Stefanie Monke

Köln, 4. September 2000

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
2	LITERATURRECHERCHE	6
3	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN ZUM AKUTEN HERZINFARKT	8
3.1	Der Herzinfarkt als eine Koronare Herzerkrankung	8
3.2	Der Herzinfarkt als Inbegriff der heutigen Zivilisationskrankheiten	9
3.3	Risikofaktoren	9
3.4	Klinisches Bild des akuten Herzinfarkts	11
3.5	Komplikationen und Behandlung	12
3.6	Das medizinische Selbstverständnis	14
4	EMOTIONEN UND ANGST	15
4.1	Emotionen	15
4.2	Das Phänomen Angst	19
5	DIE SYMBOLKRAFT DES HERZENS	28
5.1	Das Herz als Organ	29
5.2	Das Herz als Zentrum der Gefühle und Symbol der Leiblichkeit	30
5.3	Das Herz als mystisches und religiöses Symbol	31
5.4	Naturwissenschaftliche Herzbetrachtung	32
6	DIE LEBENSSITUATION DES HERZINFARKTERKRANKTEN	35
6.1	Biographie	35
6.2	Persönlichkeit	37

6.3	Stressbelastung	39
7	DAS ERLEBEN DES PATIENTEN UND DIE BEDEUTUNG DES HERZINFARKTS	41
8	DIE SITUATION INTENSIVSTATION	46
8.1	Umgebende Belastungsfaktoren	47
8.2	Patient sein auf der Intensivstation	48
8.3	Das Intensivstation-Syndrom und seine Bedeutung	50
8.4	Die Angst auf der Intensivstation	51
8.5	Die Welt der High-Tech-Medizin	55
8.6	Pflegerischer Umgang mit der Angst des Herzkranken	57
9	BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSSITUATION	61
10	WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN	64
10.1	Forschungsmethodologische Überlegungen	66
10.2	Festlegung der Forschungsmethode	67
10.3	Festlegung der Datenauswertung	70
11	STATIONEN DES FORSCHUNGSPROJEKTS	73
11.1	Die Forschungsfrage und Zielsetzung	73
11.2	Planung des Forschungsprojekts	75
11.3	Durchführung des Forschungsprojekts	77
11.4	Datenerhebung	81
11.5	Auswertung und Analyse des Datenmaterials	92
12	FORSCHUNGSERGEBNISSE	95
12.1	Beschreibung und Interpretation der Forschungsergebnisse	95

12.2	Die Angst des Herzkranken	96
12.2.1.	Angst um Leib und Leben	97
12.2.2.	Angst vor dem Unheimlichen oder Unbekannten	102
12.2.3.	Trennungs- und Verlustangst	110
12.3	Weitere Emotionen des Herzkranken	119
12.3.1.	Sich sicher fühlen	120
12.3.2.	Sich wohl fühlen	122
12.3.3.	Unbekümmert sein	125
12.3.4.	Zuversicht	127
13	ZUSAMMENFASSUNG	130
13.1	Kritische Würdigung der Forschungsarbeit	133
13.2	Empfehlungen	134
14	LITERATURVERZEICHNIS	136
15	ANHANGSVERZEICHNIS	146

1 Einleitung

Der akute Herzinfarkt unterbricht den Alltag der erkrankten Personen. Plötzlich finden sie sich auf einer Intensivstation wieder. In rasanter Eile wird mit medizinischen Interventionen zur Behandlung der Vitalbedrohung und zur Linderung der Beschwerden begonnen.

Heftige Angina-Pectoris-Schmerzen, verbunden mit dem Gefühl des einschnürenden Herzens, einer Enge im Brustkorb und einer daraus resultierenden Angst um Leib und Leben, bestimmen das Erleben vieler Patienten. Die Erkrankung des Herzens und die daraus entstehende und empfundene Bedrohung kann jedoch auf verschiedene Weise von den Erkrankten erfahren werden. Dieses Angst-Schmerz-Syndrom steht nicht immer im Vordergrund. Trotzdem konzentrieren sich medizinische und pflegerische Behandlungsmaßnahmen und Medikamente auf die Herzanngst des Patienten.

Meine Erfahrung als Pflegekraft auf einer Intensivstation hat verdeutlicht, dass das emotionale Befinden der Patienten und die Ängste in dieser Zeit recht unterschiedlich sein können. Dies wird in der „Welt des Messens“ an den Monitoren jedoch nicht angezeigt. *„Die Welt, in der wir leben, ist nicht die Welt, die wir messen“* (Schmitz zit. n. Siebolds 1997, S. 11).

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist, das emotionale Befinden und vor allem das, worum die Patienten mit akutem Herzinfarkt in den Tagen der Überwachung auf der Intensivstation ängstlich bangen, in Erfahrung zu bringen. Das Herz ist nicht nur Sitz des Lebens, sondern auch der Gefühle. Durch eine empirische Untersuchung soll die Wirklichkeit der Patienten systematisch betrachtet und verstanden werden. Dazu wird eine qualitative Forschungsmethode gewählt, die Erzählungen von Betroffenen in den Vordergrund stellt.

Nach einer theoretischen Einführung in die Thematik der Diplomarbeit werden Forschungsweg und Stationen der Durchführung einer Interviewreihe erläutert. In einem weiteren Teil werden die Daten analysiert und Ergebnisse präsentiert.

I THEORETISCHER TEIL

2 Literaturrecherche

Die Durchsicht der themenbezogenen Literatur zu Beginn der Diplomarbeit erfolgte zur Erfassung der thematischen Grundlage und der Übersichtsgewinnung wissenschaftlicher Untersuchungen und Erkenntnisse. Des weiteren galt es zu ermitteln, ob bereits pflegewissenschaftliche Untersuchungen bezüglich des Diplomarbeitsthemas bestehen und ob noch offene Forschungsfragen eventuell in die Untersuchung mit einzubeziehen wären. Die Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur bleibt daher während des gesamten Forschungsprojektes ein wichtiger Bestandteil der Arbeit.

Für die Literaturrecherche kristallisierten sich die Hauptbegriffe Herzinfarkt, Intensivstation, Emotionen, Angst sowie Patientenerleben¹ heraus. Mit Hilfe dieser Hauptbegriffe wurden Stichwort- oder Schlagwortkataloge der Bibliotheken und Datenbanken bezüglich relevanter Literatur durchsucht.

Die Literaturrecherche wurde computergestützt in der Datenbank der Bibliothek der Katholischen Fachhochschule NW Abteilung Köln durchgeführt, die außerdem eine Suche in den Datenbanken der Katholischen Fachhochschulen Münster, Aachen und Paderborn ermöglichte. Des weiteren wurden die Datenbestände der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin Köln mit der opac zbmed und dem Online-Katalog sowie die Datenbank der für die Psychologie relevanten Fachbeiträge, PSYINDEX-trail, hinzugezogen. Pflegeliteratur wurde gezielt in den Abstracts der deutschsprachigen CD-ROM Care Lit® von 1998 und 1999 recherchiert.

Nach Durchsicht der Stichwortkataloge in den genannten Datenbanken ist eine immense Fülle an Literatur zu den einzelnen Stichworten gefunden

¹ Im weiteren Text wird nicht zwischen der weiblichen und männlichen Sprachform unterschieden, sondern jeweils der geläufigste Begriff gewählt. Sofern nicht anders hervorgehoben, ist dennoch die jeweils nicht genannte Geschlechtsform mit einbezogen.

worden. Für das Schlagwort Herzinfarkt wurden in der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin Köln 421 Treffer erfasst, für das Schlagwort Angst gab es allein 500 Nennungen. Care Lit® benannte für das Schlagwort Herzinfarkt 95 und Angst 221 gefundene Dokumente. Auch die anderen Hauptbegriffe Intensivstation, Emotionen und Patientenerleben ergaben isoliert eine hohe Anzahl gefundener Dokumente. Daher erfolgte in einem zweiten Schritt eine weitere Reduktion der Literaturliste durch die Verkettung von zwei oder mehreren Schlagwörtern der oben genannten Hauptbegriffe in den verschiedensten Kombinationen. Die Folge war, dass beispielsweise in der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin und in der Care Lit® Datenbank bei der Schlagwortverkettung Herzinfarkt und Angst kein Eintrag, in der Bibliothek der Katholischen Fachhochschule Köln NW jedoch ein Eintrag gefunden wurde. Auch die Schlagwortverkettungen der anderen Hauptbegriffe wie Intensivstation und Angst ergaben in den genannten Datenbanken keine bis sehr geringe Nennungen. Des Weiteren wurden zu den Hauptbegriffen Nebenbegriffe kombiniert wie Herz, Herzkrankheit, Herzkrankheit, Angina Pectoris, Herzangst, Erfahrungs- und Bewältigungsverhalten, Gefühlsleben und -verhalten, Angstverhalten, Angstbewältigung, Todesangst, psychische Belastung, Intensivpatient, Patientenerleben.

Festgestellt wurde, dass wissenschaftliche Forschungsarbeiten innerhalb des Themengebietes besonders zu medizinischen, psychologischen und psychoanalytischen Sachfragen durchgeführt wurden. Die psychologische Diagnostik erstreckt sich von der Untersuchung der emotionalen Befindlichkeit des Patienten (vgl. Tausch 1996, S. 84 ff.), den prädisponierenden Persönlichkeitsprofilen des Herzkranken (vgl. Maschewsky et. al. 1982, S. 11 ff. u. Uexküll et. al. 1986, S. 666) bis hin zu Bewältigungsstrategien der Krankheitsverarbeitung per Fragebogen (vgl. Muthny 1992, 372 ff.) und der Auswertung narrativer Interviews mittels Sprachanalysen (vgl. Faller 1997, 247 ff.). Klapp skizziert psychoanalytisch das Verhalten der Herzinfarktpatienten, welches besonderen Einfluß in der Frühphase des Intensivstationsaufenthalts einnimmt (vgl. Klapp 1985, S. 199 ff.).

Die Angst des Herzkranken wurde empirisch von Faller untersucht (vgl. Faller 1996, S. 159 ff.). In der Literatur und in Untersuchungen zur Intensivmedizin und Pflege werden allgemein die psychosozialen Probleme der Patienten bei Vitalbedrohung (vgl. Hannich 1991, S. 506 ff.) beschrieben und die technischen und pflegerischen Maßnahmen beim akutem Herzinfarkt aufgelistet (vgl. Mayer 1997, S. 30 ff.). Busch hebt die Bedeutung der Angst der Herzkranken und Herzoperierten auf einer Intensivstation hervor (vgl. Busch 1994, S. 135 ff. u. 1999, S. 2 ff.) mit dem Hinweis, dass es bezüglich der Thematik wenig Pflegeforschungsprojekte und -ergebnisse gibt und es der weiteren Forschung insbesondere der qualitativen Befragung zum subjektiven Erleben des Patienten bedarf (vgl. Busch 1994, S. 137 f.).

Nach der Auswertung der Literatur wurde eine Zuordnung und Gliederung der thematischen Schwerpunkte erstellt. Zentrale Forschungsfragen kristallisierten sich heraus, die zusammengefasst wurden und der empirischen Untersuchung zugrunde lagen.

3 Medizinische Grundlagen zum akuten Herzinfarkt

3.1 Der Herzinfarkt als eine Koronare Herzerkrankung

Der akute Herzinfarkt, medizinisch auch als Myokardinfarkt bezeichnet, gehört zu der Gruppe der koronaren oder auch ischämischen Herzerkrankungen.

Per Definition² ist der Herzinfarkt eine „(...) *ischämische Myokardnekrose, meist auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit mit hochgradiger Stenose einer Koronararterie*“ (Herold 2000, S. 192). Das abgestorbene Myocardgewebe vernarbt und steht der Pumpfunktion des Herzens nicht mehr zur Verfügung; eine funktionelle Beeinträchtigung bleibt.

Pathogenetisch betrachtet lösen sich fetthaltige Ablagerungen, auch Plaques genannt, von den Gefäßinnenwänden und bilden einen

² Im Sinne des Textflusses der Diplomarbeit wird der Begriff Herzinfarkt präferiert und bezieht sich auf die genannte Definition.

gefäßverschießenden Thrombus. Außerdem kann es, zusätzlich oder isoliert, zu einem Spasmus der Koronararterien und einer damit verbundenen Minderdurchblutung kommen.

3.2 Der Herzinfarkt als Inbegriff der heutigen Zivilisationskrankheiten

Herz- und Kreislauferkrankungen gelten in Deutschland als „die“ Erkrankungen des 20. Jahrhunderts (vgl. Willich 1999, S. 483).

Trotz immer neuer und wichtiger Erkenntnisse in der Ätiologie und einer stetig steigenden Vielzahl an Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahrzehnten machen Herz- und Kreislauferkrankungen bei Erwachsenen im mittleren Alter noch immer 40 bis 50% der Gesamtmortalität aus (vgl. Willich 1999, S. 483).

Laut Deutscher Herzstiftung e.V. erleiden alljährlich 280 000 Menschen in Deutschland einen Herzinfarkt, von denen etwa 190 000 sterben (vgl. Gohlke 1998, o. S.). Damit liegt Deutschland laut MONICA- Studie der WHO³ weltweit im mittleren Bereich der registrierten Herzinfarkte. Das Statistische Bundesamt meldet für das Jahr 1998 insgesamt 75.924 Patienten, die an einem akuten Herzinfarkt im Krankenhaus verstorben sind, davon waren 34.927 Frauen und 40.997 Männer⁴ (vgl. Statistisches Bundesamt 1998).

3.3 Risikofaktoren

Nach herkömmlichem Verständnis ist der Herzinfarkt entweder eine natürliche Alterserscheinung („Arterienverkalkung“) oder die Folge individuellen Fehlverhaltens oder risikoträchtiger „Persönlichkeits-Programmierung“.

³ Die Langzeitstudie „Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease“ vergleicht standardisiert kardiovaskuläre Erkrankungen und die Risiken des vorzeitigen Todes in 21 Ländern (vgl. Willich 1999, S. 483).

⁴ Herold benennt das Verhältnis der tödlich ischämischen Herzerkrankungen von männlichen zu weiblichen Personen 2 bis 3:1 (vgl. Herold 2000, S. 182).

Als klassische Risikofaktoren für die Entstehung eines Herzinfarktes werden Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress in jeglicher Form genannt (vgl. Reeh 2000, S. 210 u. Gohlke 1998, o. S.).

Risikofaktoren sind nach Lynch *„In gewisser Beziehung (...) mit Wetterfahnen vergleichbar, die einen bevorstehenden Sturm anzeigen, nur daß sie die drohende Gefahr viel früher signalisieren - manchmal schon Jahre vorher“* (Lynch 1979, S. 40). Im Gegensatz zu den eben genannten stellen dagegen das Lebensalter, das Geschlecht und eine familiäre Disposition⁵ unbeeinflussbare Risikofaktoren dar (vgl. Herold 2000, S. 182).

Der akute Herzinfarkt ist allgemein *„(...) bekannt als eine typische Männerkrankheit und wird (...) selten mit Frauen in Verbindung gebracht“* (Weinrich 1995, S. 348).

Von weiterer Wichtigkeit sind auch psychosoziale Risikofaktoren sowie die sozioökonomische Lebensbedingung. Beachtenswert ist, dass das Mortalitätsrisiko der koronaren Herzkrankheiten in einigen Ländern und Regionen mit geringen sozialen Kontakten sogar gestiegen ist (vgl. Willich 1999, S. 486 ff.).

Die Ursachenforschung zum Herzinfarkt basiert jedoch vorwiegend auf den formalen Gesundheitsrisiken. In der vorgefundenen Literatur wird zum Beispiel kritisiert, dass Geschlechtsunterschiede kaum berücksichtigt werden. Somit wird ihre Gültigkeit gleichermaßen für beide Geschlechter legitimiert (Weinrich 1995, S. 348). Der gestresste Manager oder der körperlich schwer tätige Arbeiter als Inbegriff für typisch männliches Risikoverhalten unterscheiden sich erheblich von anders gearteten Lebensverhältnissen und Belastungen der Frauen⁶. Insbesondere den speziellen Aspekten der Haus- und Frauenarbeit, den häufigen Rollenkonfliktsituationen der berufstätigen Frauen und Mütter sowie dem Erholungsdefizit sollten mehr Beachtung entgegengebracht werden.

⁵ Genetische Faktoren tragen aller Wahrscheinlichkeit nach langfristig zu den internationalen Unterschieden bei (vgl. Willich 1999, S. 487).

⁶ Risikofaktoren bei Frauen nehmen mit abnehmender sozialer Schicht zu (vgl. Maschewsky et. al. 1982, S. 140).

Besonders negativ wirken sich scheinbar typisch weibliche Eigenschaften aus, nämlich das Durchhalten wollen und die mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Belastung und der körperlichen Befindlichkeit⁷. Im Vergleich erkranken zwar immer noch mehr Männer an einem akuten Herzinfarkt, jedoch sind die Überlebenschancen für Frauen nach diesem Ereignis wesentlich geringer (vgl. Weinrich 1995, S. 348).

3.4 Klinisches Bild des akuten Herzinfarkts

Der akute Herzinfarkt ist eine lebensbedrohliche Erkrankung⁸, denn 50% aller Todesfälle treten in den ersten 3-4 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome ein (vgl. Braun et. al. 1992, S. 109).

Bei körperlichen Kraftanstrengungen oder Stresssituationen, aber auch aus der Ruhe heraus können sich die typischen, intensiven Herzschmerzen bemerkbar machen. Diese Angina-Pectoris-Beschwerden, die auch mit Todesangst und Vernichtungsgefühl einhergehen, gelten als Leitsymptom der Erkrankung. Angina geht zurück auf das lateinische *angere* = beengen, würgen; die Patienten berichten häufig von einem gürtelförmigen Engegefühl um den Brustkorb herum, von massiver Atemnot, Erstickungs- und Vernichtungsgefühlen (vgl. Duden 1963, S. 25).

Angina-Pectoris-Schmerzen, auch „Migräne des Herzens“ genannt, sind aber nicht Ausdruck einer beginnenden, sondern Zeichen einer bereits bestehenden und kritischen Koronarstenose⁹ (vgl. Condrau et. al. 1998, S. 22). Der Patient mit der Erkrankung Herzinfarkt ist ein Schmerzpatient. Die Schmerzen strahlen in Arme, Hals, Schulter, Rücken und Oberbauch aus.

⁷ Als Spätletalitätsursachen werden geringe Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen und ungenügende Unterstützung von Seiten der Familie genannt (vgl. Weinrich 1995, S. 350 f.).

⁸ Annahme der Schätzungen der Letalität bei Erstinfarkt: 3-Stunden-Letalität von 25%, 4-Wochen-Letalität von 50%, 12-Monate-Letalität von 60% (vgl. Maschewsky et. al. 1982, S. 11).

⁹ Angina Pectoris tritt meistens bei einer 75%igen kritischen Koronarstenose auf (vgl. Herold 2000, S. 184), von William Herberden (1710-1801) aus England erstmals als klassisches Symptom der Stenose beschrieben (vgl. Mittag 1996, S. 20).

Das Ereignis dieser Schmerzsymptomatik kann die Patienten im Rahmen eines akuten Herzinfarkts erstmalig überraschen, es kann von ihnen aber auch schon zuvor, vielleicht in abgeschwächter Form erlebt worden sein.

Neben Schwächegefühlen und Blutdruckabfall bis hin zum Kreislaufversagen sind vegetative Begleitsymptome wie Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen zu beobachten. Nur 15-20% der Herzinfarkte verlaufen als „stumme“ Infarkt ohne Schmerzen. Grund hierfür sind diabetische Neuropathien und Infarktereignisse bei älteren Menschen (vgl. Herold 2000, S. 192).

3.5 Komplikationen und Behandlung

Der Herzinfarkt gilt als akutes koronares Syndrom, bei dem sofortige intensivmedizinische Therapie erforderlich ist (vgl. Herold 2000, S. 184). Den Erstmaßnahmen und der weiteren Überwachung und Betreuung auf einer Intensivstation ist dementsprechend eine hohe Bedeutung beizumessen. Nach Herold ist das Kammerflimmern die häufigste und das Pumpversagen des Herzens die zweithäufigste Todesursache nach Infarkt¹⁰ (vgl. Herold 2000, S. 196). Die Größe und Ausdehnung des Herzinfarktes bestimmen sowohl die Intensität der intensivmedizinischen Maßnahmen als auch die Prognose (vgl. Reeh 2000, S. 210).

Die Dramatik der Erkrankung spürt der Patient nicht nur am eigenen Leibe, sondern auch durch das emsige, rastlose Treiben des Intensivpersonals um ihn herum. Nicht nur, dass alle Überwachungsgeräte angeschlossen, Sauerstoff zugeführt und venöse Zugänge für die medikamentöse Infusionstherapie gelegt werden, es wird üblicherweise direkt das breite Spektrum der Diagnostik eingesetzt (vgl. Braun et. al. 1992, S. 108 f.).

Herzkrankheiten gelten im 21. Jahrhundert als kontrollierbar. *Lege artis* ist zur Zeit die Herzkatheterdiagnostik und -therapie innerhalb von sechs Stunden nach dem Infarktereignis zur bestmöglichen Behandlung und

¹⁰ Die Liste der Komplikationen des akuten Herzinfarkts ist lang: 90% Herzrhythmusstörungen, 20-50% Lungenödem, 35% Reinfarkt, 10% kardiogener Schock, 7% Asystolie, 1-3% Herzruptur und weitere (vgl. Braun et. al. 1992, S. 111).

Prognose. Sollte diese Möglichkeit nicht zur Verfügung stehen, wird eine konservative Lysetherapie zur Revaskularisation durchgeführt (vgl. Herold 2000, S. 198 f.). Außerdem stehen an Therapiemöglichkeiten von der Ballondehnung¹¹ der Koronargefäße über das Einsetzen dauerhafter Gefäßstützen, so genannten Stents, bis hin zu Bypass-Operationen am Herzen eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung. Die Herztransplantation stellt die letzte Lösung in der Therapie dar (vgl. Kleber 1999, S. 192 f. u. Mohr, o. S.).

Im Rahmen der speziellen medikamentösen Herztherapie stehen Analgesie und Sedierung im Vordergrund¹² der Behandlung, um den Vernichtungsschmerz auszuschalten, der eine existentielle Angst, auch als Angina cordis oder Herzangst bezeichnet, durch Luftnot in Form von Erstickungsgefühlen hervorruft. Die Angstzustände, Schwächegefühle und Depressionen, die die am häufigsten beobachteten Emotionen im Zusammenhang mit vital bedrohlichen Zuständen darstellen, werden in der medizinischen Therapie mit der „psychischen Abschirmung“ behandelt. Der Fokus zur Beherrschung der Angst liegt auf der Gabe von Medikamenten. Zusätzlich wird dem Patienten absolute Ruhe verordnet (vgl. Herold 2000, S. 197).

So werden, anders als bei Krebserkrankungen, selbst schwer herzkranken Patienten insgesamt mit der Hoffnung auf Besserung behandelt. Die grundsätzliche Annahme, Kontrolle über die Erkrankung zu haben, verändert auf radikale Weise das Verständnis der Krankheit (vgl. Benner et. al. 1997, S. 263).

¹¹ Die Ballondilatation der verengten Koronargefäße hat eine direkte Erfolgsrate von 90-95%. Negative Kehrseite ist jedoch, dass es bei 35 Prozent der Patienten zu einer Re-Stenosierung nach einem Jahr kommt (vgl. Herold 2000, S. 190).

¹² Schwere Schmerz- und Angstzustände führen zu erhöhtem Sauerstoffbedarf und weiteren Belastungen des Organismus (vgl. Reeh 2000, S. 214).

3.6 Das medizinische Selbstverständnis

„Das Machbare um jeden Preis“ spiegelt die naturwissenschaftliche Sichtweise wieder. Im Selbstverständnis der Medizin¹³ wird die Wichtigkeit der Heilbarkeit von Herzerkrankungen immer wieder betont. Den „unwichtigen“ Einzelheiten, zum Beispiel das Erleben der Erkrankung selbst, wird weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Die Realität zeigt dem medizinischen Denkkollektiv¹⁴ jedoch, dass kurzfristig gute Prognosen bei der Akutbehandlung des Herzinfarktes sich jedoch langfristig auf der Bevölkerungsebene nicht durchsetzen können. Die Gesamtmortalität kann nicht gesenkt werden, da die hauptsächlichen Todesfälle als plötzlicher Herztod bereits vor der Krankenhausaufnahme stattfinden (vgl. Willich 1999, S. 488). Zusätzlich treten in 35 Prozent der Fälle Re-Infarkte auf, und innerhalb von zwei Jahren versterben fünf bis zehn Prozent aller im Krankenhaus behandelten Patienten mit Herzinfarkt an einem plötzlichen Herztod (vgl. Braun et. al. 1991, S. 111 u. Herold 2000, S. 203).

Dem medizinischen Selbstverständnis steht die Erlebniswelt des Patienten gegenüber. Die Menschen, die einen akuten Herzinfarkt erleiden, werden plötzlich oder, wie im Volksmund ausgedrückt, „schlagartig und aus heiterem Himmel“ mit diesem Ereignis konfrontiert. Dieser Zustand kann neben körperlichen Beschwerden starke emotionale Verwirrungen auslösen. Emotionen können sich im Augenblick einer Erkrankung entweder wesentlich von denen in einer Alltagssituation unterscheiden oder aber völlig gleich sein (vgl. Mahrer 1996, S. 23 ff.). In der Literatur wird immer wieder hervorgehoben, dass gerade Erkrankungen des Herzens die emotionalen Reaktionen beeinflussen. Außer in symbolischen Redewendungen wird dieses wechselseitige Geschehen auch körperlich in hohem Ausmaß deutlich, da Gefühlsregungen untrennbar mit Reaktionen unseres Körpers verbunden sind. Der Körper vermittelt dem Einzelnen, aber auch den anderen etwas über die innere Befindlichkeit.

¹³ Fleck stellt die These auf, dass Wissenschaftler ihr Forschungsfeld durch eine bestimmte „Brille“ betrachten; er nennt dies Denkstil (vgl. Fleck 1980, S. XXXVI).

¹⁴ Als Denkkollektiv bezeichnet Fleck die Gemeinschaft der Wissenschaftler, die im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen (vgl. Fleck 1980, S. 54).

Gerade starke emotionale Bewegungen sind spür- und sichtbar, bei Angst und Aufregung steigt die Herzfrequenz, kommt es zu Unruhe und Erregung (vgl. Ullrich 2000, S. 72 f.). Condrau vergleicht das Herz sogar mit einem Seismographen, der das Gefühlsleben registriert und darauf reagiert (vgl. Condrau et. al. 1989, S. 117).

4 Emotionen und Angst

Neben sicht- und messbaren körperlichen Reaktionen finden sich bei Patienten mit einem Herzinfarkt eine Vielzahl von Gefühlsäußerungen, die zu einem tieferen Verständnis ihrer Befindlichkeit beitragen können. Das folgende Kapitel vermittelt einen kurzen Überblick über das Phänomen der Emotionen und der Emotionsforschung unter besonderer Berücksichtigung der Angst.

4.1 Emotionen

Schon in der Antike war der Zusammenhang zwischen Emotionen beziehungsweise Gefühlen oder aber Gemütsbewegungen und körperlichen Reaktionen unumstritten. Am meisten haben sich in jener Zeit Philosophen mit diesen Zusammenhängen auseinandergesetzt. *„Offenbar verhält es sich in den meisten Fällen so, daß die Seele nicht affiziert wird oder sich betätigt, ohne daß der Leib mit im Spiel ist: so wenn sie zürnt, wagt, begehrt“* (Aristoteles zit. n. dtv-Atlas 1997, S. 227).

Im Mittelalter wird die Gefühlsebene als Medium des Glaubens funktionalisiert. Es wird zwischen Emotionen menschlicher Schwäche und göttlichen Emotionen unterschieden.

Während der Renaissance kam es zu einer Trennung von Theologie und Philosophie, was dazu führte, dass die Gefühlswelt nicht mehr länger dem Glauben untergeordnet wurde. Sie wurde nicht mehr als passives Erleben, sondern als Aktion gewertet. Allerdings ermöglichte diese neue Sicht der Dinge auch die bis heute nachwirkende Wende der Emotionsforschung. Im Rahmen eines mechanistischen Körperkonzeptes wandte sich Descartes im 17. Jahrhundert ausführlich den körperlichen Prozessen im

gefühlsmäßigen Erleben zu und stellte zum Teil sehr extreme Hypothesen über den Sitz der Seele auf.

Im 19. Jahrhundert formierte sich dann langsam die moderne Psychologie mit der Folge eines sehr uneinheitlichen Bildes der Emotionsforschung. Gefühle wurden als Wahrnehmung körperlicher Veränderungen, als subjektive Bewusstseins Ebene, als menschliches Grundvermögen, aber auch als Hilfe im Kampf um das Dasein interpretiert (vgl. Ulich et. al., 1992, S. 15 ff.). Diesen Forschungsansätzen lag der gemeinsame Versuch zugrunde, die Vielfältigkeit der menschlichen Emotionen auf wenige Grundgefühle zu reduzieren und diese als positiv oder negativ zu bewerten. Als Beispiel sei hier Wundt angeführt, der drei grundlegende Qualitätspaare ausmachte: Unlust - Lust, Spannung - Lösung, Erregung - Beruhigung. Diese Grundrichtung einer Ordnung der Gefühle hat sich bis heute erhalten (vgl. Brockhaus 1997, S. 233 f. u. dtv- Atlas 1997, S. 223).

Untersuchungsergebnisse zeigen, dass schon Säuglinge Emotionen erkennen und ausdrücken können, dass diese Fähigkeit also angeboren ist. Die so genannten Primäremotionen, die schon bei der Geburt vorhanden sind, finden ihre Ausdrucksweise in Körpersprache und Mimik und dienen vor allem in den ersten Lebenswochen der Sicherung der Existenz. Später werden sie durch Lernprozesse überlagert (vgl. Illis 1974, S. 40 f.). Dies legt den Schluss nahe, dass auch Erwachsene über ein universelles emotionales Ausdrucksrepertoire verfügen. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die folgenden Emotionen weltweit und in gleicher Weise erkannt und ausgedrückt werden: Fröhlichkeit, Überraschung, Wut, Ekel, Furcht, Traurigkeit und Verachtung. Es ist jedoch zu beachten, dass die Menschen in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Kultur und individuellen Sozialisation vielfache Abstufungen der Ausdrucksweise ihrer Gefühle erlernen (vgl. Zimbardo 1999, S. 360 f.).

Schwarzer bemerkt dazu kritisch: *„Es gibt jedoch keine allgemeingültige Gefühlstheorie, sondern vielmehr eine Vielzahl konkurrierender Ansätze innerhalb der Psychologie und darüber hinaus in anderen Wissenschaftsbereichen“* (Schwarzer 1997, S. 62). Die unterschiedlichen Gefühlstheorien zum Wesen und zu den Entstehungsbedingungen von Emotionen hängen nicht zuletzt vom psychologischen, philosophischen