

Die Bedeutung institutioneller Rahmenbedingungen für individuelle Copingmechanismen am Beispiel der Transluminalen Coronarangioplastie

Vorbemerkung

Im folgenden wird über einen Aspekt von Copingmechanismen berichtet, der empirisch besonders schwierig zu untersuchen ist und daher in den meisten vorliegenden Studien ausgeklammert wurde, der meist auch vielfache Kontroversen auslöst. Institutionelle Bedingungen der medizinischen Diagnostik und Therapie beeinflussen nach unseren Erfahrungen wesentlich die beobachtbaren individuellen Copingmechanismen. Auch das Verhalten der Patienten gegenüber den meist von außen kommenden psychosozialen Forschern wird durch die strukturellen Gegebenheiten wesentlich mitbestimmt. Aber erst die systematische Beobachtung und Reflexion dieser Dimension ermöglicht eine kritische Einschätzung der gewonnenen Ergebnisse und beeinflusst daher auch die Formulierung von Vorschlägen für die zukünftige psychosoziale Betreuung der Patienten, die ja Ziel von Copingforschungen sein sollte. Die für diesen Beitrag gewählte Schwerpunktsetzung soll nicht suggerieren, daß andere Determinanten des Copingprozesses - wie sie in den übrigen Beiträgen des vorliegenden Buches zu finden sind - weniger bedeutsam sind. Auch wir haben die derzeit üblichen methodischen Instrumente in unserer Untersuchung verwandt. Es soll lediglich gezeigt werden, wie sehr die institutionellen Strukturen den Forschungsprozeß und die gewonnenen Ergebnisse beeinflussen und es sollen dadurch andere Untersucher ermutigt werden, in ihren Veröffentlichungen diesem Aspekt größeren Raum zu widmen.

1. Kurze Beschreibung unseres Forschungsprojektes

Während der zweijährigen Voruntersuchungen nahm der Autor regelmäßig an der kardiologischen Stationsvisite sowie an mehreren Coronardilatationen teil und betreute einzelne Patienten psychotherapeu-

tisch (Jordan et al. 1983). Außerdem wurden von verschiedenen Mitarbeitern der Abteilung für Psychosomatik insgesamt 25 psychoanalytische Interviews mit Patienten vor oder nach der Dilatation durchgeführt, die in Teamsitzungen ausgewertet wurden. Während der von Mai 1984 bis Mai 1985 laufenden Hauptuntersuchung bekamen alle in Frankfurt coronardilatierten Patienten einen ausführlichen Sozial- und Berufsfragebogen, die Partnerinnen bzw. Partner wurden ebenfalls schriftlich befragt; einen Tag vor und einen Tag nach der Dilatation fanden jeweils halbstrukturierte Interviews statt, außerdem wurden jeweils Fragebögen zur Stimmung, zur Angstbewältigung und zum Erleben vor, während und nach der Dilatation vorgelegt. Diese Hauptuntersuchung führten insgesamt sechs Personen durch. Viele der geführten Interviews wurden im Team supervidiert. Derzeit läuft eine Zwölfmonatskatamnese. Aus der Sicht der Patienten waren die Mitarbeiter aus der Abteilung für Psychosomatik Außenstehende, obwohl bereits bei der schriftlichen Mitteilung des stationären Aufnahmetermins seitens der Kardiologen auf unsere Untersuchung hingewiesen wurde. Da die Patienten beim ersten Kontakt von uns gefragt wurden, ob sie an unseren Untersuchungen teilnehmen wollen, konnten sie dies auch ablehnen, was ca. 40 von 200 Patienten taten.

2. Die Transluminale Coronarangioplastie (TCA)

Die TCA ist ein relativ neues Verfahren zur Aufdehnung stenosierter Herzkranzgefäße (Kober et al. 1980). Über einen Führungskatheter wird ein winzig kleiner Ballonkatheter an die stenosierte Stelle des Kranzgefäßes herangeführt, dann mehrfach für einige Sekunden auf ca. 5 atü aufgeblasen. Dadurch wird häufig eine Lumenerweiterung erreicht. Der Eingriff kann in den meisten Fällen eine By-Pass-Operation unnötig machen und eine deutlich verbesserte Blutversorgung des Herzmuskels bewirken. Zur Durchführung der TCA werden die Patienten ca. 14 Tage stationär aufgenommen. Psychisch belastend und daher für Copingforschungen relevant sind folgende Aspekte:

Die TCA wird bei vollem Bewußtsein und ohne Gabe von Beruhigungsmitteln durchgeführt. Sie dauert zwischen ein und vier Stunden und stellt schon deshalb eine erhebliche seelische Belastung dar. Außerdem ist eine außerordentlich beängstigende Komplikation möglich: Bei der Katheter-einführung und vor allem beim Dehnungsprozeß können Risse in der Gefäßwand entstehen, die eine sofortige Notoperation notwendig machen. Weitere seelische Belastungen sind: die langen Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme, die aus organisatorischen Gründen ständig vorkommenden Terminverschiebungen des Eingriffs

während des stationären Aufenthaltes sowie die Möglichkeit des Mißlingens der Dilatation (weil die Stenose nicht erreicht oder nicht mit dem Ballon passiert werden kann oder weil die erzielte Lumenerweiterung nicht ausreichend ist) mit der Folge einer dann doch notwendigen By-Pass-Operation. Bei ca. 10% der Patienten ist das bei der Dilatation aufgedehnte Gefäß nach fünf Monaten wieder verschlossen, so daß eine Redilatation oder eine By-Pass-Operation vorgenommen werden muß. Außerdem sind die Patienten oft von ihren Familienangehörigen getrennt, da sie aus dem gesamten Bundesgebiet nach Frankfurt zur Behandlung kommen. In unsere Studie wurden nur diejenigen Patienten einbezogen, die zur Erstdilatation nach Frankfurt kamen, nicht aber diejenigen, bei denen ein verschlossener By-Pass dilatiert oder bei denen eine Redilatation vorgenommen wurde.

3. Institutionelle Rahmenbedingungen

Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet können zur Dilatation nach Frankfurt überwiesen werden, indem die wichtigsten diagnostischen Befunde (Angiofilm, EKG etc.) zur Beurteilung nach Frankfurt geschickt werden. Die Patienten kommen dann nach erheblichen Wartezeiten nach Frankfurt und werden im allgemeinen acht Tage vor dem vorgesehenen Dilatationstermin stationär aufgenommen. In diesen acht Tagen wird ein umfangreiches diagnostisches Programm zur endgültigen Abklärung der Dilatationsindikation abgewickelt. Die Struktur der Klinik bringt es mit sich, daß diese diagnostischen Abklärungen sehr schematisch und bis ins letzte Detail organisatorisch festgelegt erfolgen und zwischen Patienten und Stationsarzt wenig Raum für individuelle Beziehungsaufnahmen bleibt. Die Dilatationspatienten (meist zwei bis drei Patienten pro Station) laufen, was den Stationsbetrieb angeht, eher nebenher; Ärzte und Pflegekräfte haben lediglich dafür zu sorgen, daß keine vorgeschriebenen diagnostischen Abklärungen vergessen werden. Die Patienten erleben dies häufig als eine Zeit relativer Anonymität. Belastend wird diese Situation für die meisten allerdings erst dann, wenn der für sie vorgesehene Dilatationstermin nicht eingehalten wird, wenn sie beispielsweise mehrfach morgens nüchtern bleiben und auf ihren Abruf von Station warten und dann erfahren, daß sie an diesem Tag nicht mehr dilatiert werden können. Da Stationsärzte und -pfleger meist auch nicht wissen, weshalb Patienten am vorgesehenen Termin nicht dilatiert wurden und auch keinen Einfluß auf den nächsten Termin haben, entstehen häufig Spannungen, weil die Patienten keinen Ansprechpartner haben. Ein wesentliches Charakteristikum bei der Durchführung der Dilatation in Frankfurt ist folgendes: die Di-

latationsärzte haben ihre Patienten meist vorher nie gesehen und die Patienten wissen vorher auch nicht, welcher Arzt die Dilatation vornehmen wird. Die Aufklärung der Patienten über den Dilatationsvorgang, die Risiken und die notwendigen zukünftigen Lebensumstellungen findet in einem Gruppengespräch mit allen Patienten des Hauses (die auf mehreren Stationen verteilt sind) unter Anwesenheit der gerade dilatierten Patienten statt. Die emotionale und kognitive Haltung der Patienten ist weiterhin durch die überwiegend erfolgreich verlaufenden Dilatationen geprägt. Viele vorher in ihrer Leistungsfähigkeit sehr eingeschränkten Patienten können bereits am Tag nach der Dilatation voll belastet werden, ohne beim EKG innerhalb der 6 Minuten Ischämien zu zeigen. Sie können meist eine Woche nach der Dilatation ihre beruflichen und sonstigen Tätigkeiten wieder aufnehmen. Diese Aussicht weckt bei den Patienten natürlich große Hoffnungen und trägt auch bei Ärzten und Pflegepersonal zu überwiegend optimistischen Grundhaltungen und entsprechenden Äußerungen den Patienten gegenüber bei.

4. Copingmechanismen

Die skizzierten institutionellen Rahmenbedingungen sind aus der Sicht der Patienten vor allem durch einen hohen Grad an ärztlicher Arbeits- bzw. Funktionsteilung charakterisiert. Unter diesen Bedingungen erlebt der Patient mehrere, für ihn in unterschiedlichen Zusammenhängen zuständige Ärzte (Stationsarzt, Chefarzt, Leiter der Dilationsabteilung, den dilatierenden Arzt, den Arzt, der die Gruppenaufklärung leitet, den EKG-Arzt), ohne daß er eine intensive Beziehung zu einem Arzt aufbauen könnte, mit dem er alle Aspekte der Krankheit und der Therapie sowie seine Ängste besprechen könnte. In der am meisten bedrohlichen Situation begegnen sich Patient und Dilationsarzt als Fremde und müssen nun in der für beide Seiten komplizierten, höchste Aufmerksamkeit erfordernden und Anspannung mit sich bringenden Situation eine Beziehung aufnehmen. Der Dilationsarzt kennt die Biographie des Patienten nicht, weiß nichts über dessen Befürchtungen oder Copingmechanismen in den Tagen vor dem Eingriff und wird während seiner schwierigen Arbeit mit meist kurzen verbalen Äußerungen und nonverbalen Signalen des Patienten konfrontiert. Der einzige soziale Zusammenhang innerhalb des Krankenhauses, in dem Patienten vor und nach der Dilatation ihre Meinungen, Ängste und Angstbewältigungsstile austauschen können, ist die Gruppe der ebenfalls vor oder nach der Dilatation stehenden Patienten. Immer wieder haben wir erlebt, daß die Patienten gerade durch diese Gruppe

- die sich trotz der Unterbringung auf verschiedenen Stationen des Hochhauses häufig trifft - wesentlich in ihren Meinungen und Gefühlen beeinflußt sind. Die Art dieses Einflusses ist naturgemäß sehr unterschiedlich, da sich die Zusammensetzung ständig ändert und aktuelle Ereignisse (z. B. dauernde Terminverschiebungen wegen technischer Defekte oder Dilatationszwischenfälle, Notoperationen etc.) die Gespräche stark bestimmen. Im allgemeinen scheint diese Patientengruppe durch einen angstabwehrenden Kommunikationsstil bestimmt zu sein, was denjenigen Patienten, die diesen Copingstil ebenfalls bevorzugen, zusätzliche Sicherheit und sozialen Rückhalt ermöglicht. Für Patienten mit einem mittleren Angstniveau entsteht hier oft eine Sogwirkung, sie versuchen, sich dem gängigen Stil anzupassen und können z. T. ihre Ängste so besser kontrollieren. Schwieriger haben es Patienten, die unter starken Ängsten leiden (die z. B. vorher ihr Testament gemacht haben und sich mit eigenen Todesängsten auseinandersetzen), denn sie finden in der Gruppe kaum Gesprächsmöglichkeiten, sie werden ständig beruhigt und empfinden ihre Ängste daher z. T. als anomal und fühlen sich bald minderwertig. Wenn bei einer Dilatation ein Zwischenfall eintritt und ein Patient notoperiert werden muß oder gar stirbt, verändern sich in dieser Patientengruppe natürlich die Kommunikationsstile und die gruppenspezifischen Prozesse.

Über die Bedeutung dieser Patientengruppe oder über die darin ablaufenden Prozesse können wir letztlich nur spekulieren, da wir auf die Schilderungen der Patienten angewiesen sind. Angesichts der extremen Arbeitsteilung seitens der Kardiologen, die zu einer weitgehenden Abspaltung emotionaler Anteile in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führt, hat diese Patientengruppe zentrale Bedeutung. Hier werden nicht nur die individuellen Copingmechanismen bestärkt oder labilisiert, hier entstehen auch Voreinstellungen zu den Dilatationsärzten, von denen diese wiederum nichts wissen. Da die Patienten häufig miteinander sprechen und die Erfahrungen der gerade dilatierten Patienten austauschen, entstehen wechselnde Voreinstellungen zu bestimmten Dilatationsärzten mit der Folge, daß phasenweise einzelne Ärzte eher mehr oder eher weniger von den Patienten "gewünschte" Dilatationsärzte werden. Diese durch Mitpatienten vermittelten Voreinstellungen führen dann beim Kontakt mit dem entsprechenden Arzt während der Dilatation zu spezifischen Verhaltensweisen der Patienten, die nicht direkt von diesem Arzt ausgelöst, sondern durch die Vermittlung seitens Dritter geprägt sind, was die Kommunikation natürlich zusätzlich erschwert.

Es kann als sicher gelten, daß die individuellen Copingmechanismen der Patienten auch von bewußten oder unbewußten Phantasien bzw. Beobachtungen darüber beeinflußt sind, welche offenen und ver-

deckten Erwartungen hinsichtlich erwünschter oder unerwünschter Verhaltensweisen der Patienten innerhalb der Institution vorherrschen. Jeder Patient wird automatisch seine Verhaltensweisen, aber auch seine ihm selbst oft nicht bewußten Copingstrategien an die Regeln und Rollenerwartungen der behandelnden Ärzte anpassen, wird bei der Einschätzung der bevorstehenden Bedrohung durch den Eingriff sich auch damit auseinandersetzen, welche unterstützenden oder sanktionierenden Reaktionen er von seiten der für ihn relevanten Bezugsperson zu erwarten hat. Auf welchem Wege sich die zahlreichen Rollenerwartungen der behandelnden Ärzte den Patienten vermitteln, ist derzeit wissenschaftlich noch nicht differenziert untersucht, daher sind auch wir auf sehr subjektive eigene Beobachtungen angewiesen. Auch die Art dieser ärztlichen Erwartungen ist schwer zu untersuchen. Wir können lediglich aus den Berichten der Patienten, aus eigenen teilnehmenden Beobachtungen und aus halbstrukturierten Interviews mit den Dilatationsärzten Hypothesen formulieren. Da wir davon überzeugt sind, daß die ärztlichen Erwartungen die individuellen Copingmechanismen der Patienten beeinflussen, sollen diese hier wenigstens kurz skizziert werden.

Zunächst vermitteln die o. g. institutionellen Rahmenbedingungen (die für die Patienten ja als von den Ärzten geschaffene und gewünschte erscheinen), daß wenig Raum (im wörtlichen Sinne) und Zeit für emotionale Aspekte des Krankheitsgeschehens vorgesehen ist. Auch die Tatsache, daß die dilatierenden Ärzte vorher nicht die Zeit haben, ein längeres Gespräch mit den Patienten zu führen, vermittelt mit den vorgenannten Aspekten, daß entsprechende Wünsche oder Bedürfnisse der Patienten eher unerwünscht sind, zumindest einen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen, der nur in Einzelfällen eingeplant ist. Die bei den beteiligten Ärzten vorliegenden Vorstellungen darüber, welche Copingstrategien der Patienten als adäquat, welche als störend oder gar pathologisch angesehen werden, sind nur mit Vorbehalt zu formulieren: Es scheint, als ob Patienten, die keine Angst signalisieren, völlig ruhig und gelassen, mit großem Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten und mit technischem Interesse die Dilatation über sich ergehen lassen, von seiten der Kardiologen sehr angenehm und normal empfundene Patienten sind, obwohl wir als Psychosomatiker eben diese Patienten als besonders auffällig wegen ihrer Angstlosigkeit wahrnehmen. Auch Patienten mit mittlerem Angstniveau gelten als normal und angenehm, sie werden während des Eingriffs beruhigt, bekommen zwischendurch Informationen über die gerade eingeleiteten Maßnahmen und werden für ihre Kooperation gelobt. Es schien oft so, daß die Dilatationsärzte gerade bei diesen Patienten ihre eigene Anspannung (und die Angst vor einem folgenschweren Zwischenfall) projektiv-identifikatorisch be-

sonders gut bewältigen konnten, weil die Beruhigung des Patienten auch der eigenen Beruhigung diene. Komplizierter schien die Situation bei den wenigen Patienten, die ihre Ängste nicht abwehrten, sondern offen zum Ausdruck brachten. Das Äußern von Todesangst oder Depressionen schien die beteiligten Ärzte eher zu beunruhigen und rief oft Hilflosigkeit hervor, weil man nicht wußte, wie man darauf eingehen sollte und weil entsprechende Techniken der Gesprächsführung nicht gelernt waren.

Innerhalb dieser sehr komplexen, hier nur kurz skizzierten institutionellen Rahmenbedingungen wirkte unser Anliegen an die Patienten zunächst befremdend und rief häufig zunächst mißtrauische Fragen und Zurückhaltung hervor. Wir waren in der Sicht der Patienten Personen, die deutlich nicht zum Stationsteam bzw. zu den Kardiologen gehörten. Daß in einer Uniklinik auch Forschung betrieben wird, war für alle Patienten naheliegend, daß wir uns aber ausschließlich für die soziale, familiäre und seelische Seite der Krankheit interessierten, war ein nicht in den Kliniksalldag passender Aspekt. Die im folgenden beschriebenen Arten des Umgangs mit uns waren trotz des immer gleichen Settings sehr unterschiedlich, genauso wie die von uns beobachteten Copingmechanismen. Es werden lediglich drei, für den Zusammenhang dieser Arbeit charakteristische Varianten dargestellt. Es werden auch nur diejenigen Aspekte referiert, die die institutionellen Rahmenbedingungen widerspiegeln. Die für die Copingmechanismen unserer Patienten ebenfalls wesentlichen Vorerfahrungen mit diagnostischen und therapeutischen Eingriffen und die auf dem Hintergrund der Biografie verstehbaren individuellen persönlichkeitspezifischen psychodynamischen Aspekte werden in der Darstellung ausgeklammert.

1. Unser Gesprächsangebot ablehnende Patienten

Etwa 20% aller angesprochenen Patienten lehnten es ab, unsere Fragebögen auszufüllen und sich zu einem Gespräch zu verabreden. Viele dieser Patienten waren dabei freundlich, hatten verschiedene, mehr oder minder nachvollziehbare Gründe oder ließen sich zunächst am Krankenbett auf ein längeres Gespräch ein, ohne an der Untersuchung selbst teilnehmen zu wollen. Sie machten deutlich, daß sie mit diesem Aspekt der Krankheit nichts zu tun haben wollen, oder daß ihnen der Zeitaufwand (vier bis fünf Stunden) zu groß war. Einige wenige Patienten lehnten eine Kooperation auch ab, weil sie sich zu ängstlich und angespannt fühlten und die Fragebögen und Gespräche als eine Belastung empfanden.

2. Aufgeschlossene Patienten

Zwischen 10% und 20% der Patienten reagierten interessiert und sehr aufgeschlossen. Sie empfanden unser Gesprächsangebot als willkommene Gelegenheit, über ihre Gefühle zu sprechen und beklagten meist den Mangel an entsprechenden Möglichkeiten innerhalb des Krankenhauses. Kritik an den Umgangsformen der Ärzte oder an organisatorischen Mängeln, an der Gefühlskälte mancher Mitpatienten wurde geäußert, und die dadurch entstehende zusätzliche seelische Belastung konnte ausführlich besprochen werden. Die meisten dieser Patienten waren sehr introspektionsfähig, und ihre Ängste unterlagen einer geringen Abwehr. So sprachen diese Patienten (prozentual sehr viele Frauen der Stichprobe gehörten in diese Gruppe) über ihre Todesängste, darüber, daß sie zuhause ihre Angelegenheiten geordnet, z. B. ihr Testament gemacht hätten. Es entwickelten sich Gespräche über die möglichen Ursachen der coronaren Herzkrankheit, über die seit der Diagnose entstandenen Verunsicherungen und Zukunftsängste, über die veränderte Familiensituation und Sexualität. Manche Patienten verstanden die Krankheit als Signal, suchten nach tieferen Ursachen für ihre vorherige Lebensweise und konnten die ihrer Meinung nach ursächlichen seelischen Belastungen emotional nacherlebbar schildern. Beispielsweise konnte ein Patient seine Verzweiflung und seine Trauer über die jahrelange vorausgehende psychiatrische Krankheit seiner Lebenspartnerin zum ersten Mal in seinem Leben schildern und dabei heftig weinen. Er fühlte sich nach dem Gespräch entspannter, bat um einen weiteren Termin und nutzte die Gelegenheit konstruktiv. Ein anderer Patient konnte erarbeiten, daß er den Tod seines geliebten Sohnes, mit dem er sehr stark identifiziert war, nie verkraftet hatte und seit diesem Ereignis eine fast manische Arbeits- und Lebensweise begonnen hatte. Er verstand, daß dies der Abwehr seiner unverarbeiteten Trauer galt und wollte die Krankheit und den lebensbedrohlichen Eingriff als Anlaß erneuten Nachdenkens nutzen und sich für den Fall, daß er die Dilatation überleben sollte, wieder mehr Ruhe und Trauer gönnen.

Die Patienten dieser Gruppe fühlten sich einsam, depressiv, im Stich gelassen und hatten es außerordentlich schwer, innerhalb des Krankenhauses Gesprächspartner zu finden. Sie empfanden die beruhigenden Äußerungen von Mitpatienten oder Ärzten abwehrend, fühlten sich nicht verstanden und litten an Minderwertigkeitsgefühlen, weil sie nicht ruhiger mit dem bevorstehenden Eingriff umgehen konnten, wie dies die meisten anderen Dilatationspatienten taten. Für die Patienten dieser Gruppe waren die institutionellen Rahmenbedingungen eine zu-

sätzliche seelische Belastung, sie fanden wenig oder gar keine Möglichkeiten, Unterstützung zu finden. Als Psychosomatiker würde ich diese Umgangsweise mit der Krankheit und dem bevorstehenden Eingriff als völlig adäquat einschätzen, weil die Dimensionen des Ereignisses intellektuell und emotional realitätsgerecht durchlebt wurden. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß diese Patienten während des Dilatationsvorganges besondere Schwierigkeiten in Bezug auf den technischen Ablauf hervorriefen oder schlechtere Dilatationserlebnisse die Folge der durchlässigeren Copingstrategien waren.

3. Die Dilatation im Erleben der größten Patientengruppe

Die größte Untergruppe von Patienten (deren Größe in der Einschätzung der am Projekt beteiligten Interviewer zwischen 40% und 75% aller Patienten schwankte) begegnete uns äußerlich aufgeschlossen, höflich und scheinbar kooperationsbereit. Dennoch war eine starke innere Reserve und Abwehr emotionaler Impulse spürbar. Charakteristisches Merkmal dieser Gruppe war ein typisches Gegenübertragungsgefühl der Interviewer: Immer fühlte man sich als Interviewer dazu gedrängt, die Patienten narzißtisch zu bestätigen, wollte man einen Gesprächsabbruch vermeiden. Dies bedeutete in den meisten Fällen auch eine dementsprechende reale Haltung der Interviewer, also eine beträchtlich Energiezufuhr zur Aufrechterhaltung des Kontakts. Trotz dieser im besonderen Maße entgegenkommenden und bestätigenden Haltung blieben viele Gespräche auf sehr oberflächlichem Niveau: Die Patienten antworteten korrekt und wortkarg auf die gestellten Fragen, brachten ihrerseits keinerlei Gesprächsangebote und zogen sich auf die in der Klinik üblichen Antwortmuster zurück, indem sie zum Beispiel die klassischen Risikofaktoren, wie Rauchen, Übergewicht oder Streß fast klischeehaft reproduzierten, ohne daß ein verstehendes Gespräch ermöglicht wurde. Emotionale Aspekte wurden z. T. verleugnet, zum größten Teil aber bewußt ausgeklammert und umgangen. Die Patienten kooperierten mit uns, weil sie Zeit hatten und uns bei der Forschung helfen wollten, z. T. offen "väterlich" (Zitat: "...einem jungen Arzt bei der Doktorarbeit helfen...") oder auch belehrend schulmeisterlich. Dennoch wurden einige typische Copingmechanismen sichtbar: Die Identifikation mit dem Ärzteteam war der am häufigsten anzutreffende Mechanismus. Vor der Dilatation zeigten diese Patienten ein ausgeprägtes informationssuchendes Verhalten, waren sehr gut über den technischen Ablauf unterrichtet, interessierten sich für die technischen Geräte, die statistisch genauen Erfolgsraten etc. Während der Dilatation zeigten diese Patienten hohes Interesse an den im Raum befindlichen

technischen Geräten, ließen sich in jeder Phase anhand des Fernsehmonitors erklären, was gerade gemacht wurde und waren dabei emotional außerordentlich ruhig. Neben diesem aktiven, problemorientierten, informationssuchenden Copingverhalten sahen wir z. T. interpersonelle Abwehrmechanismen, die die intrapsychische Kontrolle ängstlicher Gefühle unterstützten. Ein typischer interpersoneller Mechanismus war die intrapsychische Abspaltung von Angst beim Patienten und deren Projektion (bzw. Realisierung) bei seinem Ehepartner. Oft berichteten die Patienten, daß die Ehepartner vor der Dilatation große Ängste hätten, schlaflos seien und auch oft weinten. Auch wurde über Mitpatienten mitleidvoll berichtet, die so große Angst vor der Dilatation hätten und sich durch nichts beruhigen ließen. Wir sahen darin eine wichtige Form der Angstverarbeitung der Patienten, die das Thema Todesangst oder Ausgeliefertsein auf diese Weise bearbeiten konnten, ohne es bei sich selbst zulassen zu müssen. Einen weiteren ähnlichen Angstverarbeitungsmechanismus entdeckten wir erst allmählich, in den sich bei fast allen Patienten in dieser Gruppe findenden ausführlichen Schilderungen von Kriegserlebnissen. Zunächst imponierten diese langen Kriegsschilderungen wie Distanzierungsmechanismen. Wir empfanden sie als störend, fühlten unser eigentliches Anliegen (über die seelische Verarbeitung der Dilatation zu sprechen) in den Hintergrund geschoben und konnten wenig dazu sagen. Erst allmählich begriffen wir den vermutlich dahinter stehenden Angstbewältigungsmechanismus: Die Patienten sprechen über eine Lebensphase, in der sie einmal sehr viel Angst um ihr Leben hatten und in der sie zur Bewältigung dieser Angst entsprechende Mechanismen gelernt haben, die ihnen heute noch nützlich sind. Somit verstanden wir in der Folgezeit die Kriegs- und Gefangenschaftsschilderungen als indirekte Bewältigungsform aktueller Todesangst und konnten im Gespräch anders damit umgehen.

Schließlich müssen noch einige Patienten dieser Untergruppe erwähnt werden, die im Verlaufe des Gespräches ihre innere Haltung verändern konnten und ihre anfängliche, kühle und distanzierte Haltung aufgeben und eigenes Interesse an der Rekonstruktion biografischer Aspekte fanden. In diesen Fällen entwickelte sich dann eine intensivere Patient-Interviewer-Beziehung.

Diese große Patientengruppe und die beschriebenen Copingmechanismen charakterisieren die in Frankfurt vorherrschende Grundstimmung rund um die Dilatation am besten. Eine von Optimismus und Zuversicht getragene Grundstimmung mit hohem Vertrauen in die medizinische Technik und Fähigkeit der Ärzte, die mit dazu beiträgt, daß schließlich ein Jahr nach der Dilatation der Eingriff als weniger schlimm eingeschätzt wird wie die Resektion eines Weisheitszahnes.

5. Diskussion

Bemerkenswert ist zuallererst die große Anpassung der Patienten an die gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen. Fast alle Patienten waren in der Lage, während der Dilatation ihre Emotionen soweit zu kontrollieren, daß ein technisch reibungsloser Ablauf möglich war. Von uns in diesem Ausmaß nicht erwartet war z. B., daß fast alle Patienten während des Eingriffes kaum erhöhte Pulsraten oder Blutdrucksteigerungen zeigten und nach außen hin relativ gefaßt, z. T. sogar ruhig wirkten. Auch die vorher sehr ängstlichen Patienten waren aus der Sicht der Dilatationsärzte keine Problempatienten, was auch darin zum Ausdruck kommt, daß in sechs Jahren niemals ein psychosomatischer Konsil wegen emotionalen Problemen im Zusammenhang mit der Dilatation durch die Kardiologen angefordert wurde. Der größte Teil der von uns untersuchten Patienten zeigte Copingmechanismen, die innerhalb der bestehenden Krankenhausbedingungen als optimal erschienen. Ihre Identifikation mit den behandelnden Ärzten, ihr hohes Maß an Vertrauen in die Technik findet eine Parallele in den Einstellungen und Verhaltensweisen der Ärzte und ermöglicht daher punktuell gute Kooperationsbeziehungen zwischen beiden. Man könnte auch umgekehrt formulieren: Die von den Ärzten geschaffenen institutionellen Rahmenbedingungen und der organisatorische Ablauf der Dilatation kommt den Copingmechanismen der meisten Patienten entgegen, so daß ein reibungsloser und für beide Seiten durchaus befriedigender Verlauf möglich ist. Das von uns am häufigsten vorgefundene Beziehungsarrangement zwischen Ärzten und Patienten ist für die meisten Patienten intrapsychisch entlastend und energiesparend, denn es erfolgen zahlreiche narzißtische Bestätigungen sozusagen automatisch. Die Copingmechanismen der Patienten werden positiv verstärkt durch Zuwendung, Lob und Anerkennung, durch entsprechende Informationsvermittlungen und durch nonverbale Aspekte der Beziehungsaufnahme seitens der behandelnden Ärzte. Die Patienten brauchen dabei nicht einmal aktiv auf ihre Ärzte zuzugehen, sie erhalten die erwähnten narzißtischen Bestätigungen durch die im Krankenhaus strukturell implizierten Rollenaufteilungen. In unseren Gesprächen spürten wir häufig, daß die Patienten ihre stille Übereinkunft mit diesen Rollenerwartungen und institutionellen Bedingungen durchaus wahrnahmen und beruhigend empfanden. Sie verzichteten oft bewußt auf Äußerungen und Kritik, um diese für sie wichtige Harmonie nicht zu gefährden. Als von außen kommende Untersucher gehörten wir dagegen nicht zu dieser schützenswerten Homöostase und uns gegenüber wurde Kritik, Unzufriedenheit und Wut durchaus verbalisiert, nicht selten mit

dem Hinweis, dies bitte nicht an die Kardiologen weiterzugeben. Die skizzierten institutionellen Aspekte individueller Copingmechanismen machen die Komplexität des Forschungsgegenstandes deutlich und zeigen zugleich die Grenzen empirisch-sozial-wissenschaftlicher Forschungsstrategien auf.

Derzeit ist kein Forschungsinstrument bekannt, das in der Lage wäre, die aufgezeigten Wechselwirkungen zwischen Patienten und Ärzten, den Einfluß der Kommunikation der Patienten untereinander und die Bedeutung der institutionellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses mit Fragebögen oder Ratingskalen zu erfassen. Auch die Ziele der Copingforschung erscheinen auf dem dargestellten Hintergrund offen: Geht es darum, situationsangemessene Copingstrategien zu erkennen und gegebenenfalls durch entsprechende Angebote an die Patienten zu fördern, so benötigen bestenfalls 10% bis 20% der Patienten eine über das derzeitige hinausgehende psychotherapeutische Hilfe. Auch diese Patienten benötigen eine emotionale Stützung nur hinsichtlich ihrer subjektiven Befindlichkeit, nicht aber im Hinblick auf ihre realen Kooperationsmechanismen während des eigentlichen Dilatationsvorganges. Bezeichnet man also als adäquates Coping allein die den technischen Ablauf und den medizinischen Erfolg nicht hindernden psychischen Mechanismen, so muß nahezu allen Patienten ein optimales Coping bescheinigt werden, und entsprechende Forschungen und psychosoziale Unterstützungsangebote wären kaum notwendig. Zu diesem Ergebnis gelangt man unter der Voraussetzung der Akzeptierung des derzeit gängigen medizinischen Maschinenparadigma (Uexküll 1986), bei dem allein das pathologische Substrat, die Wiederherstellung gestörter oder geschädigter Organe im Mittelpunkt steht.

Zu einer anderen Bewertung würde man gelangen, wenn eine ganzheitliche Betrachtung menschlicher Krankheit und Gesundheit zugrunde gelegt würde. Dann müßte die Stenose in einem Herzkranzgefäß bzw. der Myokardinfarkt als Folge einer bestimmten Lebensweise, als Resultat gesellschaftlicher und individueller Bewältigungsformen angesehen werden. Dies würde implizieren, daß man von einem adäquaten Copingverhalten nur dann sprechen dürfte, wenn der Patient die entstandene Erkrankung und deren Therapie auf dem Hintergrund seiner Biografie verstehen und emotional bearbeiten würde. Kriterium für erfolgreiches Coping wäre dann z. B. die Rezidivrate nach 10 Jahren o. ä. Dementsprechend wären auch die aus der Copingforschung gewonnenen Ergebnisse anders zu bewerten und die daraus resultierenden klinischen Konsequenzen wären radikal andere.

So schwankt die Copingforschung zwischen zwei kaum vereinbaren Grundannahmen: entweder innerhalb des derzeitigen medizinischen Paradigmas ein zusätzlicher Baustein der Medizintechnik, also Psychotechnik, zu werden oder aber einem kaum integrierbaren, fast utopisch klingenden Gesundheitsbegriff anzuhängen und daher ein völlig außerhalb der Medizin stehendes Forschungsfeld zu sein. Es soll keine Bewertung beider Pole hier vorgenommen werden, es sollte aber deutlich gemacht werden, daß die Bestimmung des eigenen Standortes innerhalb gegebener institutioneller Rahmenbedingungen und die der Copingforschung zugrundeliegenden Zielvorstellungen zukünftig deutlicher zu explizieren sind.

