



# Myokardinfarkt als Lebenschance

## Psychokardiologische Implikationen ethischer Reflexionen zu Vorstellungen guten Lebens in einer zeitlich begrenzten Situation

Daniel Broschmann · Christoph Herrmann-Lingen 

Eingegangen: 10. Juni 2022 / Angenommen: 1. Dezember 2022 / Online publiziert: 29. Dezember 2022  
© Der/die Autor(en) 2022

**Zusammenfassung** Einen Myokardinfarkt zu er- und überleben stellt für die Betroffenen häufig eine vital und emotional bedrohliche Situation dar. Copingmechanismen im Umgang mit der Herzerkrankung können z. B. eine komplette Verleugnung oder psychische Dekompensation bewirken. Dagegen kann ein Verständnis des Myokardinfarktes als Grenz- oder Kairós-Situation eine theoretische Bereicherung für Kliniker\*innen darstellen und auf einen dritten Verarbeitungsweg hindeuten: Dieser wurde als „posttraumatisches Wachstum“ beschrieben und wird von Betroffenen selbst als ein Weckruf bezeichnet. Für Behandler\*innen ist das Wissen bedeutsam, dass sich nach einem Myokardinfarkt nicht selten ein Zeitfenster öffnet, das eine Möglichkeit sowohl für Lebensstilveränderungen als auch persönliche und emotionale Wachstumschancen der Patient\*innen bietet. Ein solches Zeitfenster entsteht, sobald das akute und lebensbedrohliche Herzereignis bewältigt wurde und ein Veränderungsspielraum durch die Infragestellung der bisherigen Lebensführung entsteht. Als „teachable moment“, der von der\*dem Behandler\*in erkannt werden sollte, ist diese Phase nicht quantifizierbar und unterliegt intra- und interindividuellen Schwankungen. Daher soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die Frage zu beantworten, inwiefern das Wissen um philosophische und ethische Konzepte (z. B. gutes Leben, Grenzsituation und Kairós-Situation) und ein deliberatives Gesprächsmodell der Behandler\*in-Patient\*in-Kommunikation dazu beitragen kann, die Patient\*innen in dieser vulnerablen Zeit nach der akuten Bewältigung eines

---

✉ Dr. Daniel Broschmann · Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Von Siebold Straße 5, 37075 Göttingen, Deutschland  
E-Mail: [daniel.broschmann@med.uni-goettingen.de](mailto:daniel.broschmann@med.uni-goettingen.de)

Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen  
Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), Standort Göttingen, Göttingen, Deutschland

Myokardinfarkts zu begleiten und – im Sinne eines posttraumatischen Wachstums – zu neuen Sichtweisen auf ein für sie gutes Leben zu befähigen.

**Schlüsselwörter** Myokardinfarkt · Psychokardiologie · Grenzsituation · Gutes Leben · Deliberative Entscheidungsfindung

### **Myocardial infarction as a chance for life**

Psychocardiological implications of ethical reflections regarding conceptions of a good life in time-limited situations

#### **Abstract**

*Definition of the problem* A myocardial infarction is often a vitally and emotionally threatening situation for the affected. Unconscious coping mechanisms in dealing with the heart disease may result in, for example, complete denial or emotional decompensation.

*Argument* An understanding of myocardial infarction as a borderline situation may provide theoretical enrichment for clinicians and point to a third coping avenue, described as “posttraumatic growth”. Affected individuals often refer to the event as a “wake-up call”. Clinical knowledge of these different coping mechanisms may in turn lead to a relativization of primarily subjectivist positions and substantively hedonistic or preferentialist notions of good life or “quality of life”. Such a position would in turn be compatible with the deliberative model of physician–patient communication.

*Consequences* In the light of such a broader understanding of disease coping, the task of (psychosomatic) physicians would thus to accompany persons with heart disease, to be aware of the teachable moment and to enable a process of development for the patients.

**Keywords** Myocardial infarction · Psychocardiology · Borderline situation · Good life · Deliberative decision making

### **Einleitung**

Während einer psychosomatischen Gruppentherapiesitzung kommt es zwischen zwei Patient\*innen zu einer Auseinandersetzung: Der 57-jährige Walter B. beharrt darauf, dass infolge seines Infarktes „nichts mehr“ wertvoll sei – schließlich sei „ohne Gesundheit alles nichts“. Überhaupt wisse er nicht, „wozu es sich noch zu leben“ lohne. Schließlich werde er auch in seinem Beruf als Elektrotechniker mit seiner schweren Herzinsuffizienz nicht mehr „Fuß fassen“ können. Aufgrund seiner schnellen Erschöpfbarkeit und durch die vielen Medikamente komme er sich vor wie sein „eigener Opa“. Die 52-jährige Heike M. hatte bis zu ihrem Herzinfarkt als Kinderkrankenschwester auf einer Intensivstation gearbeitet. Sie argumentiert dagegen, dass das Herzereignis zwar auch für sie belastend gewesen sei, sie der Krankheit aber durchaus

auch „etwas Gutes“ abgewinnen könne. Schließlich habe sie nun im Rahmen der Therapie die Möglichkeit, ihr Leben und damit auch Prioritäten neu zu bewerten – so etwa sich selbst und der Familie mehr Beachtung zu schenken. Ihr sei bewusst geworden, wie kostbar die eigene Lebenszeit sei, und sie sei nicht bereit, diese zu verschwenden, in dem sie sich durch einen „Stinkstiefel“ wie Hr. B. herunterziehen lasse.

Trotz ihrer häufigen Charakterisierung als „Lifestyle-Erkrankung“ stellt ein Myokardinfarkt ein lebensbedrohliches Ereignis dar, das die Betroffenen vor erhebliche Herausforderungen stellt. Innerhalb der kurzen Zeitspanne, in der es zu einem Verschluss einer koronaren Arterie kommt, steht das Leben „auf dem Spiel“ und die Betroffenen sind abhängig von rechtzeitiger und richtiger Notfalldiagnostik und -therapie sowie in der Folge entsprechender Medikation und Herzintervention. Damit verbunden sind Todesängste, Ohnmachtserleben und Kontrollverlust sowie häufig ein „Rollenswitch“ in eine von Hilfe anderer abhängige Patient\*innenrolle. Auch nach einem überstandenen akuten Koronarsyndrom kann es (nicht selten dauerhaft) zu erheblichen körperlichen Leistungseinbußen kommen. Die Betroffenen sind abhängig von Medikamenten, müssen kardiovaskuläre Risikofaktoren durch Diät und Bewegungsprogramm reduzieren, sind möglicherweise sogar abhängig von einem Defibrillator, und fühlen sich mitunter mit einem Schlag vorgealtert. Psychische Erkrankungen im Kontext einer lebensbedrohlichen Herzerkrankung sind keine Seltenheit: So kommt es häufig zu Depressionen, somatoformen und Angststörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (Herrmann-Lingen et al. 2020; Herrmann-Lingen und Buss 2002). Diese werden oft nicht rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt.

Wie Personen mit einer so einschneidenden Situation umgehen, kann sich – wie im oben geschilderten Fallbeispiel – sehr unterscheiden. Copingmechanismen, d. h. Bewältigungsmuster im Umgang mit einer solchen Erkrankung, können – sowohl zwischen Patient\*innen als auch im Krankheitsverlauf einer Person – diametral entgegengesetzt sein: zwischen Resignation und Umorientierung, zwischen Depression und Optimismus, zwischen Verleugnung und gesteigerter Achtsamkeit. Bewusste und unbewusste Copingstrategien beruhen dabei häufig auf lebensgeschichtlichen Erfahrungen, Persönlichkeitseigenschaften und Resilienzfaktoren. Je nachdem, auf welche Art und Weise Personen ihre Herzerkrankung verarbeiten, unterscheiden sich die Aussagen, was für die eigene Lebensqualität oder ein für sie gutes Leben wichtig ist. Um aber die Aussagen von Patient\*innen zur Lebensqualität und zum guten Leben besser bewerten und auf diese eingehen zu können, ist eine Kenntnis der zugrundeliegenden Psychodynamik und Copingmechanismen einerseits, andererseits aber auch grundlegender ethisch-philosophischer Begriffe von Bedeutung. Während zum Beispiel das Konstrukt der Lebensqualität auf die Bewertung einer aktuellen Situation abzielt und eine Einschätzung von Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden beinhaltet (Bullinger 2016), ist die Frage nach dem guten Leben grundsätzlicher Natur: Diese zielt auf das Leben als Ganzes und beinhaltet auch die Frage, ob sich die Person affektiv und voluntativ in Einklang mit der eigenen Lebensführung befindet (u. a. Aristoteles 2008; Kipke 2016; Steinfath 1998a).

Die Relevanz des Zusammenhangs zwischen Zeit und Vorstellungen guten Lebens wird in der zeitlich begrenzten Situation der Verarbeitung eines Myokardinfarktes besonders deutlich. Verschränkt mit dem Prozess der Bewältigung der akuten Todesbedrohung können Patient\*innen beginnen, im psychischen Verarbeitungsprozess auch die bisherige Lebensführung kritisch zu reflektieren. In der psychokardiologischen Forschung wurde dies als „teachable moment“ bezeichnet: die Zeitspanne, in der ein Selbstreflexionsprozess und eine Veränderungsmotivation (z. B. auch zu Raucherentwöhnung und vermehrter Bewegung) entstehen kann (Lee et al. 2021; Coull und Pugh 2021; Tofler et al. 2015). Steinfath (2020) hat darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang von Zeit und gutem Leben im philosophischen Diskurs unterbelichtet geblieben ist und dass es nicht selten auf das rechte Tempo im Leben ankommt. Gerade in der klinischen Situation der Verarbeitung eines Myokardinfarktes zeigt sich die existenzielle Bedeutung dieses Zusammenhangs. Zwei philosophische Konzeptionen sind aus unserer Sicht dafür besonders einschlägig: Im existenzphilosophischen Konzept der Grenzsituationen von Jaspers (1973 [1932]) werden Situationen beschrieben, die durch Kontakt mit Grundbedingungen der menschlichen Existenz (wie eben auch Tod oder Krankheit) zum Umdenken der Person hinsichtlich der eigenen Lebensführung führen können. Dagegen wird im antiken Konzept des Kairós etwa bei Aristoteles (2008) oder Pindar (vgl. Theunissen 2008) eine Form der Zeiterfahrung beschrieben, bei der ein schnell vergänglicher günstiger Augenblick besteht, der intuitiv erfasst und ergriffen werden sollte, damit sich Möglichkeitsräume nicht verschließen. Der Myokardinfarkt und die psychokardiale Bewältigung der Erkrankung kann eben genau unter dieser Perspektive verstanden werden: als eine Grenzsituation, die ein Umdenken hinsichtlich der eigenen Lebensführung und den Vorstellungen guten Lebens ermöglichen kann, und ein „doppelter“ Kairós: ein für beide Seiten vergängliches Zeitfenster, das in dieser Krisensituation nach einem Myokardinfarkt sowohl von dem\*der Behandler\*in als auch von dem\*der Patient\*in nicht verpasst werden sollte, um Weichen für eine bewusstere Lebensführung zu stellen.

In der Psychotraumaforschung wurde von Tedeschi und Calhoun (1995) ein Konzept beschrieben, das ebenfalls die Entwicklungschancen nach einer einschneidenden, im weiteren Sinne traumatischen<sup>1</sup>, Situation aufzeigen soll und auch in der psychokardiologischen Forschung und Praxis Anwendung findet (Lee et al. 2021): das posttraumatische Wachstum. Betroffene können nach einer Krisensituation, so die These, nicht nur Erfahrungen von „seismischer“ Erschütterung machen und dadurch hinsichtlich der eigenen Lebensqualität ein deutlich eingeschränktes Leben führen. Zugleich entwickeln sie auch nicht selten eine Tendenz, einen anderen Blick auf das Leben zu werfen, die Gegenwart bewusster wahrzunehmen und zu gestalten sowie Prioritäten anders zu setzen (z. B. Distanznahme von materiellen Gütern, Hinwendung zu sozialen Beziehungen). Auch wenn die empirische Datenlage zum Konzept des posttraumatischen Wachstums noch wenig konsistent ist und neben dem suggerierten Entwicklungspotential auch den Charakter einer illusionären Selbsttäu-

<sup>1</sup> Der verwandte Traumabegriff ist deutlich weiter gefasst als der Traumabegriff der Posttraumatischen Belastungsstörung: „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (DSM-5).

schung haben kann (Zoellner und Maercker 2006), so kann das Konzept doch für die Psychotherapie mit Postmyokardinfarkt-Patient\*innen sehr wertvoll sein (Lee et al. 2021; Calhoun und Tedeschi 1998; Saakvitne et al. 1998). Die Frage, die sich stellt, ist daher, wie das Wissen um ethisch-philosophische Konzepte und Copingmechanismen im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Situation klinisch genutzt werden kann: d. h. wie Behandler\*innen Patient\*innen dabei begleiten können, diese für sie so einschneidende Situation zu bewältigen und dabei Prozesse für posttraumatisches Wachstum zu fördern und welches Zeitfenster sich hierfür besonders anbietet.

Im Folgenden soll dieser Frage nachgegangen und der soeben umrissene und klinisch bedeutsame Zusammenhang zwischen Zeit und gutem Leben nach einem Myokardinfarkt vertieft werden: Zunächst werden wir daher den psychokardiologischen Hintergrund des Zusammenhangs zwischen Myokardinfarkt und psychischer Erkrankung darstellen. Sodann werden wir die verschiedenen bewussten und unbewussten Copingmechanismen nach einem myokardialen Akutereignis erläutern. Danach werden wir die für den Zusammenhang zwischen Zeit und gutem Leben bedeutsamen Konzepte der Grenzsituation und des Kairós beleuchten. Weiterhin wollen wir anhand der Konzeption des Aristoteles (2008) die Unterschiede zwischen den Konzepten des guten Lebens und der Lebensqualität herausarbeiten und darlegen, warum ersteres für die Reflexion in psychotherapeutischen Situationen besser geeignet sein kann. Abschließend wollen wir aufzeigen, in welcher Weise die bisherigen Überlegungen für die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung Herzkranker genutzt werden können.

## Psychokardiologischer Hintergrund

In früheren Zeitaltern galt das Herz als „Sitz der Seele“, bevor das Gehirn diesen Platz in der naturwissenschaftlichen Auffassung einnahm und das Herz die Funktion einer hydraulischen Pumpe bekam (Fuchs 1992). Bereits im alten Ägypten wurde im Papyrus Ebers im 16. vorchristlichen Jahrhundert der Zusammenhang zwischen Herz und Psyche intuitiv hergestellt (Joachim 1890). Dagegen wird dem Herzen in der gegenwärtigen Gesellschaft überwiegend die Funktion des Motors des Lebens zugeschrieben. Eine Operation am offenen Herzen gilt daher als eines der schwierigsten Unterfangen, auch weil das Leben der Patient\*innen am seidenen Faden hängt. Ist das Herz erkrankt, ist auch das eigene Leben bedroht, da der Körper vielleicht nicht mehr mit ausreichend Sauerstoff versorgt werden kann. Dies kann zum Verlust der körperlichen Integrität und auch des Grundvertrauens führen (Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 87; Broschmann und Fuchs 2022). Nichtsdestotrotz gelten Herzinfarkte zugleich als Auszeichnung eines arbeitsreichen Lebens; etwas, das man sich wie einen Orden verdienen kann. Im Gegensatz zu einer Krebserkrankung, so die nicht selten geäußerte mechanistische Auffassung, könne die „Pumpe“ schließlich „repariert“ werden. Trotz dieser vielerorts verbreiteten Bagatellisierungstendenz werden Herzerkrankungen und deren Diagnostik und Behandlung häufig als psychisch belastend erlebt. Bei etwa 25% der Betroffenen entwickelt sich im Rahmen einer Herzerkrankung eine manifeste psychische Erkrankung (Herrmann-Lingen und Lingen 2021). Nach einem akuten Ereignis wird angenommen, dass

jeder vierte bis fünfte Herzerkrankte von einer Anpassungs- oder Belastungsstörung betroffen ist (Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 88). Häufig wird dabei die psychische Belastung als schwerwiegender erlebt als die Herzerkrankung selbst. Neben vorübergehenden Anpassungsstörungen kommt es dabei in erster Linie zu Depressionen, Angsterkrankungen, (sekundären) somatoformen Herzerkrankungen sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen. Psychische Erkrankungen haben dabei wiederum einen negativen Einfluss auf die Herzgesundheit und verringern im erheblichen Maße die Lebensqualität der Betroffenen.

In Abhängigkeit von Art und Schwere der Erkrankung finden sich bei bis zu 50 % der Herzerkrankten depressive Verstimmungen, wobei Frauen häufig eine höhere Symptombelastung zeigen. Eine krankheitswertige depressive Erkrankung zeigen 15–20 % in der frühen Postinfarktphase (Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 96; Ladwig et al. 2018), wobei bereits ein Teil der Herzpatient\*innen zuvor an einer Depression erkrankt war. Depressionen wirken sich wiederum auf die Herzgesundheit aus, indem sie beim im Vorhinein Herzgesunden das Risiko eines koronaren Herzereignisses auf das Doppelte erhöhen und als ähnlich potenter Risikofaktor gelten wie das Rauchen (Rugulies 2002; Wulsin und Singal 2003). Bereits leichte depressive Symptome können bei Herzerkrankten die mittelfristige Sterblichkeit erhöhen. Dies ist darin begründet, dass sich depressive Herzpatient\*innen schwerer motivieren lassen, kardiovaskuläre Risikofaktoren (u. a. Rauchen, Bewegungsmangel, Medikamenteneinnahme) zu kontrollieren und Rehabilitationsmöglichkeiten in Angriff zu nehmen. Auf physiologischer Ebene kommt es u. a. zu einer Aktivierung der hormonellen Stressachse, zur Verstärkung von Entzündungsprozessen sowie zu einer verstärkten Arrhythmie- und Gerinnungsneigung. Bei chronischem Krankheitsverlauf und Herzinsuffizienz sowie insbesondere vor operativen Eingriffen kommt es nicht selten zu einer Zunahme depressiver Symptome. In der mittelfristigen Folge eines Infarkts entwickeln 20 % eine depressive Symptomatik, obwohl sie initial asymptomatisch waren (Lichtman et al. 2014; Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 97).

Neben den häufigen depressiven Störungen treten auch weitere psychische Erkrankungen auf. In der Akutbehandlungsphase eines Infarkts und bei invasiven Eingriffen stellen Ängste eher die Regel als die Ausnahme dar: Bei bis zu 50 % der Fälle erreichen diese vorübergehend ein klinisch relevantes Ausmaß und etwa 20 % zeigen im Fragebogen auffällige Angstwerte (Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 105). Diagnostizierbare Angststörungen liegen im Durchschnitt bei 5–15 % vor (Tully et al. 2014; Herrmann-Lingen und Buss 2002). Da eine Herzerkrankung eine vitale Bedrohung darstellt, löst diese auch außerhalb der Akutbehandlung oft Ängste aus. Diese können in vielen Fällen realistische Ängste sein, können sich jedoch auch als pathologische Ängste ausdrücken. Bei mangelnder Affektwahrnehmung oder Verdrängung der ängstigenden Situation können sich pathologische Ängste auch als sekundäre somatoforme Herzbeschwerden ausdrücken. Ängste haben wiederum einen negativen Einfluss auf die Stressverarbeitung und können sich negativ auf die Herzerkrankung selbst auswirken. Bei Patient\*innen nach Myokardinfarkt und gleichzeitiger Angstsymptomatik zeigt sich dementsprechend eine leicht erhöhte Sterblichkeit (Roest et al. 2010). Auch Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) treten nach Akutereignissen auf. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine PTBS in bis zu 11 % nach Infarkt, Reanimation oder Herzoperation aufgetreten war

(Herrmann-Lingen et al. 2020, S. 89). Insbesondere dann, wenn ein lebensbedrohliches Ereignis bewusst miterlebt und dadurch Gefühle von Ohnmacht, Ausgeliefertsein und Todesangst durchlitten wurden, kommt es häufig zu einer posttraumatischen Beschwerdesymptomatik. Auch eine PTBS wirkt sich wiederum negativ auf die Lebensqualität aus und kann ohne eine spezifische Traumatherapie, einen dauerhaften Stressor für die Herzerkrankung darstellen.

## Bewusste und unbewusste Copingmechanismen

Die Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer psychisch belastenden Situation werden in der Medizinpsychologie häufig als Coping bezeichnet und umfassen sowohl Arten des Denkens, der intrapsychischen Affektregulation als auch Verhaltensweisen. Coping umfasst dabei sowohl bewusste als auch unbewusste Mechanismen. Einen wichtigen Aspekt des Copings stellen unbewusste Abwehrprozesse dar, die in der Psychoanalyse z. B. als Verleugnung, Verdrängung oder Rationalisierung bezeichnet werden (Boll-Klatt und Kohrs 2014, S. 33–35). Bereits vor der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie beschrieb Nietzsche das Vergessen als ein positives psychisches Vermögen und konstatierte: „Das habe ich getan“ sagt mein Gedächtnis. „Das kann ich nicht getan haben“ – sagt mein Stolz und bleibt unerbittlich. Endlich – gibt das Gedächtnis nach.“ (Nietzsche 1999 [1886], S. 86). Für die psychische Gesundheit sind demnach unbewusste Abwehrmechanismen von der Selbstkohärenz und den Selbstwert bedrohenden Affekten und Konflikten überaus bedeutsam. Diese ermöglichen ein für das alltägliche Realitätsprinzip notwendiges Maß an Funktionalität und psychischer Ökonomik (vgl. Freud 1970 [1917]). Auf der anderen Seite können unbewusste und bewusste Abwehrmechanismen jedoch auch dazu führen, dass eigene intrapsychische und interpersonelle Konflikte un bearbeitet bleiben und dadurch Patient\*innen im Sinne eines „Wiederholungszwangs“ (Freud 1975 [1920]) immer wieder dieselben rigiden Verhaltensmuster anwenden, dabei aber auch das Potenzial zur Veränderung und Entwicklung verfehlen. Im psychoanalytischen Denken werden entwicklungspsychologisch unreife (z. B. Projektion, Spaltung, Verleugnung) von reifen (z. B. Rationalisierung, Verdrängung, Bagatellisierung) Abwehrmechanismen unterschieden (vgl. Boll-Klatt und Kohrs 2014, S. 33 f.). Personen mit einer Entwicklungsstörung der Persönlichkeit verfügen in dieser Konzeption strukturell nicht über die Möglichkeit, unliebsame Affekte und Konflikte im psychischen Binnenraum zu verdrängen und müssen auf eine interpersonelle Abwehr zurückgreifen. Insofern kann Nietzsches „Vergessen“ hier bereits als eine psychologische Entwicklungsleistung gesehen werden.

Eine lebensbedrohliche Situation wie ein Myokardinfarkt stellt dabei immer auch eine Herausforderung für die ganze Person in ihrer psychischen, sozialen und leiblichen Verfasstheit dar. Ein kardiales Ereignis führt zu Todesangst, Ohnmacht, Kontrollverlust und Hilflosigkeit; bedroht aber auch die körperliche Integrität und die Selbstwertregulation der Person. Auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, obwohl Selbstständigkeit und Autarkie möglicherweise wichtige Werte darstellen, und erfahren zu haben, dass dritte Personen die Betroffenen als unselbstständig und hilflos erlebt haben, kann darüber hinaus Beschämung und Kränkung auslösen. Zumal sol-

che Situationen zunächst nicht selten einen Rollenswitch von der selbstständigen aktiven Person zum\*r hilfsbedürftigen Patient\*in darstellen. Entsprechend stellt ein Infarkt eine narzisstische Krise und damit auch eine „Ego infarction“ (Hackett et al. 1968) dar. Dies ist so zu verstehen, dass Betroffene nach einem solchen Ereignis zunächst intrapsychisch das Gleichgewicht der eigenen Selbstwertigkeit wiederherstellen und diesen „biographischen Bruch“ (Bardé und Jordan 2003) psychisch erst einmal „verdauen“ müssen. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass die Verarbeitungsmechanismen aus einer narzisstischen Pathologie erwachsen – das Wiedererfahren eines Myokardinfarkts stellt für jeden Menschen eine Zumutung und Bedrohung für die psychische Gesundheit dar und muss erst einmal verarbeitet werden. Nichtsdestotrotz scheinen Personen mit einer chronischen Herzerkrankung möglicherweise eine verzerrte Wahrnehmung im Sinne einer „pathologischen Realangst“ gegenüber möglichen Komplikationen der Erkrankung zu haben (Linden et al. 2008).

Doch ist die Gruppe der Personen mit einer Koronaren Herzerkrankung sehr heterogen. Darunter gibt es auch Patient\*innen, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte eine defizitäre und bedrohte Selbstwertregulation (Bardé und Jordan 2003) haben und somit auch eine narzisstische Pathologie aufweisen können. Personen mit einer narzisstischen Verarbeitung von frühen negativen Beziehungserfahrungen weisen dabei häufig ein kompensatorisches Leistungsverhalten (Langosch 1989) auf, indem sie immer schon prophylaktisch mehr arbeiten, um sich der Anerkennung und Selbstwertigkeit sicher zu sein. Es besteht ein hohes Maß an Kränkbarkeit und zusätzlich zum beruflichen Stress können Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) auftreten, die ein akutes Koronarsyndrom begünstigen. Boll-Klatt formulierte das Phänomen wie folgt: „Kränkungen machen krank und Krankheit bedeutet Kränkung“ (Boll-Klatt et al. 2020, S. 282). Zudem finden sich bei Herzkranken – wie auch bei Herzgesunden – Personen mit einer Typ-D-Persönlichkeit wie sie Denollet et al. (1996) beschreiben. Damit werden Personen charakterisiert, die eine überdauernde negative Affektivität aufweisen bei gleichzeitiger Unfähigkeit, Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen zu kommunizieren. Dies führt zu einem chronischen Stresserleben und einer Verschlechterung der Prognose (Grande et al. 2012). Narzisstische Vulnerabilität und Typ-D-Persönlichkeit gehen dabei nicht selten miteinander einher. Personen mit einer narzisstischen Verarbeitung fühlen sich dabei durch einen Infarkt ihrer kompensatorischen Allmachts-, Größen- und Autarkie-Fantasien beraubt und können in der Folge auch besonders gefährdet sein, eine depressive Erkrankung zu entwickeln.

Hinsichtlich des Copingverhaltens und der Krankheitsbewältigung ergeben sich idealtypisch drei Verarbeitungsmodi, die von O’Leary und Ickovics (1995) als survival-, recovery- und thriving-Typen bezeichnet wurden: Personen mit einer *unzureichenden Abwehr* und ausgeprägten Vulnerabilität („ego infarction“) dekompensieren psychisch und befinden sich nach der Belastungssituation in einem Stadium, das sich unterhalb des vorigen Funktionsniveau befindet (survival-Typ). Personen dagegen mit einer *ausgeprägten Verleugnung und rigiden Abwehr* (nach Dimsdale und Hackett 1982: „major deniers“) können an das Funktionsniveau vor dem belastenden Ereignis anknüpfen und erleben vordergründig einen Genesungsprozess (recovery-Typ). Personen schließlich, die aus der Krisensituation gestärkt hervorgehen und einen persönlichen Wachstumsprozess vollziehen (thriving-Typ), werden



idealtypisch mit dem Konzept des *posttraumatischen Wachstums* von Tedeschi und Calhoun (1995) beschrieben. Die ersten beiden Typen haben dabei mit einem inadäquaten Ausmaß von Verleugnung (Kächele und Steffens 1988) und damit einem pathogenen Mechanismus zutun. Eine narzisstische Dekompensation im Sinne einer „ego infarction“ kann so zu psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression und Angststörungen führen, die – wie oben dargestellt – ebenfalls maladaptive Verhaltensweisen begünstigen und die Sterblichkeit der Betroffenen in der Folge erhöhen sowie die Lebensqualität verschlechtern. Ein solches Verhalten kann beim eingangs geschilderten Beispiel von Walter B. beobachtet werden, der in der Folge des Myokardinfarkts resigniert zu haben scheint. Dagegen sind die „Major deniers“ zunächst gut in der Lage, die bedrohliche Situation zu überstehen, jedoch führt ein langfristig hohes Verleugnungsniveau dazu, dass die Chancen der Krise ungenutzt verstreichen und die gleichen Verhaltensweisen fortgesetzt werden, die den Infarkt potenziell mit begünstigt haben. Dies schließt auch eine weiterhin unzureichende Selbstfürsorge und eingeschränkte Behandlungssadhärenz mit ihren langfristig nachteiligen Folgen ein.

Schließlich umfasst das Konzept des posttraumatischen Wachstums (Tedeschi und Calhoun 1995) eine persönliche Entwicklungsmöglichkeit nach einer belastenden Lebenssituation, die dazu führen kann, Prioritäten anders zu setzen oder die Zeit bewusster zu erleben und zu gestalten. Haydon et al. (2017) fassten in einer Metasynthese die Ergebnisse mehrerer qualitativer Studien an Patient\*innen nach einem Myokardinfarkt zusammen und beschrieben mit dem Begriff des *Wake-up-Calls* u. a. eine Neuorientierung hinsichtlich der Lebenshaltung, die eine Verstärkung sozialer Beziehungen und eine Stressreduktion beinhaltet. Aber auch bei anderen schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen wurden Aspekte des posttraumatischen Wachstums in qualitativen Studien herausgearbeitet: Z.B. zeigten Laranjeira et al. (2015) bei portugiesischen Frauen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung ein stärkeres Bewusstsein für Endlichkeit und Sterblichkeit und eine Umgestaltung der Lebensführung. Zhou (2010) konnte bei HIV-erkrankten Chines\*innen eine bewusstere Lebensführung in der Gegenwart sowie Themen von Spiritualität und sozialer Orientierung feststellen. Einschränkend muss gesagt werden, dass das Konzept des posttraumatischen Wachstums einerseits helfen kann, positive emotionale und kognitive Entwicklungsschritte der Patient\*innen zu erkennen und zu fördern – andererseits scheint es neben konstruktiven auch illusionär-verleugnende Aspekte zu beinhalten, sodass es auch als ein janusköpfiges Konzept beschrieben wurde (Zoellner und Maercker 2006). Auch wenn z.B. der Bericht von Heike M. im eingangs geschilderten Beispiel Aspekte des posttraumatischen Wachstums beinhaltet, so wäre zu fragen, ob die Patientin aus psychotherapeutischer Sicht nicht vorschnell und kontraphobisch eine positive kognitive Sicht auf den Infarkt entwickelt und dabei auch wichtige emotionale Entwicklungsschritte übergeht.

## Grenzsituation und Kairós

Der enge Zusammenhang zwischen Zeit und Vorstellungen guten Lebens wird besonders deutlich bei lebensbedrohlichen Widerfahrnissen wie einem Myokardinfarkt.

Wie oben ausgeführt kann in der Folge des Akutereignisses mit der Infragestellung der bisherigen Lebensführung im Sinne eines „teachable moment“ eine Öffnung für Selbstreflexionsprozesse angestoßen und eine Neuadjustierung vorgenommen werden. Steinfath (2020) hat für die praktische Philosophie auf den Zusammenhang von Zeit und gutem Leben hingewiesen und deutlich gemacht, dass es auf das rechte Tempo in der Lebensführung ankommt: Personen könnten schließlich am Leben scheitern, da sie Chancen ungenutzt verstreichen lassen, oder durch ein zu schnelles Tempo in eine Überforderungssituation geraten. Zwei Konzepte aus der Philosophie können helfen, den Zusammenhang zwischen einem lebensbedrohlichen Ereignis und Vorstellungen guten Lebens zu verdeutlichen: Dabei handelt es sich zum einem um das existenzphilosophische Konzept der Grenzsituation von Karl Jaspers (1973 [1932]), zum anderen um das antike Konzept des *Kairós* (Aristoteles 2008; Kerkhoff 1973; Theunissen 2008).

Zunächst zum existenzphilosophischen Begriff der *Grenzsituation*. Die Reflexion der menschlichen Endlichkeit und Sterblichkeit war zu allen Zeiten Inhalt philosophischer und religiöser Reflexion. Doch erst der dänische Existenzphilosoph Søren Kierkegaard (2010 [1849]) formulierte den Gedanken, dass der Mensch als ein zutiefst gespaltenes und konfliktreiches Lebewesen aus der Reflexion der Endlichkeit – trotz und durch existenzielle Gefühle wie Verzweiflung und Angst – eine spezifische Selbstständigkeit erlangen könne. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren es insbesondere Jaspers und Heidegger, die im hohen Maße von den Reflexionen Kierkegaards beeinflusst waren. Martin Heidegger (2006 [1927], S. 260 ff.) formulierte, dass durch das „Vorlaufen zum Tode“ der Mensch sein „eigenes Seinkönnen“ entdecken, sich vom konventionellen „Man“ emanzipieren und damit eine „eigentlichere“ Existenz führen könne. Auch für Karl Jaspers stellten existenzielle Situationen eine Möglichkeit zur Transformation von Lebensführung und Selbstwahl dar. Der Mensch stehe in einer Grundsituation, die das menschliche Leben immer schon charakterisiere: Diese bestehe in Antinomien und einer „Zerrissenheit im Sein“, dessen Einheit vergeblich gesucht werde (Jaspers 1947, S. 703–709). Zur Grundsituation des Menschen gehöre es, leiden, kämpfen und sterben zu müssen sowie schuldig zu werden und dem Zufall ausgeliefert zu sein. Grenzsituationen sind nach Jaspers (1985 [1925], 1973 [1932]) demnach Situationen, in denen die antinomische Struktur menschlicher Existenz, seine Grundsituation, offengelegt werde und in denen das Gehäuse, d. h. die schutzgebenden Grundannahmen und Denkweisen, zerbräche: „In jeder Grenzsituation wird mir gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen“ (Jaspers 1985 [1925], S. 249). Insofern wird an der existenziellen Grenze erlebt, dass ein Lebensentwurf scheitert, da er nicht mehr den Halt gibt, den er zuvor versprochen zu haben scheint. Grenzsituationen sind somit Situationen, die „nicht überschaubar“ und „nicht zur Klarheit zu bringen“ sind; sie sind „wie eine Wand, an die wir stoßen, und an der wir scheitern“ (Jaspers 1973 [1932], S. 202). Aus dieser Erfahrung ergibt sich jedoch für Jaspers noch eine andere Möglichkeit: der „Sprung in die Freiheit“ – nämlich in die Grenzsituation einzutreten, die antinomische Spannung der menschlichen Situation auszuhalten und aus ihr heraus, einen existenziellen Entschluss zum „Ergreifen der Existenz“ zu fassen (Jaspers 1973 [1932], S. 204). An der Grenzsituation zu scheitern, würde bei Jaspers also darin bestehen, das existenzielle Veränderungspotential der Grenzsituation ungenutzt verstreichen zu lassen.

Auch beim antiken Konzept des *Kairós* steht die Verwobenheit von einer zeitlich begrenzten Situation und der Gestaltung eines guten Lebens im Mittelpunkt. Aus Sicht der griechischen Antike waren Natur und Mensch Teil einer kosmisch-göttlichen Ordnung, in der allem und jedem Platz und Zeit zugeteilt war. Sich gemäß der kosmischen Ordnung zu verhalten, war eine wichtige Norm des ethischen Handelns; das in Hinblick auf eine Situation Angemessene und Gemäße herauszufinden ein wichtiges Prinzip. Auch in Hinblick auf die Gestaltung der Zeit fanden die antiken Philosophen ein Bild, um den rechten Augenblick – den *Kairós* – darzustellen. Bei Lysipp (vgl. Kerkhoff 1973, S. 260) wird eine *Kairós*-Statue beschrieben: ein Jüngling, der an der Stirn einen Haarschopf trägt und am Hinterkopf eine kahle Stelle hat, steht auf einer Kugel oder Messerschneide (in anderen Darstellungen mit Flügeln). Somit ist in dieser metaphorischen Darstellung angedeutet, dass die Gunst der Stunde genutzt und die Existenz – bzw. der Haarschopf – auch hier ergriffen werden muss. Ist der rechte Augenblick jedoch vorüber, erwischt man nur den kahlen Hinterkopf und hat seine Chance vertan. Der *Kairós* war in der griechischen Antike die Versinnbildlichung der günstigen Gelegenheit und stand damit im Kontrast zum Zeitgott *Chrónos*, der die allumfassende statische Zeitordnung und öffentliche Zeit personifizierte.<sup>2</sup> Auch für Aristoteles stellt das rechte Handeln zum günstigen Augenblick ein wichtiges ethisches Prinzip dar: In seiner *Nikomachischen Ethik* erläutert Aristoteles, dass das Überbordwerfen von Gütern von einem Schiff in der Regel keine sinnvolle Handlung ist, jedoch zum Zeitpunkt eines drohenden Schiffbruchs dies eine Notwendigkeit werden kann (Aristoteles 2008, S. 96). Das Angemessene im rechten Augenblick zu tun, stellt jedoch keine rein kognitive Fähigkeit dar: Vielmehr handelt es sich auch um ein intuitives Vermögen, in einer zeitlich begrenzten Situation mit begrenztem Wissen eine intuitive Entscheidung zu treffen und den Augenblick „beim Schopfe zu packen“.

Ob und wann eine Person sich für Veränderungsmöglichkeiten öffnen kann, hängt von der Persönlichkeit ab und mit Copingmechanismen zusammen – dies kann sowohl inter- als auch intraindividuell variieren. In der ärztlichen Begleitung bzw. der Psychotherapie besteht die Kunst darin, den *Kairós* – also den im Einzelfall richtigen Moment für entwicklungsfördernde Interventionen – zu erkennen und zu ergreifen, was sowohl eine Kenntnis der Bewältigungsdynamiken als auch ein gutes situatives Gespür erfordert.

## Gutes Leben und Lebensqualität

In der praktischen Philosophie gibt es seit der griechischen Antike (z. B. Aristoteles 2008; Mesch 2013; Steinfath 1998a) einen Diskurs darum, was es für den Menschen heißt, ein gutes Leben zu führen. Sie beruht ursprünglich auf der sokratischen Frage

---

<sup>2</sup> Die etymologischen Ursprünge des *Kairós*-Konzepts gehen dabei auf die Webkunst zurück und beschreiben den Augenblick, in dem durch das Einfädeln des Schussfadens eine Webarbeit abgeschlossen werden musste (Theunissen 2008, S. 802). In der durch die pythagoreische Überlieferung bestimmten Oden von Pindar wird der *Kairós* zum Kompositionsprinzip, in dem jedem Ereignis und Gedanken der ihm entsprechende Platz zuerkannt wird, der in Beziehung zum großen Ganzen steht (Kerkhoff 1973, S. 261).

„Wie zu leben ist?“ (z. B. Steinfath 1998b, S. 7). Wie anhand des Kairós-Begriffs dargelegt, ging es Aristoteles (2008) darum, eine Ethik zu entwickeln, die der Natur des Menschen gerecht wird und bei der das Gemäße und Angemessene (und so auch die rechte Zeit) eine zentrale Rolle spielt (Höffe 2006). Aristoteles (2008) verstand den Menschen als ein vernunftbegabtes Lebewesen (*zoon logon echon*), das auf das höchste Ziel (*telos*) aus sei: das Glück (*eudaimonia*) zu erreichen. Für Aristoteles war damit jedoch im Gegensatz zu einem hedonistischen Verständnis guten Lebens oder einem verkürzten Lebensqualitätsbegriff nicht der größte Lustgewinn oder die maximale Vermeidung von Schmerz und Unlust gemeint, auch wenn Lust (*hedone*) einen wichtigen Bestandteil der *eudaimonia* ausmacht (vgl. Höffe 2006, S. 217). Ebenso verstand Aristoteles unter *eudaimonia* nicht den glücklichen Zufall, also „Glück zu haben“. Vielmehr beschrieb Aristoteles ein gutes Leben mit dem Ziel der *eudaimonia* als eine aktive, Mensch und Natur angemessene Lebensweise, durch die das eigene Leben als Ganzes (also auch bis zum Lebensende) zu bejahen ist. Im Gegensatz zu einem Lust- oder Zufallsglück handelt es sich beim aristotelischen Verständnis somit um ein Strebensglück (Höffe 2006, S. 216), da durch Gewohnheitsbildung (*hexis*) Tugenden einzuüben sind, die für Mensch und Natur klug und angemessen sind: Neben der Klugheit (*phronesis*) sollen Charaktertugenden eingeübt wie z. B. die Besonnenheit (*sophrosyne*).

In der gegenwärtigen Debatte zum guten Leben werden aristotelische bzw. eudämonische Konzepte vorrangig unter dem Begriff des objektiven Listenansatzes verhandelt und u. a. von hedonistischen oder präferentialistischen Ansätzen abgegrenzt (Rüther 2016). Auch in der Tradition der humanistischen und positiven Psychotherapie spielen Reflexionen über das gute Leben in Hinblick auf einschneidende Lebenssituation implizit und explizit eine große Rolle. Viktor Frankl (2009), der selbst das Konzentrationslager überlebte, beschrieb mit logotherapeutischen Konzepten wie der „Trotzmacht des Geistes“ und dem „Willen zum Sinn“ Mechanismen des Umgangs mit Lebens- und Sinnkrisen. Irvin Yalom (1989) formulierte in seiner „existentiellen Psychotherapie“ die Erfahrung des Todes und der eigenen Endlichkeit als menschliche Grenzsituationen, die zu einer bewussteren und aktiveren Lebensführung verhelfen könnten. Innerhalb der positiven Psychologie (Ryan und Deci 2001) wurden in den letzten Jahren vermehrt eudämonische Konzepte des guten Lebens rezipiert und gegenüber hedonistischen Konzepten abgegrenzt (u. a. King und Napa 1998; McGregor und Little 1998). Auch Martin Seligman (2002) entwickelte für die positive Psychologie aus einer aristotelischen Tugendethik heraus das eudämonische Konzept von *Authentic Happiness*, das an den Begriff der *Eudaimonia* angelehnt ist.<sup>3</sup>

Während der Diskurs zum guten Leben seit der griechischen Antike andauert und bis in psychotherapeutische Debatten hineinreicht, entwickelte sich das Konstrukt der Lebensqualität erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts: zunächst aus der Eugenikdebatte, dann zu einem politischen und medizinethischen Begriff (Kovács 2016). Um die subjektive Sichtweise von Patient\*innen mehr in den Fokus zuzunehmen, stellt

<sup>3</sup> Nicht zuletzt spielen therapeutische Interventionen, die Reflexionen zu einem wertorientierten guten Leben anstoßen sollen, auch in neueren Psychotherapieverfahren eine zentrale Rolle, z. B. in der Akzeptanz- und Commitment-Therapie, einem Verfahren der 3. Welle der Verhaltenstherapie (Hayes et al. 2014).

das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine wichtige Ergänzung zu klassischen medizinischen Outcome-Parametern dar. Zur inhaltlichen Bestimmung der Lebensqualität werden jedoch vordergründig hedonistische Kategorien wie die Abwesenheit von Schmerz oder das Erleben von Wohlgefühl betrachtet (Steinfath und Pindur 2013; Wiesemann 2013). Auch wenn Überschneidungen zwischen den Konzepten von gutem Leben und Lebensqualität bestehen, so unterscheiden sie sich doch in einem wesentlichen Punkt (vgl. Kipke 2016): Während die gesundheitsbezogene Lebensqualität immer auf den gegenwärtigen Zustand des somatischen und psychischen Wohlbefindens sowie des Funktionsniveaus abzielt (Bullinger 2016), beschreibt das Konzept des guten Lebens eine übergreifende Form der Selbstreflexion und Selbstbejahung in Hinblick auf die eigene Lebensführung (Steinfath 1998c). In Hinblick auf die dargestellte Situation der Bewältigung einer lebensbedrohlichen Krisensituation wie eines Myokardinfarkts und vor dem Hintergrund eines therapeutisch intendierten posttraumatischen Wachstums (Tedeschi und Calhoun 1995) erscheint somit eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des guten Lebens für die psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit eher erfolgversprechend, da hier die Lebensführung und eine Veränderung der Lebensgestaltung als Ganze angesprochen werden. Wie oben anhand ausgewählter qualitativer Studien (Haydon et al. 2017; Laranjeira et al. 2015; Zhou 2010) dargelegt, scheint es im Angesicht einer Todesbedrohung auch tatsächlich häufig um Reflexionen zur weiteren Lebensführung zu gehen: u. a. Prioritäten anders zu setzen oder das Leben bewusster zu erleben und zu gestalten. Eine lebensbedrohliche Grenzsituation wie ein Myokardinfarkt zwingt somit den Betroffenen die abgewandelte sokratische Frage auf: „Wie nach dem Infarkt weiter zu leben ist?“.

## Implikationen für die psychokardiologische Praxis

Abschließend möchten wir einige Reflexionen darüber anstellen, wie die bisherigen Reflexionen für die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung genutzt werden könnten.

Durch den Myokardinfarkt stoßen Betroffene an eine Grenze, die sie auf erschütternde Weise mit der Grundsituation des Menschen vertraut macht: Schmerzen und körperliche Beschränkung durch die Erkrankung zu erleiden; ein körperliches Lebewesen zu sein und von diesem Körper sowie u. a. von anderen Menschen, Medikamenten und technischen Geräten abhängig zu sein; ein endliches Lebewesen zu sein, das jederzeit sterben kann. Im Falle eines kardialen Ereignisses trägt das Gehäuse (Jaspers 1985 [1925]) der bisherigen Denkweisen nicht mehr, in gewisser Weise scheitert auch der bisherige Lebensentwurf. Bisheriges kompensatorisches Leistungsverhalten und Streben nach Anerkennung im Berufsalltag kann sich als Trugschluss darstellen. Die Vernachlässigung zwischenmenschlicher Beziehungen offenbart sich möglicherweise als Fehler. Es können Fragen entstehen wie: Habe ich mein Leben bislang so gestaltet, wie ich es wollte? Was ist mir im Leben wichtig gewesen und was wird es nun? Möchte ich mein Leben im Angesicht des Todes so wie bisher weiterführen? Wie dargestellt, können Copingmechanismen durch unbewusste und bewusste Abwehrmechanismen zu einer unterschiedlichen Verarbeitung

lebensbedrohlicher Grenzsituationen führen (O’Leary und Ickovics 1995). Therapeutisch erstrebenswert ist dabei, dass Patient\*innen ihre bisherige Lebensführung hinterfragen und das Veränderungspotential der Situation für ein posttraumatisches Wachstum nutzen. In der ärztlich-therapeutischen Situation entsteht gewissermaßen ein „doppelter“ Kairós, der zu ergreifen ist: Einerseits entsteht nach der akuten Bewältigung des Myokardinfarkts bei Patient\*innen nicht selten ein Zeitfenster, um Prioritäten anders zu setzen und eine andere Haltung im Leben zu entwickeln. Andererseits müssen Behandler\*innen auch ein Gespür für den rechten therapeutischen Augenblick im Sinne des richtigen Timings (vgl. Broschmann und Fuchs 2020) entwickeln, um im Sinne des „teachable moments“ Veränderungsprozesse anzustoßen.

Wie können Behandler\*innen ihre Patient\*innen also dazu ermutigen, das Potenzial der kardialen Grenzsituation zu nutzen? Emanuel und Emanuel (1992) haben verschiedene Möglichkeiten der Behandler\*in-Patient\*in-Beziehungsgestaltung vorgeschlagen: u. a. das paternalistische, informative sowie das deliberative Modell der Gesprächsführung. Im paternalistischen Modell dient die Kommunikation allein der Informationserhebung durch Behandler\*innen, während Patient\*innen den ärztlichen Behandlungsentscheidungen und -empfehlungen Folge leisten sollen. Während im paternalistischen Modell eine Asymmetrie zugunsten des\*der Behandlers\*in besteht, dreht sich im informativen Modell das Verhältnis um: Die Behandler\*innen haben die Aufgabe, Patient\*innen über die Behandlungsoptionen zu informieren, und Patient\*innen wählen – wie in einem Verkaufsgespräch – aus diesen die für sie stimmigste Handlungsoption aus: z. B. möchte ich eine ambulante Psychotherapie im Anschluss, möchte ich den beruflichen Einstieg mit oder ohne Wiedereingliederung wagen? Wie dargelegt, können Patient\*innen jedoch aus oben genannten Gründen mit solchen Entscheidungsprozessen überfordert sein: Ein\*e Herzkranker\* mit einer starken Verleugnungstendenz würde nach einer kardialen Grenzsituation direkt an sein\*ihr vorheriges Leben anknüpfen und möglicherweise keinen Veränderungsprozess durchmachen. Seine\*Ihre Auffassung von einem guten Leben bestünde möglicherweise weiterhin in einem beziehungsarmen, aber arbeitsreichen Lebensstil, obwohl dieser mit zum kardialen Ereignis beigetragen hat. Dagegen würde ein\*e depressive\*r oder ängstliche\*r Herzkranker\* resignieren, sich in die „vier Wände“ zurückziehen und das soziale Leben, körperliche Aktivität und Bewegung sowie alltägliche Herausforderungen scheuen. Auch er\*sie würde behaupten, seiner\*ihrer eigenen Präferenz zu folgen, obwohl das Leben vermutlich weitaus weniger Lebensqualität als vorher enthält. Bei beiden extremen und dysfunktionalen Copingmechanismen dürfte der\*die Behandler\*in nicht stehen bleiben und allein die vermeintliche Autonomie der Patient\*innen berücksichtigen.<sup>4</sup> Für die psychosomatische\*n Behandler\*in ist daher als drittes Modell von vorrangiger Bedeutung: die deliberative Beziehungs- und Gesprächsgestaltung. In diesem Modell werden durch Behandler\*innen Kenntnisse vermittelt, Reflexionsprozesse angestoßen, Präferenzen erfragt und Möglichkeitsspielräume ausgelotet. Zwar trifft der\*die Patient\*in zuletzt immer noch die endgültige Entscheidung und diese kann von den Vorstellungen des\*der Behandlers\*in abweichen (vgl. Petrak et al. 2019), jedoch wird die

<sup>4</sup> Dass sowohl Autonomie der Patient\*innen als auch ärztliche Benevolenz bzw. Benefizienz ihre relative Berechtigung haben, wurde an anderer Stelle ausführlich diskutiert (Beauchamp und Childress 2009).

Entscheidung nach einem Prozess der deliberativen und informierten Entscheidungsbildung, dem sogenannten Shared-Decision-Making, getroffen (Elwyn et al. 2000; Elwyn und Miron-Shatz 2010). Patient\*innen können in der Verarbeitung eines Myokardinfarktes und in der Auseinandersetzung mit entstehenden existenziellen Themen von einer deliberativen, aber patient\*innenorientierten Haltung profitieren, wie dies auch qualitative psychokardiologische Studien nahelegen (Mentrup und Schnepf 2012).

Somit sollte das Wissen um die psychokardiologischen und psychodynamischen Hintergründe nach einem kardialen Akutereignis und das Verständnis des prozesshaften Charakters des Erlebens nach einer solchen Grenzsituation dazu führen, die Betroffenen durch die affekt- und konfliktreiche Zeit zu begleiten und durch ein offenes Gesprächsangebot und eine deliberative Gesprächsführung einen Spielraum zur persönlichen Veränderung und Entwicklung zu ermöglichen. In der oben skizzierten Gruppenpsychotherapie-Situation ginge es wohl zunächst darum, einen weiteren Rückzug in einen dysfunktionalen Copingmodus zu verhindern, die Perspektivübernahmefähigkeit und damit den Möglichkeitsraum der beiden Patient\*innen Walter B. und Heike M. zu verbessern. Auch wenn der\*die Therapeut\*in die Haltung von Heike M. eher begrüßen würde, so wäre es für die Gruppensituation kontraproduktiv, wenn er\*sie sich auf eine Seite schlagen würde. Es ginge vermutlich zunächst darum, Verständnis für den Bewältigungsmechanismus von Walter B. zu äußern, zugleich zurückzuspiegeln, was an Frustration und Verbitterung bei dem\*der Therapeuten\*in ankommt, zugleich aber mit Techniken der psychodynamisch-interaktionellen Therapiemethode (Rogers 2013 [1977]; Streeck und Leichsenring 2015) selektiv-authentisch die eigene Betroffenheit über das Leid sowie Verwunderung über die Diskrepanz zwischen Therapieteilnahme und kundgetaner Resignation zum Ausdruck zu bringen. Zugleich würde es auf der anderen Seite vermutlich darum gehen, Heike M. Respekt zu zollen für ihre positive Haltung trotz des kardialen Ereignisses und um Verständnis für Walter B. und dessen Traurigkeit und Ärger zu werben, um damit auch einen stärkeren Zugang zu eigenen abgewehrten negativen Affekten zu ermöglichen. Daran anschließend könnte eine Diskussion innerhalb der Gruppe angeregt werden, was für die Patient\*innen ein gutes Leben ausmacht und wie ein solches auch mit Einschränkungen gestaltet werden kann. Eine solche anregende Gruppentherapiesituation kann schließlich Material für viele Einzeltherapiestunden liefern, um sich mit den Themen der weiteren Lebensführung im Angesicht der existenziellen Grenzsituation, aber auch des Betrauens der vergangenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit auseinanderzusetzen.

## Zusammenfassung

Anhand der Begriffe von Grenzsituation und des Kairós konnte aufgezeigt werden, dass es sich bei einem überlebten Myokardinfarkt um eine lebensgeschichtlich herausfordernde Situation handelt, deren Bewältigung zunächst als lebensbedrohliches Widerfahrnis sodann auch als eine psychische (und auch narzisstische) Krise verstanden werden kann. Die Art des Copings mit dieser biographischen Krisenerfahrung entscheidet darüber, welche Konsequenzen sich für die weitere Lebensführung er-

geben: ob die Betroffenen an dieser Grenzsituation scheitern und in eine psychische Dekompensation hineingeraten, die existenzielle Herausforderung verleugnen und die Chance einer Neuausrichtung im Leben verpassen oder aber zu einem Selbstreflexionsprozess gelangen, an dessen Ende eine Neubewertung von Prioritäten und Vorstellungen guten Lebens oder Lebensqualität stehen kann. Insofern wird beim Verarbeitungsprozess eines Myokardinfarkts die enge Verzahnung zwischen Zeit und gutem Leben deutlich. In der meist kurzen – aber inter- und intraindividuell fluktuierenden – Zeitspanne nach einem Myokardinfarkt brechen gewohnte Selbstverständlichkeiten sowie das Gehäuse an Denk- und Handlungsgewohnheiten auseinander und die Person wird mit der menschlichen Grundsituation gegensätzlicher Antinomien (z. B. Wunsch nach Unendlichkeit vs. Endlichkeit) konfrontiert. Sich mit dieser Grenzerfahrung intensiv auseinanderzusetzen, ist zunächst für das Wohlbefinden der Betroffenen belastend und der Wunsch zur Verleugnung kann überwiegen. Andererseits steckt darin die Gefahr, als psychosomatische\*r Behandler\*in der subjektiven und situativen Sichtweise ohne reflektierten Entscheidungsprozess zuviel Gewicht zu geben und sich durch die bewussten und unbewussten (z. T. auch dysfunktionalen) Copingstrategien der Patient\*innen fehlleiten zu lassen. In dieser konflikt- und affektreichen Situation bedarf es einer Begleitung, die die Betroffenen in ihrer Situation zu verstehen und aufzufangen sucht, zugleich aber im weiteren Prozess Veränderungswünsche aufgreift und ihnen einen Möglichkeitsspielraum aufzeigt. In einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Prozess können die initiale Präferenzlosigkeit bei einer depressiven Verstimmung oder das verleugnende Weiter-So eines „major deniers“ nicht als Ausdruck einer reflektierten Einschätzung von Vorstellungen guten Lebens oder Lebensqualität gelten. Vielmehr bestünde das Ziel darin, durch eine deliberative Beziehungs- und Gesprächsführung Patient\*innen vor Augen zu führen, dass ein Infarktgeschehen als eine Grenzsituation verstanden werden kann, die auch die Chance für eine bewusstere und selbstreflektiertere Lebensführung bietet und sogar das Potenzial eines posttraumatischen Wachstums in sich trägt. Da sich in einem engen Zeitfenster eine Vielzahl menschlicher Grundthemen abbilden lassen, scheint die Grenzsituation Myokardinfarkt daher das Potenzial zu besitzen, praktisch-philosophische und ethische Diskurse – insbesondere zum komplexen Verhältnis von Zeit und gutem Leben – in besonderer Weise abbilden und anregen zu können.

**Förderung** Diese Publikation entstand im Rahmen der Forschungsgruppe 5022 „Medizin und die Zeitstrukturguten Lebens“ (Sprecherin Claudia Wiesemann, Universitätsmedizin Göttingen), gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Projektnummer 424883170.

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## **Einhaltung ethischer Richtlinien**

**Interessenkonflikt** C. Herrmann-Lingen hat in den letzten drei Jahren persönliche Tantiemen für die deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale vom Verlag Hogrefe-Huber, persönliche Vortragshonorare von Pfizer und Novartis sowie von Trägern nicht industrieabhängiger Fortbildungsveranstaltungen und institutionelle Forschungsförderung von BMBF, DFG und EU-Kommission erhalten. D. Broschmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



**Ethische Standards** Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- Aristoteles (2008) *Nikomachische Ethik*, 2. Aufl. Rowohlt, Reinbek
- Bardé B, Jordan J (2003) Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzerkrankung. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (Hrsg) *Statuskonferenz Psychokardiologie*, Bd. 9. VAS, Frankfurt a.M.
- Beauchamp TL, Childress JF (2009) *Principles of biomedical ethics*, 6. Aufl. Oxford Medical Press, Oxford, New York
- Boll-Klatt A, Kohrs M (2014) *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte*. Schattauer, Stuttgart
- Boll-Klatt A, Köllner V, Herrmann-Lingen C (2020) Spezielle psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg) *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*, 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 249–286
- Broschmann D, Fuchs T (2020) Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 36(4):459–475. <https://doi.org/10.1007/s00451-019-00350-z>
- Broschmann D, Fuchs T (2022) Vertrauen und Vertrauensstörungen. *Psychodyn Psychother* 4:369–382. <https://doi.org/10.21706/pdp-21-4>
- Bullinger M (2016) Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) *Lebensqualität in der Medizin*. Springer VS, Wiesbaden, S 175–188
- Calhoun LG, Tedeschi RG (1998) Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *J Soc Issues* 54(2):357–371
- Coull A, Pugh G (2021) Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC Cardiovasc Disord* 21(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01898-7>
- Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 347:417–421
- Dimsdale JE, Hackett TP (1982) Effect of denial on cardiac health and psychological assessment. *Am J Psychiatry* 139:1477–1480
- Elwyn G, Miron-Shatz T (2010) Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. *Health Expect* 13(2):139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00572.x>
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 50(460):892–899
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267(16):2221–2226
- Frankl V (2009) *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Freud S (1917) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse 1916–1917*. Studienausgabe, Bd. 1. Fischer, Frankfurt a.M. ((1917/1970))
- Freud S (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. Studienausgabe, Bd. 3. Fischer, Frankfurt a.M. ((1920/1975))

- Fuchs T (1992) Die Mechanisierung des Herzens: Harvez und Descartes – Der vitale und der mechanische Aspekt des Kreislaufs. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Grande G, Romppel M, Barth J (2012) Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med* 43:299–310. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9339-0>
- Hackett TP, Cassem NH, Wishnie LA (1968) The coronary care unit—An appraisal of its psychological hazards. *N Eng J Med* 279:1365–1370
- Haydon G, van der Riet P, Inder K (2017) A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life of survivors of a cardiac arrest. *Eur J Cardiovasc Nurs* 16:475–483. <https://doi.org/10.1177/1474515117705486>
- Hayes S, Strosahl KD, Wilson K (2014) Akzeptanz- & Commitment-Therapie. Junfermann, Paderborn
- Heidegger M (2006) Sein und Zeit, 19. Aufl. Niemeyer, Tübingen ((1927/2006))
- Herrmann-Lingen C, Buss U (2002) Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (Hrsg) Statuskonferenz Psychokardiologie, Bd. 5. VAS, Frankfurt a.M.
- Herrmann-Lingen C, Lingen R (2021) Psychokardiologie in der Hausarztpraxis. Wechselspiel von Herz und Psyche. *Allgemeinarzt* 19:40–45
- Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg) (2020) Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen, 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Höffe O (2006) Aristoteles, 3. Aufl. C.H. Beck, München
- Jaspers K (1947) Von der Wahrheit. Piper, München
- Jaspers K (1973) Philosophie II – Existenzzerhellung, 4. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York ((1932/1973))
- Jaspers K (1985) Psychologie der Weltanschauungen. Piper, München ((1925/1985))
- Joachim H (1890) Papyrus Ebers. Das älteste Buch über Heilkunde. Georg Reimer, Berlin
- Kächele H, Steffens W (Hrsg) (1988) Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Kerkhoff M (1973) Zum antiken Begriff des Kairós. *Z Philos Forsch* 27(2):256–274
- Kierkegaard S (2010) Die Krankheit zum Tode, 3. Aufl. Deutscher Taschenbuch Verlag, München ((1849/2010))
- King LA, Napa CK (1998) What makes a life good? *J Pers Soc Psychol* 75(1):156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.156>
- Kipke R (2016) Was ist Lebensqualität in der Medizin? Zur Klärung ihres Verhältnisses zu Gesundheit und gutem Leben. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) Lebensqualität in der Medizin. Springer VS, Wiesbaden, S 63–74
- Kovács L (2016) Die „Entstehung“ der Lebensqualität. Zur Vorgeschichte und Karriere eines neuen Evaluationskriterium in der Medizin. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) Lebensqualität in der Medizin. Springer VS, Wiesbaden, S 11–26
- Ladwig K, Zhou Z, Yu Y, Wang X, Chow CK, Werheid K, Hackett ML (2018) Comparison of treatment rates of depression after stroke versus myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of observational data. *Psychosom Med* 80:754–763. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000632>
- Langosch W (1989) Die Psychosomatik der koronaren Herzerkrankung. VCH, Weinheim
- Laranjeira CA, Leao PP, Leal I (2015) Temporal experience among women gynecological cancer survivors: a lifeworld perspective. *Affilia* 30(2):170–186. <https://doi.org/10.1177/0886109914541116>
- Lee SY, Park CL, Laflah S (2021) Perceived posttraumatic growth in cardiac patients: A systematic scoping review. *J Traum Stress* 35:791–803. <https://doi.org/10.1002/jts.22799>
- Lichtman J, Froelicher E, Blumenthal J et al (2014) Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: a systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 129:1350–1359. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
- Linden M, Dirks S, Glatz J (2008) Die „Pathologische Realangst“ am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2:248–254. <https://doi.org/10.1007/s11800-008-0134-0>
- McGregor I, Little BR (1998) Personal projects, happiness, and meaning: on doing well and being yourself. *J Pers Soc Psychol* 74(2):494
- Mentrup S, Schnepf W (2012) Das Erleben und die Bewältigung einer primären Koronarintervention: Eine Literaturstudie qualitativer Forschungsarbeiten. *Pflege* 25(5):363
- Mesch W (Hrsg) (2013) Glück – Tugend – Zeit. Aristoteles über die Zeitstruktur des guten Lebens. J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar
- Nietzsche F (1886) Jenseits von Gut und Böse. Kritische Studienausgabe, Bd. V. Deutscher Taschenbuch Verlag, München ((1886/1999))

- O'Leary VE, Ickovics JR (1995) Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Womens Health* 1(2):121–142
- Petrak F, Meier J, Albus C, Grewe P, Dieris-Hirche JD, Paust R, Risse A, Röhrig B, Herpertz S (2019) Motivation and diabetes: time for a paradigm shift?—A position paper. *Diabetol Stoffwechs* 14:193–203. <https://doi.org/10.1055/a-0868-7758>
- Roest AM et al (2010) Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosom Med* 72:563–569. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dbff97>
- Rogers C (2013) *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, 22. Aufl. Fischer, Frankfurt a. M. ((1977/2013))
- Rugulies R (2002) Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 23:51–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00439-7)
- Rüther M (2016) Über einige (meta)ethische Fehlkonstruktionen in der Lebensqualitätsforschung. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) *Lebensqualität in der Medizin*. Springer VS, Wiesbaden, S 27–46
- Ryan RM, Deci EL (2001) On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol* 52:141. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Saakvitne KW, Tennen H, Affleck G (1998) Exploring thriving in the context of clinical trauma theory: Constructivist self development theory. *J Soc Issues* 54(2):279–299
- Seligman M (2002) *Authentic happiness*. Free Press, New York
- Siegrist J (1996) *Soziale Krisen und Gesundheit*. Hogrefe, Göttingen
- Steinfath H (Hrsg) (1998a) *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Steinfath H (1998b) Einführung: Die Thematik des guten Lebens in der gegenwärtigen Diskussion. In: Steinfath H (Hrsg) *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, 3. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S 7–31
- Steinfath H (1998c) Selbstbejahung, Selbstreflexion und Sinnbedürfnis. In: Steinfath H (Hrsg) *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, 3. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S 73–93
- Steinfath H (2020) *Zeit und gutes Leben*. *Z Philos Forsch* 74(4):493–513
- Steinfath H, Pindur AM (2013) Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg) *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster, S 27–41
- Streeck U, Leichsenring F (2015) *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tedeschi R, Calhoun L (1995) *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE, Newbury Park
- Theunissen M (2008) *Pindar – Menschenlos und Wende der Zeit*, 3. Aufl. Beck, München
- Tofler GH, May R, Bartrop R, Kirkness A, Glinatsis H, de Burgh S (2015) Acute coronary syndrome as a teachable moment for smoking cessation. *J Smok Cessat* 10(1):5–11. <https://doi.org/10.1017/jsc.2013.35P>
- Tully P, Cosh S, Baumeister H (2014) The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *J Psychosom Res* 77:439–448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Wiesemann C (2013) Die Autonomie des Patienten in der modernen Medizin. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg) *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster, S 13–26
- Wulsin LR, Singal BM (2003) Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 65:201–210. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000058371.50240.E3>
- Yalom I (1989) *Existenzielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln
- Zhou YR (2010) The phenomenology of time: Lived experiences of people with HIV/AIDS in China. *Health* 14(3):310–325. <https://doi.org/10.1177/1363459309358596>
- Zoellner T, Maercker A (2006) Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev* 26(5):626–653. <https://doi.org/10.1348/147608310X520157>