

«Mein Herz hat mich nie im Stich gelassen!»

Innere Bilder im Prozess der Inkorporation eines transplantierten Herzens

Eckhard Frick^a Sibylle Storkebaum^b Martin Fegg^a

^aAbteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, und

^bInstitut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Deutschland

Einleitung

Das Herz als imaginaler Ort der Begegnung zwischen Eigenem und Fremdem

Die moderne Transplantationsmedizin eröffnet Chancen und Gefahren, deren seelische Konsequenzen erst allmählich deutlich werden. Die chirurgische, immunologische und kardiologische Möglichkeit einer Herztransplantation ist «neu» in der Menschheitsgeschichte. Vor allem aber lässt sie das Herz als archetypisches Organ der Imagination und der Dissoziabilität der Psyche bewusster werden, mit den kollektiven und individuellen Begleiterscheinungen dieser oft sehr konflikthaft erlebten Bewusstwerdung: verdrängte Todesangst und Konstellation des Mutter-Archetyps, numinose Scheu vor dem Tabubruch eines «Eingriffes» in die Personmitte sowie des Organtauschs mit einer Leiche, Faszination durch den Allmachts-Aspekt des Heilungsarchetyps und Projektion von dessen verwundenen Aspekten [Frick, 1996]. Transplantation kann einerseits als magisches Ritual erlebt werden, wodurch der Tod gebannt und eine unbegrenzte Zukunft eröffnet wird, indem Chirurgen als Priester der Wiedergeburt das Opfer feiern oder als hilfreiche Ältere Initiation und Weiterleben ermöglichen [Crombez, 1972]. Andererseits werden dieselben Chirurgen – auch von Fachkollegen – wegen des vergegenständlichenden und mechanistischen Umgangs mit dem menschlichen Leib angegriffen: «Hinsichtlich der Organbeschaffung zeigt die sich altruistisch gebärende Transplantationsmedizin in ihrer Begehrlichkeit vampirhafte Züge» [Sta-

KARGER

Fax + 41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2000 S. Karger AG, Basel
0301-3006/00/0313-0159\$17.50/0
Accessible online at:
www.karger.com/journals/aps

Dr. Eckhard Frick
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der
Universität München
Nussbaumstrasse 7
D-80336 München (Deutschland)

penhorst, 1999, p. 110; vgl. dazu differenzierend und informierend: Oduncu, 1998, und Storkebaum, 1997].

Dass wir das menschliche Herz als Maschinen-Organ *begreifen* und *operieren* können, beruht auf der in vielen Kulturen nachweisbaren archetypischen Idee des Blutkreislaufes, dessen pumpendes Zentrum das Herz ist. William Harvey [1628] «entdeckte» diese Idee innerhalb der europäischen Medizingeschichte. Sein Denken war noch weitgehend vitalistisch, an der aristotelischen Kreis- und Herzsymbolik orientiert. Erst Descartes' «Discours de la Méthode» verschaffte der kaum beachteten «Entdeckung» bleibende Aufmerksamkeit – um den Preis einer mechanistischen Umdeutung [Fuchs, 1990]. Doch kennt unsere Kultur noch zwei weitere für uns alle prägende bildhafte Vorstellungen vom Herzen. Hillman [1979] nennt sie «Löwenherz» (*Cœur du lion*; das Herz als königlicher Sitz meines Lebensmutes, meiner Stärke, meiner Loyalität) und «Herz des Augustinus» (mein Herz als personaler Sitz meiner Seele, meines Fühlens, meiner Liebe zu Gott und den Menschen). Hillman wörtlich [1979, p. 146]:

«The transfiguration of our Western culture into an industrial egalitarianism with materialistic values first required Harvey's transformation of the heart. The king had first to become a machine, and the machine become a spare part, interchangeable from any chest to any other. [...] History is psychology because tradition is always going on in the soul. The mechanical heart and the sentimental heart still imply each other, still require each other, and neither remember the lion. Today, each of us carries the Harveyan heart in our breast: My heart is a pump. It has thick muscular walls that need exercise. If it fails, I pit in a pacemaker or some by-pass tubing. If it wears out, irreparably, I can let that heart doctor, named paradoxically enough, Christian Barnard, remove it and replace it with a spare – an operation, by the way, already presaged by St. Catherine of Siena who prayed and was vouchsafed that prayer that her heart be removed and that of the Saviour placed in her breast.»

Eine ähnliche Vorstellung findet sich bereits beim Propheten Ezechiel [11: 19]: «Ich schenke ihnen ein anderes Herz und schenke ihnen einen neuen Geist. Ich nehme das Herz von Stein aus ihrer Brust und gebe ihnen ein Herz von Fleisch.» Das Herz sei noch immer König, fährt Hillman [1979, p. 147] fort, doch jetzt auf tyrannische, hinterhältige Weise: «It cannot be trusted; we cannot have faith in the very organ which once was the source of faith. The heart has become my enemy, my killer, my death». Damit Harvey das Herz mit Aristoteles als königliches Zentrum des Blutkreislaufs auffassen kann, müsse er sich auf die archetypische Idee des *Cor duplex*, des *Dipsychos*, stützen, das in sich gespalten ist und mit sich selbst im Streit liegt, ganz im Gegensatz zur naiven «wholeheartedness» des *Cœur du lion*. «Was sich mit der Entdeckung des Blutkreislaufs psychologisch-imaginal ereignet oder in ihr niedergeschlagen hat, ist die Verlagerung der archetypischen Idee des Urstroms von draussen in der Welt nach drinnen, ins Innere des Menschen» [Giegerich, 1985, p. 38].

Elmar und seine beiden Herzen

Der heute 41jährige Elmar stammt aus einer Bauernfamilie in Süddeutschland. Zu Hause wurde wenig Rücksicht auf seine schwere, behindernde Herzkrankheit genommen, ein univentrikuläres, das heisst nur mit einer ungeteilten Kammer versehenes, und im rechten Brustkorb liegendes Herz. Er musste anpacken wie alle anderen auch. Selbst nach einer Shunt-Operation im Alter von 13 Jahren änderte sich daran nichts. Nur der Kräftige überlebt oder, wie Elmar seine Mutter zitiert: «Wenn's nicht mehr geht, geht's immer noch ein Stück.» Die Mutter «war eher negativ für mich», eine strenge Frau, die immer gegen seine Herztransplantation gewesen ist, die sich selbst weigert, trotz starker Rhythmusbeschwerden, einen Herzschrittmacher einsetzen zu lassen. Den inzwischen verstorbenen Vater beschreibt er als «hart», ihm aber auch seelisch sehr nahestehend: «Ich spiele auch gern den Harten!»

Elmar setzte sich nach der Lektüre des Buches «Jetzt ist's ein Stück von mir» [Storkebaum, 1997] mit der Autorin schriftlich in Verbindung und bat um Hilfe. Die erste Therapiestunde verläuft sehr emotional: Elmar schildert seine Verzweiflung über die Tatsache, dass er sein neues Herz nicht hören könne. Das mache ihn zunehmend depressiv, und er müsse immer wieder über alles Schwere in der näheren Vergangenheit nachdenken.

Elmar wurde im Herbst 1997 herztransplantiert; anderthalb Jahre lang hatte er auf der Warteliste gestanden. Nach der Operation machten pulmonale Probleme einen 4wöchigen Aufenthalt auf der Intensivstation unumgänglich; aus dieser Zeit stammen die im folgenden berichteten traumartigen Erlebnisse. Am 1. Tag auf der Normalstation stürzte er aus dem Toilettenstuhl und brach sich die Hüfte, was nicht nur weitere 4 Wochen Intensivstation bedeutete, sondern auch eine lang anhaltende Verunsicherung darüber, wie leistungsfähig er eigentlich sei – wo etwa andere Patienten mit Treppensteigen die Kapazität ihres neuen Herzens testen können, war er durch die Hüftprobleme gehandicapt.

Elmar arbeitet als Techniker; er konnte seine Ausbildung im Rehazentrum Heidelberg machen, liebt seinen Beruf sehr und scheint ihn so gut auszuüben, dass seine Firma, ein mittelständisches Unternehmen, ihm über Jahre seinen Arbeitsplatz reservierte, an den er nach längerer stationärer und ambulanter Rehabilitation zurückkehren kann.

Elmar ist in zweiter Ehe mit einer Südamerikanerin verheiratet; die erste Ehe, wohl eine Jugendbeziehung, wurde 1984 geschieden. Aus der derzeitigen Ehe stammen seine 3 Kinder, ein 11jähriger Bub und 5jährige Zwillinge. Er hat die Kinder in der Wartezeit auf neue Herz betreut, während seine Frau arbeiten ging, und er hatte lange Zeit Probleme damit, sie nun wieder zugunsten eigener Berufstätigkeit zu verlassen: Würden sie ihn weiter lieben und respektieren? Würde er nicht die Verbindung zu ihnen verlieren? Es scheint, dass das Familienleben heute nicht gestört ist. Er empfindet die Familie als Struktur, als Halt für sich.

Dies war nicht immer so. Etwa ab der fünften Stunde berichtet Elmar von seinem Wunsch, ganz neu anzufangen, zu fliegen: «Ich möchte meine Familie wegschmeissen», formulierte er. «Ich möchte ganz neu anfangen, einen neuen Job haben, eine neue Familie und kein schlechtes Gewissen mehr gegenüber meiner Familie, denn für die bin ich eine Belastung.» Elmar ist durch seinen guten, noch nie so erlebten körperlichen Zustand verunsichert. Er fühlt sich unzufrieden, spürt Kräfte, die er früher nicht so gespürt hatte. Der Horizont öffne sich für ihn, aber: «Ich will trotzdem sein wie früher!» Er fragt sich, ob er nun gesund sei, ein ihm unbekannter Zustand, oder ob er eine andere Person geworden sei? Dies verneint er, ihm seien nur manche Schwächen nicht mehr wichtig und die Wertigkeiten änderten sich fühlbar seit der Transplantation. Dennoch leide er darunter, dass er nie beson-

dere Talente und Fähigkeiten bei sich gefunden habe, und unter Minderwertigkeitsgefühlen. In diesen Kontext stellt er auch sein Gefühl, er habe eine «Bringschuld» gegenüber seiner Familie.

Mit seiner Frau verbindet ihn eine gute Partnerschaft, eigentlich gleichberechtigt. Selbstverständlich kümmert sie sich um alles Geschäftliche und sorgt sich in der Leidenszeit intensiv um ihn. Die Kinder sind das wirkliche verbindende Element: «So sehr, dass wir uns beide vergessen.» Elmar schildert sich als autoritär, sucht nach Freiräumen, die ihm seine Frau nur schwer zugestehen konnte, da die traumatischen Erfahrungen der Vor-Transplantationszeit sie nicht in Ruhe liessen; sie fand ihn mehrfach bewusstlos vor. Beide geben sich grosse Mühe, den Graben zu überbrücken, was ihnen wohl gelingt.

Elmar ist von wechselhafter Compliance: Manchmal zögert er bei Fieber oder anderen körperlichen Auffälligkeiten den Gang zum Arzt lang hinaus, manchmal ist er sehr zuverlässig. Er weiss das und kann seine jeweiligen Gründe angeben. Seine Tabletten nimmt er vor allem, weil sein Arzt «das Vertrauen zu mir behalten soll».

Zentrales Thema der psychotherapeutischen Gespräche ist der «interkardiale» Konflikt: Elmars Beziehung zum neuen und zum alten Herzen. Der Patient erlebt dies wie einen interpersonalen Loyalitätskonflikt: Da gab es ein krankes Herz, das wie ein Kamerad im Uhlandschen Sinne gewesen sein muss, von Anfang an ein fühlbarer Partner, aber ein möglicherweise unzuverlässiger. Ein grosses Herz, das unter den Rippen hervorkam, unregelmässig schlug, schmerzte, das ihn bedrohte und dennoch begleitete, immer wieder durchhielt, ihn am Leben hielt. Er kämpfte aktiv um dieses Herz und mit diesem Herzen. Als er sich entschied, es zu verlassen, sich ein anderes Herz geben zu lassen, traute er sich nicht, dies seinem Herzen mitzuteilen. Der alte Kamerad, den Elmar tatsächlich mit «er» bezeichnete, durfte nichts davon erfahren, denn hätte er nicht als Rache für diesen Verrat frühzeitig seine Arbeit einstellen können? Elmar fühlte sich schuldig, diesen nahestehenden Teil seiner selbst aufzugeben. Er wollte aber leben, überleben, und er hatte keine andere Wahl: entweder er oder ich. Er bat die Ärzte, das alte Herz noch einmal sehen zu dürfen, wenn es nicht mehr in seiner Brust schlug, ein Wunsch, der ihm dann letztlich trotz vorausgegangener Zusage nicht erfüllt wurde, und er haderte in den Stunden häufig mit seiner Entscheidung zum Leben – wäre es denn nicht richtig gewesen zu sterben?

Elmar verabschiedete sich unter grossen Schwierigkeiten von seinem Kumpel Herz. Er analysierte selbst Schuldgefühle, Vermeidungsverhalten, um ja das neue Herz nicht schlagen zu hören, wahrzunehmen, dass er ihm einen Platz in seinem Körper zugewiesen hatte. Einen «stummen Untermieter» nannte er das neue Herz, einen, von dem man nie wisse, wie lang er dort wohnen werde. Dann wieder plante er einen «Langwohnrekord» – er möchte neuer Rekordhalter im Überleben mit einem transplantierten Herzen werden. Doch es wurde klar, dass er bereits eine Retransplantation fürchtet, denn das neue Herz kann vielleicht nicht so viel aushalten wie das alte. Und die Angst, die riesige Angst vor Schmerzen und erneuter Trauerarbeit, die zu leisten ihm doch so schwer wird, hindert ihn daran, den neuen Untermieter wirklich zu akzeptieren.

Knapp 2 Jahre nach seiner Herztransplantation wird Elmar innerhalb unserer Arbeitsgruppe überwiesen (von S.St. an E.F.), um «Träume» zu erzählen und zu imaginieren, die er in den Wochen nach der Operation hatte. Es handelt sich um detailreiche, szenisch wirkende, für den Patienten bedrängende Inhalte, die er einerseits vergessen möchte, andererseits aber auch möglichst genau berichten

will, so dass der Gesprächspartner sie protokollieren kann. Im Gegensatz zur Überfülle dieses alptraumartigen Materials könne er sich an keinen einzigen Nachttraum aus jüngerer Zeit erinnern. Elmar schildert konservierte, fixierte Bilder aus dem postoperativen *Twilight state*, die sich als gefühlsbetonte Komplexe in das jetzige Wachbewusstsein drängen und auch die aktuelle Traumtätigkeit überdecken.

Schon zu Beginn des ersten Gesprächs teilt sich etwas von dem Druck, unter dem der Patient steht, dem Untersucher mit. Elmar ist nicht in der Lage, seine «Träume» zu notieren, legt aber grossen Wert darauf, dass der Gesprächspartner alle Einzelheiten mitschreibt bzw. – wozu wir nach einigen Sitzungen übergehen – mit einem Aufnahmegerät festhält. «Mit diesem Traum werden wir heute bestimmt nicht fertig», fügt er hinzu, wird bisweilen ungeduldig, wenn der Therapeut nicht mitkommt oder wenn «mehrere Träume nebeneinander herlaufen» wie gleichzeitig auf verschiedene Leinwände projizierte Filme.

Elmar leidet darunter, keine Ordnung in die berichteten Inhalte zu bringen, insbesondere keine zeitliche Ordnung. Er sucht nach Chronologie und Sinnkontinuität, die er körperlich und seelisch wiedererlangen möchte. Die Verzweiflung über Brüche und Lücken erlebt er ganz ich- und leibnah, als Sprengen der Fesseln, mit denen er wohl zeitweilig fixiert wurde, als Aufplatzen der Sternalnaht. Die «Re-Verdrahtung» des Brustbeins, wie er es technisch-chirurgisch nennt, ist seelisch noch nicht verarbeitet. Er möchte offenbar eine klaffende seelische Wunde beim Therapeuten deponieren, um innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung ein besseres Containment zu erreichen, um das ihn irritierende Erleben einzuordnen und um die disparaten Elemente neu zu verknüpfen, so dass traumatisches Erleben integrierbar wird. Dem aufplatzenden Brustkorb entspricht die Abwehr- und Verarbeitungsschwäche eines Patienten, der mit seinem schweren Herzfehler als «Organminderwertigkeit» erstaunlich gut umzugehen wusste, indem er die Rolle des schwächlichen Aussenseiters annahm. Dabei vollbrachte er relative Höchstleistungen, die allerdings von niemandem anerkannt wurden – mit einer Ausnahme, wie der Patient leise hinzufügt: Das (alte) Herz meldete ihm treu, wie stark er sich belasten konnte, wie es ihm ging. «Mein Herz hat mich nie im Stich gelassen», sagt er leise.

Ersteindruck: Materialfülle und «organisches» Gepräge

Im Gegensatz zu üblichen Traumberichten, auch wenn sie einen quälenden, unangenehmen Charakter haben oder sich in modifizierter Weise als Traumserie wiederholen, fallen Elmars Schilderungen durch eine merkwürdige Unabgegrenztheit, ja Unendlichkeit auf. Fast nie erscheint in seinen Erzählungen die Lösung eines Spannungsbogens oder die mit dem Aufwachen gegebene Distanzie-

nung vom Traumerleben. Eher bricht er wegen der Begrenztheit der Therapiezeit ab, oder der Erzählfaden wird in eine neue Aktion verwoben, so dass der Patient immer wieder an sprachliche und logische Grenzen stösst. Häufig haben die Inhalte ein «organisches», delirantes Gepräge, das sich durch eine konfabulatorisch-wahnhafte Ausgestaltung der offenkundigen Zeitgitter- und Orientierungsstörungen auszeichnet. Dafür ein Beispiel:

Es ist wieder das Szenario der Tagesklinik. Es sind kurze Hell-Dunkel-Phasen, es wird schnell hell und schnell wieder dunkel. In den Schichten wird jedesmal «morgen!» gesagt. Auf dem Kalender ist «14.7.79» gestanden, ein total falsches Datum. Da hab ich gesagt: «Das kann nicht sein!» Plötzlich ist das Hell-Dunkel normal gewesen. Bei jedem Schichtanfang haben sie «morgen!» gesagt und ein Kalenderblatt abgerissen, an einem Tag sind drei Tage vergangen. So ist das schnell wieder aufgeholt worden, dass wir wieder in der realistischen Zeit zurück waren im November 1997. Meine Frau hat zwischenrein gefragt, was für'n Datum ist. Ich hab' gemerkt, das stimmt nicht mit dem Kalender überein. Die haben mir meine Uhr weggenommen, alles, was mit Datum zusammenhängt. Ich hab' Angst gehabt, die wollen, ich vergesse, was in der Zeit passiert ist.

Die Umgebung der Intensivstation mit gleichbleibender Betriebsamkeit rund um die Uhr und unsicheren Zeitgebern (Beleuchtung, Lautstärke, Präsenz des Personals) wird umgedeutet als «Tagesklinik an der Münchner Freiheit», d.h. der Patient wähnt sich in eine Klinik «verlegt», die äusserlich ein ihm bekanntes Bankgebäude in München-Schwabing darstellt, insgeheim jedoch eine «Tagesklinik» ist, eine Bank des Lebens also, die mit Schulden belastet ist, mit Hypotheken, die abzutragen sind. Diese Tagesklinik befindet sich in der Hand erpresserischer und gewissenloser Ärzte, die von einer Motorradbande angegriffen werden (äussere und innere Bedrohung).

Neurologische und psychopathologische Einordnung

In dem eben erwähnten Fragment scheint der Patient um die zeitliche Orientierung zu ringen, die offenbar auch immer wieder überprüft wurde (Fragen der Ehefrau und wohl auch des Pflegepersonals). Zum Zeitpunkt des Gesprächs ist er zwar weder psychotisch noch delirant, aber er hat das Bizarre, Komplexhafte noch nicht einordnen können. Offenbar hatte er die Schlaf-, Wach- und Übergangphase sowie die Schichtwechsel des Personals wahnhaft-sensitiv verarbeitet. Meyendorf [1976] fand am 3. bis 5. Tag nach Herzoperationen bei 60% der Patienten psychopathologische Auffälligkeiten, und zwar einerseits depressiv-dysphorische Syndrome (21,3%), andererseits «kardiogene Psychosen» (24,6%), wozu er paranoide Störungen ohne Bewusstseins- und Orientierungsstörungen sowie delirante Syndrome zählte. Bei letzteren komme es «häufig zu fliessenden

Übergängen zwischen furchterregendem *Traumerleben* [...] und wahnhafter Verfälschung der Realität». «Inkohärent werden *Verfolgungsideen* geäußert, insbesondere auch die Vorstellung, umgebracht zu werden, und zum anderen wird von Misshandlung und *grausamer körperlicher Verstümmelung* berichtet.» Meyendorf führt in seiner *neuropsychiatrischen* Arbeit die kardiogenen Psychosen auf zerebrale Mikroembolien unter den besonderen Bedingungen der extrakorporalen Zirkulation zurück, während für Klapheke [1999] eher durch Kortikosteroide ausgelöste Psychosen im Vordergrund stehen. In *psychodynamischer* Hinsicht steht das psychotische Erleben in einem Zusammenhang mit der Situation des Gebens und Nehmens sowie mit *einschneidenden* Veränderungen des Körperschemas. Charakteristisch ist für beides die Polarität von Verlust und Gewinn: Der Spender *verliert* ein Organ (oder ist gestorben) – der Empfänger *gewinnt*. Der Empfänger *verliert* möglicherweise ein Organ (z.B. ein Herz), um ein neues zu *gewinnen*, um sein Körperschema zu erweitern [Castelnuovo-Tedesco, 1973]. Nicht nur die kardiale, sondern auch die allgemeine Kreislaufsituation kann sich dadurch entscheidend verbessern, besonders in zerebraler Hinsicht.

Die psychopathologischen und psychodynamischen Aspekte können als Manifestationen des Ich-Komplexes in statu nascendi, als dessen Auftauchen in einer nicht nur organisch, sondern auch lebensgeschichtlich kritischen *Durchgangssituation* verstanden werden. Der Ich-Komplex ist zwar Zentrum des Bewusstseinsfeldes, aber nicht der Gesamtpersönlichkeit. Dies wird deutlich am Ringen um Ich-Werdung und an der archetypischen Gestalt des Helden, die Elmars Erleben zugrunde liegen. Der Ich-Komplex äussert sich *und* verinnerlicht sich in verschiedenen Dimensionen, wofür die Bilder eine konstitutive Bedeutung haben. Es handelt sich um Erlebnisse, die mit dem allmorgendlichen Aufwachen gegeben sind [Emrich, 1998], in der Alltagserfahrung jedoch selten thematisiert werden und dem Patienten quälend als Mangel- oder Noch-nicht-Erfahrung bewusst werden. «Normalerweise» rekonstituieren wir unser Ich jeden Morgen mit traumwandlerischer Zuverlässigkeit. Es sind vor allem drei Phänomenebenen, auf denen sich im Falle Elmars die Störung abspielt: Auf der Leibbühne leidet er unter der Dissoziation seines Körperschemas, das in drei «Teile» zerrissen ist (Gehirn, Herz, Körper). Auf der Ebene des nach aussen verlagerten (also noch nicht als ichhaft empfundenen) Kampfes erlebt er sich als in einen Krieg hineingezogen, den andere erklärt haben, als erpresst, bedroht, im Stich gelassen [s. Transkript 1 im Anhang].

Das im Material durchgängige «Nach-aussen-Verlagern» ist etwas anderes als eine Projektion oder eine Introjektionsschwäche. Mit der Explantation ist eine Realexternalisierung eines «sprechenden» und «hörenden» Organs geschehen, das archetypischer Sitz der Imaginationsfähigkeit, des Selbst- und Fremdentwurfs, ist. Dies bedeutet, dass eine seelische Repräsentanz objektiviert, beinahe personifiziert wurde und nun verlorenging, in fremde Hände geriet, durch das

neue Herz nur mechanisch ersetzt wurde. Fragmentierung und Depersonalisation sind nicht nur Phantasien im seelischen Binnenraum, die mit seit über 40 Jahren vertrauten Coping-Strategien abgewehrt werden können. In geradezu unheimlicher Weise werden sie durch Chirurgie, Intensivbehandlung und Komplikationen des Heilungsverlaufs realisiert wie eine äussere Bestätigung innerer Ängste. Diese werden dadurch aber nicht zu blossen Realängsten, sondern verknüpfen sich magisch mit dem Selbstkonzept – über Schuldgefühl, Tabu und Infragestellung der bisherigen Grössenphantasien. Realexternalisierung heisst in kleinianischer Terminologie «projektive Identifikation» mit dem «verstossenen», «vorwurfsvollen» alten Herzen, das den Patienten mit der Mutter verbindet, die Transplantation und andere technische Eingriffe am Herzen ablehnt. Jung nennt den Abwehrmechanismus der projektiven Identifikation *Participation mystique*. Der Patient bleibt über die Operation und die «brutale» Trennung hinaus mit seinem alten Herzen verbunden. Magisches Denken, Allmachts- und Allohnmachtsphantasien verbinden ihn mit der Grossen Mutter, was ein anderer Persönlichkeitsanteil – der technisch-kühle, durch das neue Herz repräsentierte – nicht akzeptieren kann.

Schliesslich und am nächsten dem eigentlichen Ich-Erleben, «erinnert» er unverbundene Ich-Zustände vor der Operation, während der postoperativen Wochen und jetzt, die noch nicht im vollen Sinne *er-innert* sind, d.h. noch ähnlich distanziert beschrieben werden wie äussere, fremdpsychische Erfahrungen. Alle drei Phänomenebenen hängen mit Bildern zusammen, mit Teilrepräsentationen der inneren Wirklichkeit und der äusseren Realität, die zusammengenommen und auch in ihrer Bruchstückhaftigkeit das Gesamt der psychischen Wirklichkeit ausdrücken. Mit anderen Worten: Auch das Erleben des Zerrissen-, des Nicht-ganz-Seins drückt das Ich aus und seine Suche nach Vollständigsein. Die Bilder konstellieren die Zerrissenheit des Ichs und seine Zusammensetzung. Der normale Vorgang des Erwachens gelingt nur unvollständig, ist gedehnt, bleibt wegen der somatopsychischen Durchgangsphänomene in einem quälenden Depersonalisationserleben «hängen».

Von besonderer Bedeutung ist die Unfähigkeit, das neue Herz ähnlich deutlich wahrzunehmen wie das alte. Auch hier sind sowohl neurologische als auch psychodynamische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Die zur Wahrnehmung von Herzsensationen notwendigen afferenten Bahnen sind noch unklar; deshalb ist auch der Einfluss der mit der Explantation verbundenen Denervierung des Myokards bzw. der (Re-)Innervation des Transplantats schwer einzuschätzen. Es ist jedoch bekannt, dass Herztransplantierte (wie man annimmt aufgrund der Denervation) etwa 1 Jahr unter einer deutlichen chronotropen Inkompetenz (Unfähigkeit zur Steigerung der Herzfrequenz unter Belastung) leiden, die sich auch nach einer 5 Jahre dauernden Beobachtungszeit nicht völlig normalisiert [Löllgen, 1999]. Barsky et al. [1998] fanden bei einem Drittel von 34 Patienten nach

Herztransplantation eine erhaltene Fähigkeit, Palpitationen wahrzunehmen, die durch ventrikuläre Extrasystolen hervorgerufen werden. Ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung des eigenen Herzschlags während der psychophysiologischen Untersuchung («heartbeat detection testing») erwies sich sogar als signifikant besser als jene von allgemeinmedizinischen Patienten und einer Kontrollgruppe von Gesunden. Barsky et al. [1998] erklären beide Befunde nicht mit der (Re-)Innervation des neuen Herzens, sondern mit dem Ansprechen von Mechanorezeptoren im (nicht entfernten) Herzbeutel sowie von Barorezeptoren in der Kreislaufperipherie, welche die von der Herzaktion ausgelöste Druckwelle an das Zentralnervensystem melden. Barsky et al. [1998] fanden die Fähigkeit zur Wahrnehmung des eigenen Herzschlags bei Transplantierten ähnlich ausgeprägt wie bei organisch gesunden Palpitationspatienten: «This suggests the possibility that the more attention individuals devote to cardiac activity (whether because of intrinsic cardiac disease or a worrisome cardiac symptom), the more accurate their perception of it becomes» [Barsky et al., 1998, p. 560]. Elmars Unfähigkeit, das neue Herz «wahrzunehmen» bzw. seine Wahrnehmung als stilles, wie ein Elektromotor funktionierendes Implantat, dürfte im Licht dieser Befunde nicht auf die Auswirkungen der postoperativen Denervation des Myokards zurückzuführen sein, sondern auf die konflikthafter Beziehungen zum noch nicht ganz verabschiedeten alten Herzen und zum noch nicht ganz angenommenen neuen.

Elmars Motivation, psychotherapeutische Hilfe zu suchen, ist ambivalent: *Einerseits* möchte er die belastenden Erlebnisse «vergessen», und *andererseits* gelingt das Verleugnen als zentraler Coping- und Abwehrmechanismus nach Organtransplantation [Mai, 1986] nicht. Aktuelle Träume kann der Patient weitgehend verdrängen, während sich die Bilder der postoperativen Phase wie Parasiten aufdrängen, wie autonome Komplexe, die den Ich-Komplex in Beschlag nehmen. Klinisch sind diese intrusiven Bilder Ausdruck einer *chronifizierten posttraumatischen* (postoperativen) *Belastungsstörung*, wie sie von Walker et al. [1999] bei lebertransplantierten Kindern und Jugendlichen beschrieben wurde. Nicht nur die drei zentralen DSM-IV-Merkmale *reexperiencing* (siehe die intrusiven Bilder und die retraumatisierenden Erlebnisse auf der Intensivstation), *avoidance* (emotionale Distanz zu den als äussere Kriegsbedrohung erlebten Ereignissen, teilweise auch Vermeidung des Arztkontaktes nach dem Krankenhausaufenthalt) und *arousal* (misstrauische Angespanntheit) sind gegeben. Vielmehr können auch Elmars psychosenahe Zustände als adaptative Dissoziationsphänomene im Rahmen der Traumaverarbeitung aufgefasst werden. Für das Vorliegen einer PTSD spricht auch das Persistieren der Befindlichkeitsstörung, die in der Regel (und vergleichbar mit dem Verlauf nach koronarer Bypassoperation) spätestens nach 8 Monaten abklingt. Allerdings bleibt eine gewisse Aktivitätseinschränkung bestehen, die ähnlich wie bei auf eine Transplantation wartenden Patienten auf Sorge über (wieder auftretende) Symptome bzw. Vorerfahrung

mit der Funktionseinbuße zurückzuführen ist [Salmon et al., 1998]. Psychodynamisch gesehen stellt die persistierende postoperative Belastungsstörung einen unvollständigen Inkorporationsprozess im Sinne einer Verinnerlichung dar. Das postoperative Erleben kann noch nicht «abgespeichert» und versiegelt werden, weil Unerledigtes liegengeblieben ist, seelische Arbeit in Analogie zur Arbeit der Transplantationschirurgen noch ungetan ist. Wir meinen, dass es sich dabei um eine Vorstufe von Trauerarbeit handelt, um Rücknahme der Projektionen, Rücknahme der Bindungen, die ihn an das alte Herz ketten, und Annahme der *Brutalität* als Ausdruck eigener Trennungs- und Individuationswünsche.

Inhaltsanalytische Untersuchung

Zur Methodik

Die zur Inhaltsanalyse verwendete *Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens* (SASB) nach L.S. Benjamin [Tress et al., 1990; Tress, 1993] reduziert den Phänomenbereich interpersonaler und intrapsychischer Kommunikation auf drei Variablen: 1. Fokus einer Kommunikation aus der Perspektive des Sprechers: Dieser Fokus richtet sich entweder transitiv (aktiv) auf die Bezugsperson, intransitiv (passiv) auf den Sprecher selbst (Rückwirkungen auf Handlungen oder Botschaften des Sprechers) oder auf den Sprecher selbst (Introjekt-Ebene, Umgang mit sich selbst): Der Sprecher behandelt sich selbst kritisch oder lobend, kontrollierend oder freizügig (Abb. 1). 2. Horizontale Achse der Affiliation (liebvolle Verbundenheit vs. Hass und Vernichtung). 3. Senkrechte Achse der Interdependenz (wechselseitige Abhängigkeit, Steuerung, Kontrolle vs. Freigeben, Gewährenlassen).

Der Schnittpunkt dieser beiden orthogonalen Achsen, an dem die Grunddimensionen der Bezogenheit in ihr Gegenteil umschlagen, bildet auf allen drei Fokusebenen den Kreismittelpunkt. Verschiedene Verhaltensqualitäten lassen sich als eine in sich geschlossene Kurve auf einem Kreis anordnen, der um den Schnittpunkt der Achsen gelegt wird. Ähnliche Verhaltensweisen liegen nebeneinander, während Gegenteiliges Verhalten um 180° gegenüber auf der Kreisstruktur liegt. Zwischenmenschliches Verhalten kann durch die beiden Grunddimensionen Affiliation und Interdependenz adäquat beschrieben werden. Im Unterschied zu anderen zweidimensionalen zirkumplexen Modellen verwendet SASB nicht nur ein Kreismodell, sondern drei aufeinander bezogene zweidimensionale zirkumplexe Fokusebenen. Gegensätzliche Verhaltensweisen liegen an entgegengesetzten Polen auf derselben Fokusebene (z.B. «Verstehen» und «Beschuldigen» auf der transitiven Fokusebene). Komplementäre Verhaltensweisen liegen am gleichen Pol auf der anderen Fokusebene. Z.B. findet sich «Kontrollieren» unten auf der transitiven und «Sichunterwerfen» unten auf der intransitiven Ebene. Dem entspricht an gleicher Stelle «Selbstbeherrschung» auf der Introjekt-Ebene.

Der ebenfalls auf dem SASB-Modell beruhende Selbstbeurteilungsbogen INTREX differenziert die drei Fokusebenen nach dem Patientenerleben «in guten» und «in schlechten Zeiten», vermag also die differentielle Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen und des Selbstbildes für Phasen der Gesundheit, der Beeinträchtigung durch Krankheit und Therapie zu erfassen.

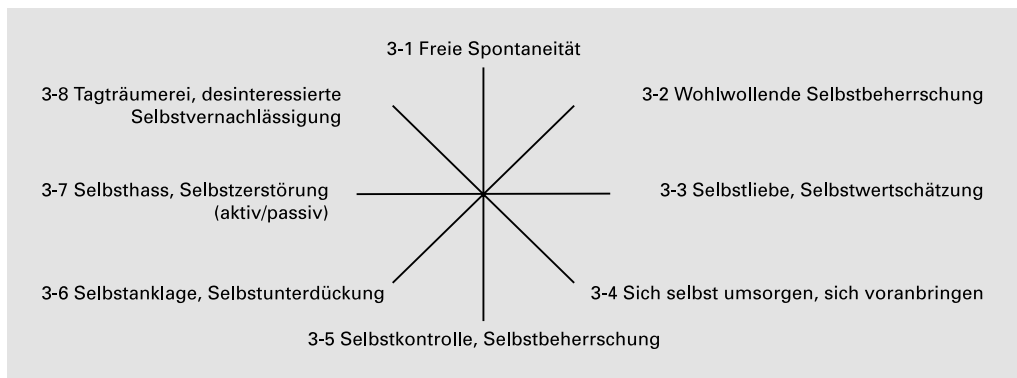


Abb. 1. Die Introjektebene des SASB-Modells (Fokus III). Die x-Achse (Affiliation) bildet das Kontinuum zwischen feindselig-hasserfüllter und freundlich-liebvoller Haltung sich selbst gegenüber ab; die y-Achse (Interdependenz) zwischen Zulassen der eigenen Spontaneität und Selbstkontrolle.

Ergebnisse

Aus Platzgründen beschränken wir uns auf die inhaltsanalytische Bearbeitung von Passagen einer Therapiestunde, die im Juni 1999 stattfand und durch den Selbstbeurteilungsfragebogen INTREX (Kurzform) ergänzt wurde. In den Abbildungen 2 und 3 finden sich mit dem INTREX erhobene transitive Beziehungsmuster des Patienten zur Ehefrau (Fokus I) bzw. intransitive Beziehungsmuster der Ehefrau zum Patienten (Fokus II).

Die Tabelle 1 stellt INTREX-Ergebnisse mit einem Korrelationskoeffizienten von über 0,7 (bzw. von unter -0,7) dar. Dieser gibt die Annäherung der gefundenen Clusterwerte an die Kurvenverläufe der theoretischen Patterns des SASB wieder. Zum Zeitpunkt der hier ausgewerteten Stunde wird Elmar noch von Bildern aus der postoperativen Phase überschwemmt, an die er in eigentümlicher Weise fixiert bleibt, als bliebe noch etwas zu erledigen. Es handelt sich um eine Art passive Imagination, noch weit entfernt von einem schöpferischen Umgehen mit den eigenen Träumen, Tagträumen und Phantasien. Ich (E.F.) frage ihn zunächst nach der Zeit seit der letzten Stunde und nach seinen Wünschen für die heutige. Er schildert zunächst einen «Traum» von Verfolgung und Flucht vor einem sadistischen Chirurgen (dem «erpresserischen Professor»): Transkript 1 im Anhang. Der Patient berichtet, wie er zu einer Ballonfahrt durch die Luft genötigt wird und dabei seine Heimat am Bodensee überfliegt. Er kämpft gegen eine «brutale» Motorradgang und wird Zeuge einer makabren Zirkusvorführung: Die

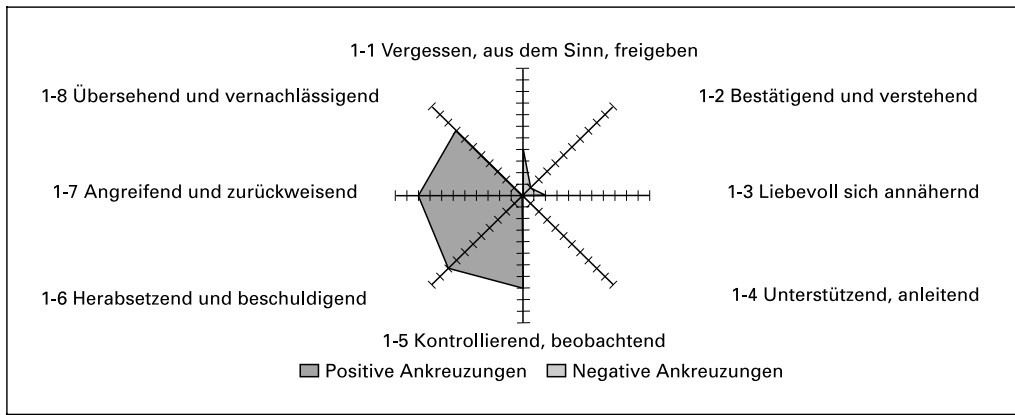


Abb. 2. Selbstratingfragebogen INTREX. Ergebnisse im Fokus I: elternähnliche, transitive Handlungen. Patient zu Ehefrau – «in unseren schlechtesten Zeiten». Die acht Achsen entsprechen den Oktanten des SASB-Modells. Skalierung 0–100.

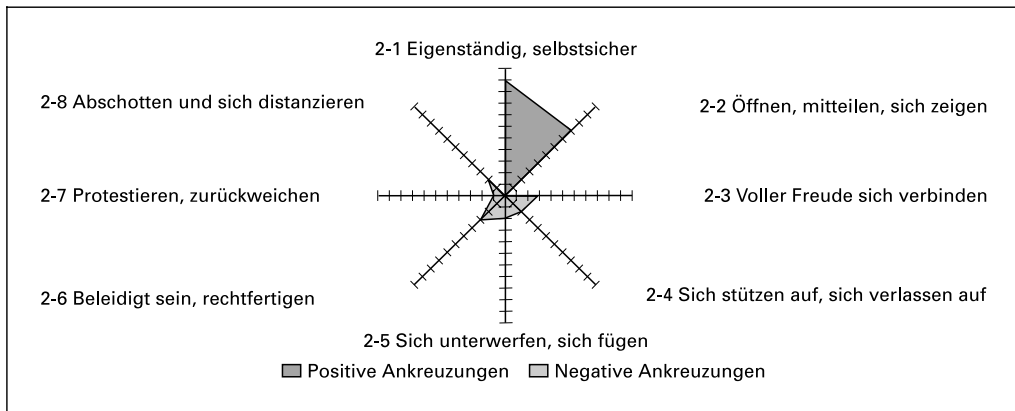


Abb. 3. Selbstratingfragebogen INTREX. Ergebnisse im Fokus II: kindähnliche intransitive Reaktionen. Ehefrau zu Patient – «in unseren besten Zeiten». Die acht Achsen entsprechen den Oktanten des SASB-Modells. Skalierung 0–100.

Mutter und andere Frauen werden zu obszönen Tänzen gezwungen, und man implantiert ihnen Hunde und Ziegenböcke, die sich als innere Angreifer gebärden. Die Lösung des gesamten Szenarios berichtet der Patient lächelnd: Mit der Motorradgang – junge, gesunde Männer – wird unter der Bedingung Frieden geschlossen, dass sie Organspendeausweise ausfüllen.

Tabelle 1. Wichtigste Ergebnisse des Selbstratings im INTREX

Im INTREX erfragte Beziehungsgestaltungen	Positive Ankreuzungen (>50 auf einer Skala 0–100): Cluster	Maximale Korrelation
Ehefrau zu Patient «in besten Zeiten» (intransitiv)	2-1, 2-2	r = 0,8155 Kurve 13 (linearer Abfall) p < 0,01
Patient zu Ehefrau «in schlechtesten Zeiten» (transitiv)	1-5, 1-6, 1-7, 1-8	r = 0,9017 Kurve 4 (mörderisch angreifende Handlung) p < 0,01
Patient zu Ehefrau «in schlechtesten Zeiten» (intransitiv)	2-6, 2-7, 2-8	r = 0,7804 Kurve 12 (linearer Anstieg) p < 0,05
Mutter zu Patient (5–10 J.) (transitiv)	1-2	r = 0,8305 Kurve 3 (freundlich transitive Handlung) p < 0,01
Patient zu Mutter (5–10 J.) (transitiv)	1-2	r = 0,7172 Kurve 10 (freundlich transitive Handlung des Kontrolleausübens) p < 0,05
Patient zu Mutter (5–10 J.) (intransitiv)	2-3, 2-5, 2-6	r = 0,7092 Kurve 15 (intransitiver Zustand der Unterwerfung) p < 0,05
Patient zu Vater (5–10 J.) (transitiv)	1-1, 1-2	r = 0,8116 Kurve 13 (linearer Abfall) p < 0,01
Patient zu Vater (5–10 J.) (intransitiv)	2-4, 2-5, 2-6	r = 0,9713 Kurve 6 (intransitiver Zustand der Unterwerfung) p < 0,001
Mutter zu Vater (5–10 J.) (transitiv)	1-2, 1-4	r = 0,7622 Kurve 3 (freundliche transitive Handlung) p < 0,05
Mutter zu Vater (5–10 J.) (intransitiv)	2-3, 2-4, 2-5	r = 0,9246 Kurve 8 (intransitiver Zustand der Unterwerfung) p < 0,01

Korrelationen mit theoretisch zu erwartenden Patterns und Kurvenbezeichnungen. Die erwähnten Clusterbezeichnungen entsprechen denen in den Abbildungen 2 und 3.

Tabelle 2. Inhaltsanalytische Bearbeitung des Transkriptes 1 (Krieg)

x-Referenten	y-Referenten				
	Patient	Männer	Frauen	Gegenstände und Organe	Lebewesen
Patient	3.1 (40) 3.4 (40) 3.6 (20)	1-5 (11,8) 1-7 (5,9) 2-3 (5,9) 2-4 (5,9) 2-5 (23,5) 2-6 (11,7) 2-7 (11,7) 2-8 (23,5)		1-5 (66,7) 2-6 (33,3)	1-3 (100)
Männer	1-4 (8,7) 1-5 (21,7) 1-6 (26,1) 1-7 (8,7) 2-2 (8,7) 2-3 (21,7) 2-5 (4,3)	1-5 (50) 1-6 (50)	1-2 (16,7) 1-5 (33,3) 1-6 (33,3) 1-7 (16,7)	1-5 (100)	1-5 (28,6) 1-6 (42,8) 1-7 (28,6)
Frauen	2-1 (100)	2-1 (66,7) 2-5 (33,3)	3-1 (100)		1-1 (100)
Gegenstände und Organe			1-6 (100)	3-8 (100)	1-5 (50) 1-6 (50)
Lebewesen			1-6 (50) 1-7 (50)		

Cluster für die Interaktionen x- zu y-Referent (in Klammern die prozentuale Verteilung für die jeweilige Interaktion). Sprecher: Patient; Fokus 1: transitive Handlungen; Fokus 2: intransitive Reaktionen; Fokus 3: Selbstschilderungen (Introjektion). Clusterbezeichnungen wie in den Abbildungen 1–3.

Inhaltsanalytisch (Tab. 2) fällt in der Beziehung des Patienten zu sich selbst eine vielschichtige Introjektabbildung auf: Cluster 3-1, 3-4, 3-6 (Fokus III, vgl. Abb. 1). Dies könnte darauf hinweisen, dass der Patient am «Südpol» seines Introjekts (negative Werte auf der Interdependenz-Achse, d.h. Betonung der Selbstkontrolle gegenüber der eigenen Spontaneität) zwischen freundlich-sorgender und feindselig-anklagender Selbsteinschätzung hin- und herschwankt. Alle Beziehungen von Männern zu Frauen gehören zum Fokus I, während Frauen sich

zu den Männern intransitiv-reaktiv verhalten, wobei es sich teilweise um komplementäre Interaktionsmuster handelt (z.B. 1-5/2-5). In der Beziehungsgestaltung der Frauen fallen hohe positive Werte auf der Interdependenzachse in allen drei Fokussen auf. Dies entspricht einer starken Ausprägung der Unabhängigkeit von Frauen im analysierten Textabschnitt (vgl. die Interaktionen «Ehefrau zu Patient in besten Zeiten» und «Mutter zu Patient» im INTREX, Tab. 1).

Ein vergegenständlichendes, verfügendes Verhalten der Männer im Textauschnitt (z.B. die erwähnte Implantation von Tieren) wird allgemein durch ein Vorherrschen des Fokus I widergespiegelt, speziell durch den Cluster 1-5. Inhaltlich bestehen Übergänge zum Thema der «Brutalität» (der Motorradbande, aber auch der Ärzte), das durch die Cluster 1-6 und 1-7 abgebildet wird, sowohl gegenüber dem Patienten und den Frauen als auch gegenüber den «Lebewesen». (In dieser Gruppe werden zusammenfassend Kinder und Tiere kodiert.)

Das Thema «Brutalität» spielt auch in der imaginativen Begegnung des Patienten mit seinen Herzen eine grosse Rolle. Als Methode wählen wir das bipersonale Psychodrama. Die Herzen werden durch Kissen auf leeren Stühlen repräsentiert, was die Möglichkeit des Zwiegesprächs mit den Herzen und des Rollentauschs eröffnet. Diese Methode erscheint angemessen, weil sie die ohnedies vorhandene Organzweisprache des Patienten inszeniert. Die psychodramatische Bühne dient dabei als therapeutisches Temenos, das auch Distanzierung und Reflexion ermöglicht, vor allem durch das Anschauen der Szene von aussen und unter dem Schutz des Therapeuten (Spiegeltechnik). Auf Wunsch des Patienten beginnen wir mit dem transplantierten Herzen (Transkript 2). Der Therapeut kann hier wie im Dialog mit dem alten Herzen (Transkript 3) sowohl im Interview begleiten (übliche Gesprächsposition) als auch doppelnd, d.h. hinter dem Patienten stehend und in der Ich-Form sprechend, mitfühlen.

Im hier besprochenen Textauschnitt (vgl. Abb. 4) reagiert das neue Herz lediglich auf Initiativen des Patienten (Fokus II), und zwar in drei Clustern: 2-2 (das neue Herz meint es gut mit dem Patienten, öffnet sich), aber auch 2-6 (Beleidigtsein) und 2-7 (Protestieren), was der relativen «Stummheit» des Transplantates entspricht. Hingegen finden sich im Dialog mit dem alten Herzen (Transkript 3) breit gestreute Kodierungen der Fokusse I und II, mit einer Betonung von 1-6 (Beschuldigen, vgl. die Kritik des Herzens am «brutalen» Herausschneiden; feindliche Bemächtigung und dann Abweisung: 1-7, 1-8). In den Äusserungen des Patienten gegenüber dem Herzen (Abb. 5) fallen in bezug auf das neue Herz die Interaktionen «Verfügen/Kontrollieren» (1-5), «Sichöffnen» (2-2) und «Sichabschotten» (2-8) auf. Eine ähnlich deutliche Ausprägung zeigen gegenüber dem alten Herzen die Interaktionen 2-8 und 1-8 («Übersehen», «Vernachlässigen»).

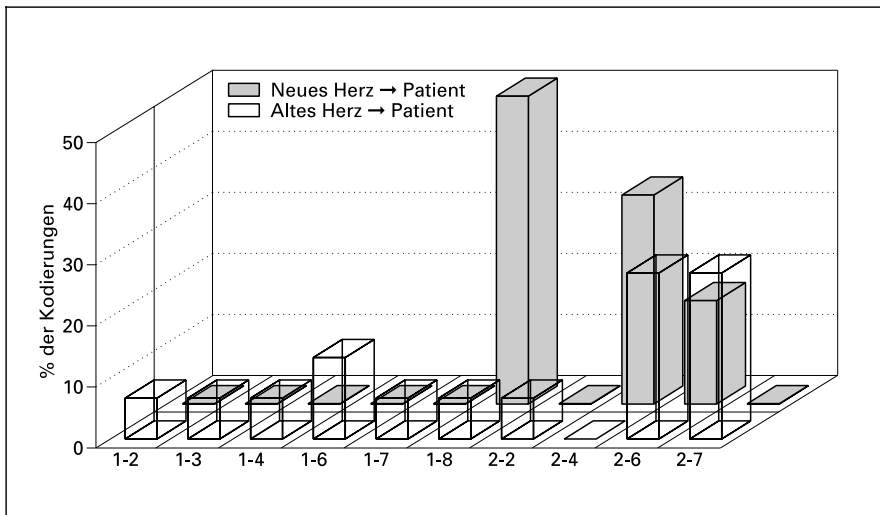


Abb. 4. Inhaltsanalytische Kodierung der psychodramatischen Begegnung mit dem alten und mit dem neuen Herzen. x-Referent das Herz, y-Referent der Patient. Berücksichtigt werden in dieser Darstellung nur Textsequenzen, in denen der Patient Sprecher ist. Clusterbezeichnungen wie in den Abbildungen 1–3.

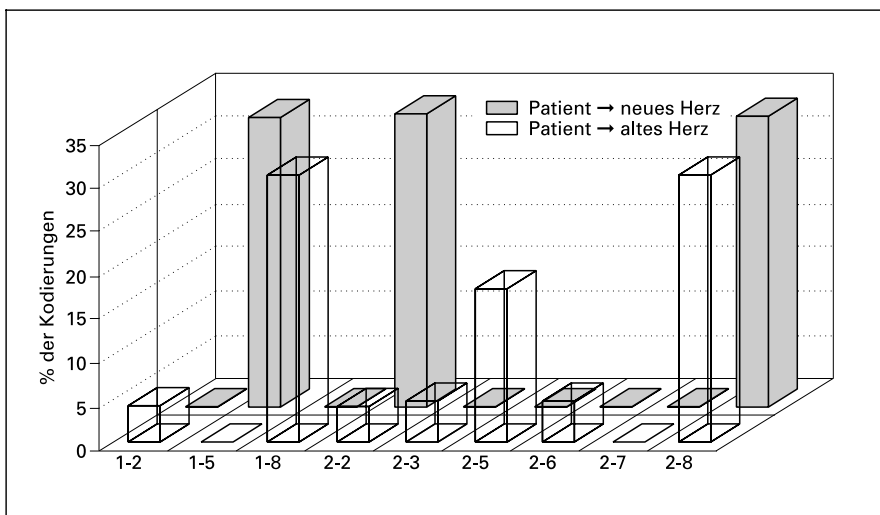


Abb. 5. Begegnung mit dem alten und dem neuen Herzen. x-Referent der Patient, y-Referent das jeweilige Herz. Clusterbezeichnungen wie in den Abbildungen 1–3.

Diskussion

Intrusion: Ein Zombie werden?

«Der Eindringling exponiert mich bis zum äussersten. Er drängt mich nach aussen, entäussert mich, enteignet mich. Ich bin die Krankheit und die Medizin, ich bin die Krebszelle und das transplantierte Organ, ich bin die Immunsuppressiva und deren Palliativmedikamente, ich bin die Eisendrähte, die mein Brustbein zusammenhalten, und ich bin diese festgenähte Dauerinjektionsstelle unter meinem Schlüsselbein. [...] Ich werde ein menschenähnliches Wesen aus Science Fiction oder ein lebendig Toter, wie es mein jüngster Sohn sagt» [Nancy, 2000, p. 42f.].

Mit dem objektbeziehungstheoretischen Begriff «Intrusion» wird die Erfahrung umschrieben, dass Feindliches, Fremdes oder Zerstörerisches vom Ich Besitz ergreift, z.B. im seelischen Prozess der Traumatisierung, die sich durch intrusive Bilder manifestieren kann. Die in diesem Beitrag dargestellten Entfremdungserlebnisse erweisen sich als schwer verbalisierbar. Durchgängig ist die Ambivalenz von Eigen und Fremd und die Bedeutung des Herzens als eines interpersonalen und intrapsychischen Repräsentationsorgans. Der Zombie-Archetyp, aus westafrikanischen und nordamerikanischen Mythen ebenso bekannt wie aus zeitgenössischen Horrorfilmen, drückt das unheimliche Erleben der Wiederbe-seelung aus: Eine übernatürlich erlebte fremde Kraft dringt in den Toten ein und macht ihn lebendig.

Aus dem hier dargestellten klinischen Material, v.a. aus Elmars psychodramatischer Zwiesprache mit seinen beiden Herzen, wird deutlich, dass die psychische Bewältigung der Transplantation keineswegs in einer statischen, individuellen Anpassung an fremdes Gewebe besteht, sondern in einem komplexen Interaktionsgeschehen. Von besonderer Bedeutung ist die Beziehung zur Ehefrau [Konstam et al., 1998], die vor dem Hintergrund archetypischer Schuld- und Ursprungszusammenhänge zu sehen ist, v.a. der Bipolarität der Grossen Mutter, von der Leben *und* Tod ausgehen. In diesem Zusammenhang sind die sehr negativen Affiliationswerte im INTREX-Profil «Patient zu Ehefrau – schlechteste Zeiten» bemerkenswert (s. Abb. 2; Tab. 1). Diese archetypischen Zusammenhänge bilden ein seelisches Fundament auch des mechanistischen, am Harvey-Herzen orientierten Denkens, was für Elmar, der technisch-handwerklich zu denken gewohnt ist, in besonderer Weise zutrifft (im SASB-Modell besonders das Cluster 1-5 «kontrollieren, anordnen, steuern, überwachen» und die Beziehungen zum vergegenständlichten Körper). Die Verschmelzung der Repräsentation des Transplantats mit belebten oder unbelebten Objekten («Maschine», «Elektromotor» usw.) ist eine Phase des Internalisierungsprozesses und ähnelt der frühen Entwicklung des Selbstsystems [Muslin, 1972]. Schliesslich finden die transitiven oder intransitiven Beziehungserfahrungen ihren intrapsychischen Niederschlag in der Selbstbewertung des Patienten, im Introjekt (Fokus III des SASB-Modells,

in unserem klinischen Beispiel nicht immer klar von der Beziehung zum Herzen unterscheidbar). Aus dem vorliegenden Material wird deutlich, dass einerseits Selbstbewertung aus internalisierten Fremdbewertungen entsteht und andererseits die Differenz zwischen Fremd- und Selbstbewertung eine Unterscheidung zwischen Eigen und Fremd und die Verdoppelung des Herzens (s.o.: «cor duplex») ermöglicht. So kann auch das transplantierte *fremde* neue Herz nach der Trennung vom *eigenen* alten Herzen als fremdgewordenes Organ nicht nur als an Stelle des eigenen, sondern *als eigenes* Herz phantasiert werden.

Dieser mit beiden Herzen erlebte Prozess von Abschied und neuer Bindung beginnt nicht erst nach der Operation, sondern von dem Zeitpunkt an, als Elmar die Trennung vom alten, im Mutterleib entstandenen Herzen zu phantasieren beginnt. Der psychodramatische Rollentausch mit dem alten Herzen zeigt, dass dieses die Operations- und Trennungsphantasie als «Verrat» auffasst. Elmar «entschuldigt» seine «Hinterhältigkeit» mit der Angst, seinerseits durch ein Herzversagen im Stich gelassen zu werden. «Es hätte den Geist aufgeben können!», formuliert er. Im Nachhinein wird deutlich, welchen somatischen und psychischen Belastungen der Patient während der Wartezeit [vgl. Zipfel et al., 1998] ausgesetzt war und wie er diese bewältigte.

Das Herz scheint Träger einer archetypischen Mutterbeziehung zu sein – in Pedro Almodovars Film «Todo sobre mi madre/Alles über meine Mutter» ebenso wie für Elmar. Seine Zwiesprache mit dem alten Herzen und seine scheue Kontaktaufnahme zum neuen erinnern an Arno, einen Patienten von Beckmann und Richter [1969, p. 124], der sich selbst – dies freilich im Gegensatz zu Elmar! – mit der Begründung schont: *Mein Herz könnte es mir übelnehmen*. «Der Therapeut deutet ihm, dass ihm das Herz offenbar jetzt das übelnehme, was ihm früher die Mutter verboten habe (...). Bemerkenswert die Projektion der Mutter ins Herz.»

Die Auseinandersetzung mit dem neuen Zustand nach der Transplantation, nach einem neuen «Zusammenhalt» in zeitlicher, leiblicher, lebensgeschichtlicher Hinsicht, vollzieht sich auf mehreren Bühnen: Nach *Innen* ist es die Zwiesprache mit dem alten Herzen, um es zu verabschieden. Die psychodramatische Arbeit greift diesen schambesetzten Organdialog auf, für den es zahlreiche (kollektive) Vorbilder im alten Ägypten, in der Bibel und in der neueren Dichtung gibt. Es ist ein innerer Monolog und Dialog, um Schuldgefühle zu erleben, vielleicht abzutauern, die 40 Lebensjahre gelten, wohl auch dem von der Mutter empfangenen Leben. Dass es seelisch um einen Vorgang der Introjektion geht, wird aus der Zirkusszene deutlich. Die Introjekte sind tiergestaltig, dies deutet auf deren archetypischen, mit dem kollektiven Unbewussten verbundenen Charakter hin. Von innen her durch die Introjekte aufgefressen zu werden, ist eine archaische Angst vor dem Fremden, vielleicht auch vor dem Tabubruch (Nackttanzen und innerer Ziegenbock als unbewusste, triebhafte Seite der rigiden Mutter). Aus archetypischer Perspektive trägt der verjagte und umherschweifende Ziegenbock

abgespaltene aggressive Sexual- und Abhängigkeitsbedürfnisse in die Wüste [Perera, 1987; Frick, 1996]. In Elmars Erleben geschieht eine Umkehrung des biblischen Sündenbockritus: Der Ziegenbock wird nicht (vom Schatten beladen) in die Wüste projiziert, sondern introjiziert; vielleicht als archaische Busse dafür, dass mit dem alten Herzen auch die Mutter explantiert worden ist. Zugleich erlebt der Patient die Befreiung von einer krankheitsbedingten *Sonderposition* in der Familie.

Im *Aussen* sind es die Szenen des Kampfes, des Ringens um das Überleben, um den Sieg. Aus archetypischer Sicht gleicht dies dem Heldenkampf des Ichs gegen den mütterlichen Ur-Drachen. Es geht also um die Individuation, um das eigene Leben, um die Befreiung von parasitären Komplex-Inhalten. Dies beinhaltet auf das alte Herz projizierte Trennungsschuld, die sich auch in dem Misstrauen gegenüber dem neuen, mit der Präzision eines Elektromotors funktionierenden Herzens zeigt. Der zwischen beiden bestehende «interkardiale» Konflikt, gewissermassen eine Triangulierung, inszeniert die schmerzhafteste, «brutale» Individuation, durch die neue Lebenschance reaktualisierte Autonomiewünsche.

All dies inszeniert sich in inneren Bildern, die der Patient zunächst «Traum» nennt und die eine Realitätssuche ausdrücken, ein Ringen um Ich-Kohäsion, um seelisch nachzuvollziehen, was chirurgisch «brutal» geschehen ist. Magisches Denken erscheint uns mythisch, primärprozesshaft. Unser wissenschaftliches Denken hat keine Organe, um diese «Logik des Herzens» zu verstehen. Psychotherapeutisches Containing muss jedoch einen Raum bereitstellen, eine Bühne, auf der sich Primärprozesshaftes abbilden kann, auch über die Rationalisierungen des Patienten hinaus.

Die archetypische Idee des Harvey-Herzens stellt Ärzten und Patienten seelische Anpassungsformen bereit, um mit dem Transplantationsprozess [Bunzel, 1993] umzugehen. Die Transplantation bedeutet Verlust *und* Gewinn; sie führt zu einer Erweiterung des Körperschemas. Castelnovo-Tedesco [1973, 1978] vergleicht die Bildung neuer Introjekte durch die psychoanalytische Behandlung mit dieser Form von *additiver* Chirurgie. Das Herz werde keineswegs nur mechanistisch als *just a pump* wahrgenommen, sondern als «a bit of reality that has been anthropomorphized, as a symbolic representative of another human being. Thus some male patients receiving a woman's heart feel that they now have a woman inside, that they are becoming feminized». Castelnovo-Tedesco [1973] psychodynamische Hypothese eines «paranoid dread and panic arising from the presence within of an object which now has become a dangerous persecutor» wirft auch Licht auf Elmars Phantasie, nunmehr das Herz einer Frau in sich zu tragen. Sowohl die mechanistische Orientierung am Harvey-Herzen als auch die Projektion «brutaler», ursprünglich gegen die Mutter gerichteter Tendenzen auf die verfolgende Motorradgang und sadistische Ärzte können als Abwehr gegen diese Feminisierungsangst aufgefasst werden.

Nach einer Felduntersuchung Sanners [1998] ist die Bereitschaft, fremde Organe im eigenen Leib zu akzeptieren, um so grösser, je weniger dieses Organ fremde Personalität symbolisiert (was am ausgeprägtesten beim Herzen der Fall ist). Unter präventiven Gesichtspunkten kann die psychodramatische Gestaltung bildlicher Repräsentationen der eigenen Leibsphäre dazu beitragen, Störungen wie Fragmentierung, Verleugnung des Transplantats, Behandlung als Fremdkörper [Basch, 1973] vorzubeugen, die mit seelischer «Abstossung» und Vernachlässigung der begleitenden Medikation (Immunsuppressiva, Kortikoide o.ä.) einhergehen. Über Veränderungen des Körperschemas durch operative Eingriffe an inneren Organen oder deren Entfernung ist noch wenig bekannt. Viederman [1974] betont, dass es ein inneres Körperschema in Analogie zur Körperoberfläche und zu den Leibesöffnungen streng genommen nicht gibt, wohl aber Phantasien, die wir – etwa mit psychodramatischen Mitteln – bearbeiten können. Seelischen *Abwehrmechanismen*, die oft als Ausdruck von Pathologie oder der Blockade eines Entwicklungsprozesses empfunden werden, kommt gerade im Zusammenhang des Transplantationsgeschehens ein *protektiver* Charakter zu, z.B. in der Gestalt des Nicht-wahrnehmen-Wollens, des Nicht-genau-wissen-Wollens, der Verleugnung [Mai, 1986]. Möglicherweise mobilisieren auch die unbewussten Schuldgefühle gegenüber der Spenderin/dem Spender den frühen Separations-Individuations-Prozess und damit archaische, mit dem Mutterkomplex verbundene Abwehrmechanismen [vgl. Brosig und Woidera, 1986].

Zusammenfassung

Harveys moderne Einsicht in die archetypische Idee des Herzens als des Zentrums des Blutkreislaufs macht aus dem Herzen eine Maschine. Diese wird zu einem von jeder beliebigen Brust in eine andere austauschbaren Ersatzteil. Anhand der Fallgeschichte eines 41-jährigen Technikers, 2 Jahre nach der Transplantation, möchten wir zeigen: Herzchirurgie und deren archetypischer Grund schliessen keineswegs eine personifizierende und symbolhafte Sicht aus, weder des «alten» noch des «neuen» Herzens. Intrapersonale und therapeutische Aspekte des «interkardialen» Konfliktes werden diskutiert.

'My Heart Has Never Abandoned Me!' – Images and Imagination in the Process of Incorporation of a Transplanted Heart

Harvey's modern insight into the archetypal idea of the heart as the centre of blood motion transforms the heart into a machine which becomes a spare part interchangeable from any chest to any other [Hillman]. As we try to show in the case of Elmar, a 41-year-old technician 2 years after his transplantation, the possibilities of cardiac surgery and its archetypal foundations do not exclude a personalized and symbolic vision of both the 'old' heart and the 'new' one. Intrapersonal and therapeutic issues of this 'inter-cardiac conflict' are discussed.

Dank

Wir danken «Elmar» für die freundliche Zustimmung zur Publikation und Frank Beyersdörfer, MA, für die engagierte Unterstützung bei der Transkription.

Literatur

- Barsky AJ, Ahern DK, Brener J, Surman OS, Ring C: Palpitations and cardiac awareness after heart transplantation. *Psychosom Med* 1998;60:557–562.
- Basch SH: The intrapsychic integration of a new organ. *Psychoanal Q* 1973;42:364–384.
- Beckmann D, Richter HE: *Herzneurose*. Stuttgart, Thieme, 1969.
- Brosig B, Woidera R: «Wir drei müssen zusammenhalten.» Psychoanalytische Überlegungen zum Erleben nach einer Herz-Lungen-Transplantation. Eine hermeneutische Textrekonstruktion. *Psyche* 1986;47:1063–1079.
- Bunzel B: *Herztransplantation. Psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität*. Stuttgart, Thieme, 1993.
- Castelnuovo-Tedesco P: Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanal Q* 1973;42:349–363.
- Castelnuovo-Tedesco P: Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts. Certain analogies to events during psychoanalytic treatment. *Psychoanal Q* 1978;47:381–397.
- Crombez JC, Lefebvre P: The behavioural responses of renal transplant patients as seen through their fantasy life. *Can Psychiatr Assoc J* 1972;17(suppl 2):19.
- Emrich HM: «Abschiedliches Leben» und die Apriorizität archetypischer Bilder; in Frick E, Huber R (Hrsg): *Die Weise von Liebe und Tod. Psychoanalytische Betrachtungen zu Kreativität, Bindung und Abschied*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998, pp 169–183.
- Frick E: *Durch Verwundung heilen. Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996.
- Fuchs T: *Harvey und Descartes – der vitale und der mechanische Aspekt des Kreislaufs*; Dissertation Universität München, 1990.
- Giegerich W: Die Erlösung aus dem Strom des Geschehens. *Gorgo* 1985;9:35–55.
- Harvey W: *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus Guilielmi Harvei*. Frankfurt a.M., Angli Facs, 1628.
- Hillman J: The thought of the heart. *Eranos* 1979;48:133–182.
- Klapheke MM: The role of the psychiatrist in organ transplantation. *Bull Menninger Clin* 1999;63:13–39.
- Konstam V, Surman O, Hizzazi KH, Fierstein J, Konstam M, Turbett A, Dec G, Keck S, Mudge G, Flavell C, McCormack M, Hurley L: Marital adjustment in heart transplantation patients and their spouses: A longitudinal perspective. *Am J Fam Ther* 1998;26:147–158.
- Löllgen H: Chronotrope Inkompetenz. *Dtsch Arztebl* 1999;96:A2089–A2092.
- Mai FM: Graft and donor denial in heart transplant recipients. *Am J Psychiatry* 1986;143:1159–1161.
- Meyendorf R: Hirnembolie und Psychose. Unter besonderer Berücksichtigung der Basalganglienapoplexie bei Herzoperationen mit extrakorporaler Zirkulation. *J Neurol* 1976;213:163–177.
- Muslin HL: The emotional response to the kidney transplant: The process of internalization. *Can Psychiatr Assoc J* 1972;17(suppl 2):3–11.
- Nancy JL: *L'intrus*. Paris, Galilée, 2000.
- Oducu F: *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998.
- Perera SB: *Der Sündenbock-Komplex: Die Erlösung von Schuld und Schatten. Zur Psychologie eines dunklen Archetypus*. Interlaken, Ansata-Verlag, 1987.
- Salmon P, Mikhail G, Stanford SC, Zielinsk S, Pepper JR: Psychological adjustment after cardiac transplantation. *J Psychosom Res* 1998;45:449–458.
- Sanner MA: Giving and taking – to whom and from whom? People's attitudes toward transplantation of organs and tissue from different sources. *Clin Transplant* 1998;12:530–537.

- Stapenhorst K: Unliebsame Betrachtungen zur Transplantationsmedizin. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1999.
- Storkebaum S: Jetzt ist's ein Stück von mir! Alles über Organtransplantationen. München, Kösel, 1997.
- Tress W (Hrsg): Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB. Heidelberg, Asanger, 1993.
- Tress W, Henry WP, Strupp HH, Reister G, Junkert B: Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur «funktionellen Histologie» des psychotherapeutischen Prozesses. Z Psychosom Med Psychoanal 1990;36:240–257.
- Viederman M: The search for meaning in renal transplantation. Psychiatry 1974;37:283–290.
- Walker AM, Harris G, Baker A, Kelly D, Houghton J: Post-traumatic stress responses following liver transplantation in older children. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:363–374.
- Zipfel S, Lowe B, Paschke T, Immel B, Lange R, Zimmermann R, Herzog W, Bergmann G: Psychological distress in patients awaiting heart transplantation. J Psychosom Res 1998;45:465–470.

Anhang

P = Patient; T = Therapeut.

Transkript 1: «Krieg»

- P: Ja, also das ist wieder, wenn wir wieder mal da rein gehn. Da ist wieder die Gruppe, gegen die wir mal gekämpft haben.
- T: Mhm.
- P: Aber nicht die erste, sondern die, wo nachher gekommen ist.
- T: Mhm.
- P: Wie ich ja gesagt habe, wir haben da gegen die Ärzte gekämpft, die den Streit angefangen haben, wir wollten bloss Ruhe schaffen, damit die aufhören. Und da hat halt ein riesen Krieg angefangen, und das ganze Haus ist zerstört worden. Und das hat natürlich, durch dass das im Radio publik gemacht worden ist und in den Zeitungen, hat das natürlich andere – [Atmen] Randalierer, oder wie man das sagt, angezogen.
- T: Mhm.
- P: Und dann wollten die uns sozusagen fertig machen, damit sie die Grössten sind usw.
- T: Mhm.
- P: Und wie gesagt. Die eine Gruppe die haben wir dann niedergemacht, die Motorradgang.
- T: Ehm.
- P: ... Und dann sind die verschwunden.

Der erpresserische Professor tritt auf

Und da ist dann auch wieder von dem Professor, also das fängt so an, dass sie, der mich wieder erpresst hat, wieder gefoltert hat.

- T: Mhm.
- P: Und wir ha'm wieder eine Reise gemacht.
- T: Mhm.
- P: Und das war diesmal nicht mit dem Zug, sondern mit dem Ballon.
- T: Mhm.
- P: Aber das war so so ein komischer Ballon, das war halt wie so Art Heissluftballon, aber da drunter war so ein riesiges, wie ein Floss.

- T: Mhm.
- P: Aber das hat nun ja vielleicht die Grösse von einem, fast von einem halben Fussballfeld gehabt.
- T: Mhm.
- P: Und da hat unwahrscheinlich viel darauf gepasst.
- T: Mhm, Mhm.
- P: Uuuund, da sind wir dann ... geflogen, genau, auch wieder Richtung Freiburg. Und wie gesagt, zuerst hat man mich halt erpresst, und das Ganze, und da mit Kinder.
- T: Mit Kindern?
- P: Ja, mit meinen Kindern.
- T: Mhm.
- P: Der hat gemerkt, dass ich auf meine Kinder so reagier' usw., dass ich die wahnsinnig gern hab', und meine Frau hat in meiner Phantasie ein Kind verloren.

Familiengeschichtliches

Und genau, meine Mutter auch, da war die auch, haben sie auch umgebracht. Das Verblüffende war ... Mein Vater ist im Krieg dahin gekommen ...

- T: Mhm.
- P: ... Der hat da gelebt. Das war das Verwirrende an der ganzen Geschichte. Der hat da gelebt. Er ist aber, in Wirklichkeit ist er tot. Meine Mutter lebt, aber die war tot.
- T: Mhm.
- P: Und da ha'm die mir denn, da hab ich gesagt, das kann nicht sein, das waren die nicht, das war irgendwas anders, da ha'm die mir nochmal Ultraschallbilder vorgeführt.
- T: Wer?
- P: Der Professor, die Ärzte, um das Ding rum. Dass ich weiter mach, usw., dass ich überhaupt, bis die wieder zurückkommen, weil die jungen Leut', die haben gesagt, kommen wieder zurück.
- T: Die Motorradgang?
- P: Ja. Und da hat die mir Röntgenbilder gezeigt, oder Filme gezeigt, die Filme, wie die die Leute in eine grosse Halle, vielleicht Circus Krone Bau, so ein runder Bau gewesen, da haben die sie reingetrieben, und da mussten sie rein und dann mussten sie wie bei den alten Römern Ringkämpfe machen, und alles mögliche, hm [Ausatmen] und das ist dann so weit gegangen, dass das der Boss, sozusagen, also der in der Mitte hat eine Operation gemacht.
- T: Mhm.
- P: Und hat die, hat z.B. meiner Frau den Bauch aufgeschnitten und hat einen Hund reingesetzt.
- T: Mhmm.
- P: Und hat wieder zugenäht.
- T: Mhm.
- P: Und jedes mal, wenn die Frauen rumgelaufen sind; der, der Hund ist ja unten im Darm gesessen.
- T: Mhm.
- P: Dann hat sozusagen immer die Gebärmutter gegen seinen Kopf geschlagen. Oder die Därme oder die Nieren usw. Und der Hund ist dann da drin verrückt geworden, und hat dann auch gebissen und hat sozusagen die Leute von innen aufgefrassen.

- T: Hm.
P: Also das war, die Bilder, die waren brutal. Meine Mutter ist dann auch drin vorgekommen.
T: Was ist drin vorgekommen?
P: Meine Mutter ist auch da drin vorgekommen.
T: Ja.
P: Also die ist auch, die musste auch zuerst nackt tanzen, und dann ist sie auch operiert worden und haben da auch einen Hund reingesetzt oder z.B. einen Ziegenbock.
T: Mhm.
P: Und der hat dann gegen die Eingeweide geboxt usw.
T: Ehm.
P: Das war natürlich schmerzhaft usw. das ist ja klar.
T: Mhm.
P: Alles Mögliche, der hat alles möglich ausprobiert, also richtig experimentiert.
T: Ehm.
P: Das hast du halt immer gesehen, die Bewegungen usw. hat man so richtig im Ultraschall gesehen.
T: Ja.
P: Wie ich mir im nachhinein denke, wahrscheinlich haben die mich geschallt. Es sieht eigentlich jetzt so aus, wie das Herz mit den Klappen, auch so komisch.

Transkript 2: «Begegnung mit dem neuen Herzen»

[Pat. spricht zunehmend in alemannischer Dialektfärbung, Transkription in Schriftdeutsch]

- T: Mhm. Ich leg' da jetzt mal das Kissen hin.
P: Ehm.
T: Das vertritt das neue. Und, ähm, damit Sie da rein kommen. Es ist ein bisschen ungewohnt für Sie, die Situation, möcht' ich Sie bitten, dass Sie sich mal dort hinsetzen, wo das Herz ist. Und mal so sprechen, wie das Herz zu Ihnen spricht, das neue Herz. Und einfach ein, zwei Sätze sagen. Mhm. Setzen Sie sich mal dahin.
P: Da hin ...
T: Ja. Und das Herz ist jetzt hier auf der Seite. Sie haben jetzt mit dem Herz getauscht.
P: Ach so ...
T: Und ...
P: ... Jetzt bin ich sozusagen das Herz ...
T: ... Genau, und ...
[Therapeut interviewt den Patienten in der Rolle des neuen Herzens] ... Was sagst du denn?
P: [Pause, dann ganz leise:] Ich weiss nicht. Funktionier' gut.
T: Funktionierst gut. Hm. Ich hab gehört, du machst so Geräusche wie ein Elektromotor. So ganz leise. Kaum merklich ...
P: Ich schlag' normal.
T: Ja. Tust deine Pflicht.
P: Ja.
T: Mhm.
P: Ich schlag' wie immer.

- T: Mhm. Und nur wenn's ganz, ähm, wenn's ganz aufgereggt wird, äh, dann, ähm, fängst du an fester zu schlagen, wenn der Elmar z.B. schnell die Treppen hoch läuft – sich körperlich verausgabt – dann spürt er dich mehr.
- P: [Hauchen.] Das, das, das Herz ist zu anonym. [P «fällt aus der Rolle», spricht vom Herzen in der 3. Person; deshalb: T doppelt P in der Rolle des Herzens.]
- T: Sag, sagen Sie: Ich bin ... versuchen Sie's mal. + Ich bin.
- P: Ich bin + ... Ich funktionier gut.
- T: Mhm. Ich funktionier gut. O.k. + Jetzt ...
- P: Aber mehr + fällt mir dazu nicht ein.
- T: O.k. Jetzt tauschen wir wieder. Kommen Sie.
[P verlässt die Rolle des neuen Herzens]
- T: Das haben sie jetzt gehört. Hören Sie noch mal das Echo, was das Herz sagt: «Ich funktionier gut. Ich schlag' ganz leise.»
- P: Mhm.
- T: Ja? Und vielleicht mögen Sie dem Herz was sagen. Lassen Sie sich einen Moment Zeit. Wieder + Sie sind jetzt wieder Sie selber.
- P: +Wie fühlst du, wie fühlst du dich da drin? Wie fühlst du dich da drin? Wie gefällt es dir da drin?
- T: [leise] Mhm.
- P: Bist du mehr gefordert, weniger gefordert. Hast du alles, was du brauchst?
- T: Mhm.
[T wechselt in die Doppel-Position]
Ich stell mich mal neben Sie, um mal was zu sagen.
Wie fühlst dich denn in *mir*? Wie geht's denn in *mir*?
- P: – Das Herz?
- T: Mhm. Ich frag mit Ihnen zusammen. Wie...
- P: Ach so.
- T: ... Wie fühlst dich in *mir*?
- P: Ja. Mhm.
- T: ? ///
- P: Jetzt bin ich ja wieder ich.
[T dem P gegenüber]
- T: Jetzt sind Sie wieder Sie.
- P: Ja eben. Da hakt was in mir. Gefühl, wie's...
- T: Mhm.
- P: Wie's dir da drin gefällt?
- T: Ja. Das war jetzt die Frage.
- P: Das war jetzt die Frage.
- T: O.K. Tauschen Sie noch mal, tauschen Sie noch mal. Und jetzt lassen Sie sich einen kleinen Moment Zeit.
[P in der Rolle des neuen Herzens]
- T: Sie sind jetzt wieder Ihr Herz. Ja. Ihr jetziges neues Herz – und hören Sie mal. Ich kann's nochmal, nochmal wiederholen. Was der Elmar gefragt hat //// Wie fühlst dich denn jetzt da drin? Besser oder schlechter? Wie gefällt's dir? //// —
- P: — Ja — //// —

T: Mhm. Ist das vielleicht so? Ähm.
[T als Doppel hinter P in der Herzrolle]
Ich schlag einfach. Ich funktionier. Ich tu meine Pflicht + Ich schlag'. – Mehr kann ich nicht sagen. Ich schlag'.
P: Ja sicher. Schlag' nur. Ja. Schlag nur. Ja + /
T: Mhm.
P: –
T: Magst du den Elmar ...?
P: Das Ganze ist für mich noch zu rational. Das Ganze ist nur mechanisch für mich.

Transkript 3: «Begegnung mit dem alten Herzen»

T: Äh. Ich möchte bitten, damit Sie da rein kommen, in die Übung, dass Sie erst mal mit Ihrem alten Herzen tauschen.
P: Mhm.
T: Ja? Sich da mal hinsetzen. Lassen Sie sich einen kleinen Moment Zeit. Sie sind jetzt Ihr altes Herz: das Herz vom Elmar.
P: Mhm.
T: Mhm!
P: Was das alte Herz jetzt was sagt, oder wie?
[Interview mit Pat. in der Rolle des Herzens]
T: Mhm. Magst du, magst du was sagen?
P: Ja.
T: Ehm.
P: Hasch, Hast du mich jetzt doch aufgegeben.
T: Hm.
P: Hättest noch ein bisschen gewartet. Ich wär bestimmt noch einmal geworden.
T: Hm.
P: Hättest mir noch ein bisschen Zeit gegeben. Aber vielleicht ist es für dich auch besser so.
T: Mhm.
P: Mh, mh – dass es ein grausamer Abschied war.
T: Mhm.
P: Dass es so abrupt gekommen ist, so hinterlistig.
T: Mhm.
P: ----//
T: Mhm.
P: Hast mir keine Chance gegeben.
Ich weiss zwar, dass das (mit mir) schwer war. Aber / Ich hab mir halt Mühe gegeben usw. ----- Ja und dann /////. / ist es das Beste, dass du das gemacht hast. Familie, Kinder, dass es denen gut geht, braucht viel Kraft.
T: Mhm. Ja.
[P verlässt die Rolle des alten Herzens]
Tauschen Sie bitte mal zurück. Lassen Sie sich einen Moment Zeit. Setzen Sie sich da wieder in den Stuhl. – Lassen Sie das noch mal so wie so ein Echo an sich heran. Was das alte Herz so sagt. Über den – brutalen Abschied. Und dass es nicht genug Zeit vielleicht gehabt hat. Aber dass es vielleicht auch besser ist. – Und wenn Sie wollen ... +
P: + Ja.

- T: ... Können Sie, können Sie auch dem alten Herzen was sagen.
[P geht auf den Stuhl zu, der das alte Herz repräsentiert]
- P: Äh. + Ich hab ja keine Alternative mehr gehabt. Es ist ja schon fast. ... Die, die Zeit wo ich darauf gewartet habe ist so lang gegangen. Hätt ich dir früher was gesagt, dann hättest du vielleicht vorher schon aufgehört.
- T: Mhm.
- P: Wärest vorher schon beleidigt gewesen. Und hättest überhaupt nicht so lange durchgehalten. Und – es wär sowieso nicht mehr gegangen. Wir haben es ja so lange probiert, und es ist zwar wieder ein bisschen besser gegangen, aber wir konnten nicht mehr ganz, ja, wir konnten nichts mehr machen usw. Über ein Jahr haben wir ja fast nichts mehr gemacht. Ich *muss* einfach. Entweder bin ich gar nicht mehr da oder muss einigermaßen fit sein, es hat doch keinen Sinn, dass ich ans Sterben denk oder so. Also auf meinen Tod warte sozusagen (...) Das bringt's nicht, das kann ich nicht mehr.
[T als Doppel des P]
- T: Weisst, wir haben uns trennen müssen. Es ging nicht anders. Es *war* notwendig.
- P: Ja, klar.
- T: Wenn's auch schwer war.
- P: Mhm.
- T: Ja.
[wieder dem P gegenüber]
- P: Dass es halt so schnell gegangen ist. Ich habe auch gedacht, dass wir hinterher, dass ich hinterher noch mal schauen kann, aber...
- T: Mhm.
- P: Ja.
- T: Ähm. Das wär' so ungefähr, was Sie dem Herz sagen wollen?
- P: Ja.