
FORSCHUNGSBERICHT

Paartherapeutisches Vorgehen in der Rehabilitation von Koronar-Patienten

Stefan Priebe

Ulrich Sinning

ZUSAMMENFASSUNG. Angeregt durch die Konzepte systemisch orientierter Paartherapien erproben wir bei der ambulanten Rehabilitation von Koronar-Patienten ein Modell einer paartherapeutischen Intervention. Dadurch sollen vorwiegend Verhaltensänderungen zur Verminderung von Risikofaktoren und eine bessere Anpassung an die durch die Erkrankung veränderte Lebenssituation ermöglicht werden. Dem Patienten und seinem Partner wird eine Beratung von 2 - 5 Sitzungen angeboten, die vom zuständigen Kardiologen und einem Psychologen durchgeführt wird. Neben Informationen über Risikofaktoren und Perspektiven wird den Paaren vor allem ein Vertrauen in ihre gemeinsamen Bewältigungsfähigkeiten vermittelt. Diese Fähigkeiten versuchen wir zu stärken und zur Verhaltensmodifikation im Rehabilitationsprozess zu nutzen. Über im wesentlichen positive Erfahrungen wird berichtet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Paartherapie; Kurztherapie; ambulante Rehabilitation; coronare Herzerkrankung.

ABSTRACT. Conceptions of systemic couple therapies led us to establish a model of a therapeutic intervention with couples within an outpatient rehabilitation program following an acute coronary heart disease. This intervention aims at changing patterns of behaviour in order to diminish risk factors and to allow couples a better adaptation to the new situation as caused by the disease. A consultation of 2 - 5 sessions is offered to patient and spouse and is carried out by a cardiologist and a psychologist. Couples are given information about risk factors and perspectives, and their joint coping abilities are emphasized. We try to reinforce these abilities and to utilize them for the rehabilitation process. Mainly positive experiences are reported.

KEY-WORDS: Brief couple therapy; outpatient rehabilitation; coronary heart disease.

1 EINLEITUNG

Die Rehabilitation nach einer akuten koronaren Herzerkrankung

muß zunächst anstreben, ein Rezidiv der Erkrankung beim Patienten zu verhindern, seine Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und seine generelle gesundheitliche Verfassung zu verbessern. Im weiteren geht es aber auch darum, den seelischen Leidensdruck des Patienten und auch seiner Angehörigen zu vermindern, ihnen eine adäquate Anpassung an die neue Situation zu ermöglichen und die für das soziale Gemeinwesen entstehenden Kosten gering zu halten. Genauso vielschichtig wie die Ziele einer Rehabilitation sind auch die Ebenen, auf denen therapeutische Interventionen möglich sind. Eine Gefäß-Operation am Herzen, ein blutdrucksenkendes Medikament, ein Kurs zur Raucher-Entwöhnung oder ein betriebliches Wiedereingliederungsprogramm mit individuell angepaßter Arbeitsbelastung sind Maßnahmen, die primär ganz unterschiedliche Ansatzpunkte haben. Indirekt hat aber jede dieser Maßnahmen - sofern von ihr überhaupt ein Effekt ausgeht - zumindest in der Theorie Auswirkungen auf allen Ebenen des Rehabilitationsprozesses.

Wenn wir nun glauben, daß eine Intervention, die sich an den Patienten und seinen Partner gemeinsam richtet, innerhalb der Rehabilitation besonders effektiv sein kann, so ist das eine Hypothese, die in einer kontrollierten Studie, die wir zur Zeit durchführen, überprüft werden muß. Andererseits gewinnt diese Vermutung aber eine gewisse Plausibilität aus den vielfältigen familien- und paarterapeutischen Erfahrungen, die vorwiegend in den letzten 20 Jahren bei verschiedenen Störungen gesammelt und in der äußerst umfangreichen diesbezüglichen Literatur beschrieben wurden und die uns zur Konzeption unseres Interventionsmodells angeregt haben.

Wesentlicher Ausgangspunkt für die familientherapeutische Entwicklung war die Anwendung systemtheoretischer Gedanken auf die Analyse psychischer Störungen und auf die Gestaltung psychotherapeutischer Interventionen (Ludewig, Schwarz & Kowark, 1984; Simon, 1985). Diesem Ansatz zufolge sind psychische Symptome aufzufassen als passend zu dem System, in dem sie auftreten, d. h. zumeist als passend zu den Kommunikationsmustern und Strukturen innerhalb der Familie des Patienten. Demzufolge gilt es, solche Kommunikationsmuster in einer Therapie der ganzen Familie zu

beeinflussen. Andererseits führten systemtheoretische Überlegungen aber auch zu der Vorstellung, daß sehr begrenzte Interventionen doch grundlegende und dauerhafte Veränderungen nach sich ziehen können (de Shazer, 1985; Watzlawick, 1974). Die Therapien sind deshalb kurz; man begnügt sich häufig mit weniger als 10 Sitzungen. Von besonderem Interesse für unsere Überlegungen war der vorrangig an der Philadelphia-Child-Guidance-Clinic entwickelte und mit den Namen S. Minuchin und J. Haley verbundene sogenannte strukturelle Ansatz (Haley, 1976; Minuchin, 1974). Im wesentlichen wird dabei versucht, die Organisation in einer Familie mit den unterschiedlich starken Bindungen, den Abgrenzungen und der Verteilung der Entscheidungskompetenzen so zu modifizieren, daß eine bessere Einstellung auf sich wandelnde oder neue Situationen ermöglicht wird. Ist eine Struktur mit hinreichender Anpassungsfähigkeit wiederhergestellt oder gestärkt, so vertraut man im weiteren auf die Problemlösefähigkeit der Familie bzw. des Paares. Strukturelle Familientherapie ist erfolgreich angewandt worden bei psychotischen und psychosomatischen Störungen, aber auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Auf kasuistischer Ebene ist darüber berichtet worden, daß den Familien durch ein solches Vorgehen zu einem angemesseneren und spannungsfreieren Umgehen mit dem Patienten, der Erkrankung und den sich daraus ergebenden Problemen verholfen wurde, auch wenn der Verlauf der Erkrankung selbst nicht beeinflußt werden konnte (Griffith & Griffith, 1987). Die Idee, eine paartherapeutische Intervention in die Rehabilitation zu integrieren, steht auch im Einklang mit jener Forschungsrichtung, die die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Krankheitsbewältigung betont. Diese Forschung betrachtet soziale Beziehungen nicht nur in ihren belastenden und krankheitsauslösenden Aspekten, sondern insbesondere in ihrer stützenden und gesundheitsfördernden Funktion, wobei die Beziehungen des Patienten zu seinem Arzt und vor allem zu seinem Partner in der Regel entscheidend sind (Badura, Kaufhold, Lehmann, Pfaff, Schott & Waltz, 1987).

2 RAHMENBEDINGUNGEN UND ZIELE

Den Rahmen für die Intervention bildet die ambulante Rehabilitation nach einer akuten koronaren Herzerkrankung, die in speziellen kardiologischen Praxen durchgeführt werden kann. Patienten mit

einer akuten koronaren Herzerkrankung werden in der Regel notfallmäßig stationär aufgenommen. Nach dem Aufenthalt im Akut-

krankenhaus und einer kurzen Zwischenphase können sie teilweise eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation beginnen. Die ambulante Rehabilitation wird durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert und entspricht der WHO-Phase IIa mit einer Laufzeit von etwa 6 Wochen. Kernstück ist ein regelmäßiges, kontrolliertes Ausdauer-Belastungstraining in der Praxis.

Wie die Rehabilitation insgesamt, so muß auch eine psychologische Intervention verschiedene Ziele verfolgen. Zum einen ist vorwiegend anhand qualitativer Studien wiederholt darauf hingewiesen worden, daß sich die Partner der Patienten in der oft übernommenen Krankenschwesternrolle überfordert und sich Partner und Patienten im Rehabilitationsstadium von den Medizinern häufig wenig beraten und alleingelassen fühlen (Mayou, Foster & Williamson, 1978; Priebe, Sinning & Küppers, 1989; von Grote-Janz, Schneider & Sprenger, 1987). Diesem Gefühl wollen wir mit unserer Intervention entgegenwirken. Zum anderen sollen den Paaren die erforderlichen Umstellungen in der Lebensführung erleichtert und so eine höhere Lebenszufriedenheit erreicht werden. Negative psychische Auswirkungen wie Depressivität und Angst sollen bei beiden Partnern vermindert werden. Darüber hinaus wird angestrebt, Verhaltensweisen zu verändern, die im Sinne der bekannten Risikofaktoren bei der koronaren Herzerkrankung als gefährdend gelten, wie z. B. Rauchen, falsche Ernährung oder Bewegungsmangel. Und schließlich sollen unterschiedliche Verlaufsparemeter wie Rezidivrate, Schmerzsymptomatik und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit günstig beeinflußt werden. Wenn bisher bezüglich der gesamten ambulanten Rehabilitation eine lebensverlängernde Wirkung nicht nachgewiesen werden konnte, so erwarten wir natürlich nicht, durch eine Einzelmaßnahme innerhalb dieser Rehabilitation bei jedem einzelnen Paar solche hochgesteckten Ziele erreichen zu können. Unser Ehrgeiz wäre bereits befriedigt, wenn wir glaubhafte Erfolge in Teilbereichen erzielen könnten.

3 ÄUSSERER ABLAUF

Systemisch zu denken und vorzugehen heißt nicht nur, daß die Interventionen der jeweiligen Familie oder in unserem Fall dem jeweiligen Paar und seinem Interaktionsmuster anzupassen sind,

sondern es bedeutet vor allem auch, daß das Interventionsmodell zum jeweiligen institutionellen Rahmen passen muß, hier also zu den Bedingungen des medizinischen Versorgungssystems und den konkreten Gegebenheiten einer kardiologischen Praxis. Wir könnten uns eine Betreuung der Paare über 10 Sitzungen, mit einem entsprechend ausgebildeten psychotherapeutischen Team und bei gleichzeitiger Supervision durch eine Einwegscheibe durchaus als vorteilhaft vorstellen. Aber es ist nicht zu sehen, wie ein solcher Aufwand zumindest in der Routine-Versorgung derzeit finanziert werden könnte, und Einwegscheiben sind in Praxen selten vorhanden. Die sorgfältige Gestaltung des Settings ist unseres Erachtens ebenso bedeutsam, wie es die Gesprächsinhalte sind. Wir wollen deshalb auch zuerst die Setting-Faktoren unseres Modells darstellen und dann das inhaltliche Vorgehen beschreiben.

a) Die Intervention wird den Paaren gegenüber als Beratung bezeichnet und als solche angeboten. Wir selbst glauben, daß die theoretische Konzeption und die tatsächlichen Vorgehensweisen über die einer reinen Beratung hinausgehen; die Bezeichnung kommt aber dem Verständnis und den Wünschen von Patienten und Partnern entgegen, die sich gern beraten, aber kaum therapieren lassen möchten.

b) Die Beratung wird ausschließlich für das Paar gemeinsam angeboten. Damit wird von vornherein verdeutlicht, daß die Rehabilitation gemeinsames Bemühen erfordert. Möglicherweise intervenierende andere Familienmitglieder, z. B. erwachsene Kinder, werden bewußt ausgegrenzt. Dem Paar soll vermittelt werden, daß es als angemessener und kompetenter Adressat einer Beratung angesehen wird.

c) Das Angebot der Beratung erfolgt gleich nach dem Beginn der ambulanten Rehabilitation, auch wenn dann aus verschiedenen Gründen noch eine geraume Zeit bis zur ersten Sitzung vergehen kann. Die Paare sollen nicht vermuten, man habe sich durch die Erkenntnis spezieller Probleme bei ihnen zu diesem Angebot entschlossen, sondern daß man sich grundsätzlich auf diesem Wege um eine Optimierung des Rehabilitationserfolges bemühe.

d) Das Angebot wird mitgeteilt und gegebenenfalls erläutert durch den für den Patienten zuständigen Kardiologen und nicht etwa durch eine gesonderte psychologische Institution. Die Beratung

wird dadurch zu einem aus medizinischer Sicht natürlichen Bestandteil der Rehabilitation.

e) Entscheidend aus unserer Sicht ist, daß die Beratung gemeinsam durch den Kardiologen und einen Psychologen durchgeführt wird. Der Arzt kennt natürlich detailliert den bisherigen Verlauf der Erkrankung und die somatischen Befunde und ist in der Lage, darüber genau zu informieren. Er übernimmt zunächst die Leitung der Sitzung und zeigt in dieser Konstellation, daß dem gleichzeitig anwesenden Psychologen auch aus medizinischer Sicht eine ergänzende Kompetenz zukommt. Gleichzeitig wird demonstriert, daß die Beachtung psychologischer Momente bei der Beratung dazugehöre und nicht als bedrohlich wahrgenommen zu werden brauche. Der Psychologe kennt den Patienten vorher nicht und hat auch später außerhalb dieser Beratung keinerlei Kontakt mit ihm. Dadurch sollen einerseits eine drei zu eins Situation in der Sitzung - mit dem Partner des Patienten in der Rolle des alleinstehenden Außenseiters - und andererseits der Eindruck vermieden werden, es gäbe in der Beratung gesonderte Aspekte, die jeweils nur den Patienten individuell oder das Paar gemeinsam beträfen.

f) Ort der Beratung ist das Praxis-Zimmer des Kardiologen, was ebenfalls den Eindruck des Außergewöhnlichen mindert.

g) Angeboten werden maximal 5 Sitzungen. Wir selbst weisen darauf hin, daß wir es für nicht sinnvoll halten, die Beratung auf nur eine einzige Sitzung zu beschränken, sondern zumindest zwei durchführen wollen. Der Abstand zwischen den Sitzungen beträgt mindestens 3 - 4 Wochen, die Dauer einer Sitzung bis zu 40 Minuten. Werden die 5 Sitzungen zunächst nicht genutzt, bleibt es den Paaren freigestellt, im Verlauf der nächsten Monate weitere Sitzungen bis zur fehlenden Anzahl zu vereinbaren. Diese geringe Anzahl von Sitzungen und die Länge der Intervalle entsprechen sowohl den Erfordernissen der Praktikabilität, als auch den oben genannten systemischen Therapievorstellungen.

4 INHALTLICHES VORGEHEN

Ein solches Setting macht nur Sinn, wenn die den Paaren dadurch suggerierten Botschaften den Inhalten, die in den Sitzungen direkt vermittelt werden, entsprechen, und durch diese unterstützt

werden. Das Vorgehen in den Sitzungen variiert sehr, ist aber von folgenden Leitlinien bestimmt:

a) Die Paare sollen eingehend informiert werden, was eine koronare Herzerkrankung ist, welche Risiko-Faktoren bekannt sind und wie die therapeutischen Möglichkeiten aussehen. Es geht dabei weniger um grundsätzliche Ausführungen über die koronare Herzerkrankung selbst als um Erläuterungen der jeweiligen speziellen Problemlage. Das Informationsdefizit bei Patienten und Partnern ist oft erstaunlich und das Bedürfnis, etwa Befunde, Medikation oder Maßnahmen gegen die Risiko-Faktoren erläutert zu bekommen, ist bei einigen Paaren verständlicherweise groß. Wie wichtig es ist, daß diese Informationen an beide Partner vermittelt werden, ist am Beispiel der Ernährung ersichtlich, für die ja meistens die Partnerinnen der Patienten verantwortlich sind. Diesen herkömmlichen Beratungsaspekt betrachten wir keineswegs nur als Ausgangspunkt für ein etwaiges eher psychotherapeutisches Eingreifen, sondern als ganz wesentlichen Bestandteil der ganzen Intervention.

b) Das Umgehen mit der Erkrankung wird durchgehend als eine gemeinsame Aufgabe für beide Partner dargestellt.

c) Wir betrachten die Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten, über die das Paar verfügt, und versuchen dann, diese zu betonen, zu stärken und zu nutzen. So wird primär nicht nach möglicherweise versteckten Problemen gestöbert, sondern es wird ein "noch besseres" Umgehen mit der aktuellen Situation angestrebt, wofür wir in der Rolle der Experten möglicherweise Hilfestellung leisten können. Wir suchen nicht zuerst nach Defiziten, sondern drücken unsere Anerkennung dafür aus, wie die Paare frühere und die jetzige Situation bisher bewältigt haben, eine Anerkennung, die oft nur allzu berechtigt ist.

e) Sind weitergehende Maßnahmen im eigentlich therapeutischen Sinn gefordert, so können diese bei den höchst unterschiedlichen Problemstellungen keiner standardisierten Linie folgen. Im allgemeinen versuchen wir aber auch in einem solchen Fall, Vorgehensweisen zu folgen, die in systemisch orientierten Therapieverfahren entwickelt wurden.

5 ERFAHRUNGEN

Bisher liegen nur wenige kontrollierte Studien über psychologische

Interventionen bei der koronaren Herzerkrankung vor (Frank, Heller & Kornfeld, 1979). Auch aus unserer Studie können wir zur Zeit lediglich über qualitative Erfahrungen von Interventionen bei bisher 20 Paaren berichten. Die endgültige Evaluation unseres Vorgehens anhand von Verlaufsparametern und mittels statistischer Vergleiche mit einer Kontrollgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Bis auf ein inzwischen getrenntes und ein weiteres Paar sind letztlich alle Paare noch während der 6wöchigen Trainingsphase oder in der Zeit danach auf das Angebot eingegangen. Eine zögernde Haltung wurde von den Patienten am ehesten damit begründet, daß sie glaubten, ihren Partnern ein solches Gespräch nicht zumuten zu können. Auffallend war, daß sich die wenigen weiblichen Patienten sichtlich zurückhaltender zeigten, ihre männlichen Partner miteinzubeziehen, als umgekehrt. Die Akzeptanz war - wie im übrigen der Verlauf der Sitzungen auch - unabhängig von der Schwere der somatischen Erkrankung der Patienten.

Unser Interventionsversuch droht bei solchen Paaren zu scheitern, deren Beziehung offensichtliche und schwerwiegende Störungen aufweist. So begegneten uns bisher 3 Paare, bei denen die Partner der Patienten eine Alkohol- bzw. Tranquilizer-Abhängigkeit aufwiesen. Zwei dieser Paare, bei denen die Patienten offen ihre Unzufriedenheit mit der gesamten Ehesituation äußerten, waren die einzigen beiden, die zu einem zweiten Gesprächstermin nicht mehr erschienen. Dieses Versagen erscheint aus der Konzeption unseres Modells heraus verständlich: Das Bemühen, die gemeinsamen Fähigkeiten eines Paares aufzugreifen und zu nutzen, kann schwerlich zum Erfolg führen, wenn die Partner als Paar über solche Fähigkeiten zumindest zur Zeit kaum verfügen. Eine dermaßen begrenzte Intervention kann eine bestehende Beziehungsstruktur zwar stabilisieren und eventuell nach einer durch die Erkrankung bedingten Krise wieder stärken, aber eine solche Struktur eben nicht herstellen.

Die volle Anzahl von 5 Sitzungen wurde bisher noch nicht ein einziges Mal ausgeschöpft, meist reichten sogar 2 Sitzungen aus. So ergibt sich auch für den Arzt ein unter Praxisbedingungen vertretbarer Zeitaufwand pro Patient.

Die Atmosphäre in der 2. Sitzung ist in der Regel wesentlich gelöster als in der ersten. Dieser Unterschied ist wesentlich deutlicher, als wir ihn etwa in Paartherapien bei psychiatrischen Störungen erleben. Und am Ende der Beratung zeigen sich die meisten Paare durchaus dankbar und bringen dies auch offen zum Ausdruck.

Inhaltlich verlaufen die Sitzungen sehr unterschiedlich. Generalisierungen sind kaum möglich. Immerhin steht die Erläuterung der medizinisch-somatischen Daten zumeist am Anfang, psychologische Probleme werden häufig dann erwähnt, wenn über die Reaktion beider Partner bei zuweilen aufkommender Symptomatik gesprochen wird, und verständlicherweise werden Fragen der Prognose und der konkreten Lebensplanung besonders ausführlich erörtert.

Aus der Betrachtung der jeweiligen Risiko-Faktoren des Patienten und seiner gesundheitlichen Situation ergibt sich häufig die Aufgabe, bestimmte Verhaltensweisen möglichst kurzfristig zu ändern; der Patient sollte z. B. sein Gewicht reduzieren oder das Rauchen aufgeben. Gewöhnlich besprechen wir dann mit dem Paar die Wichtigkeit der Veränderung und stellen dann beiden die Frage, ob sie dies allein angehen wollen oder ob wir in der Sitzung das Problem gemeinsam weiter analysieren und zu speziellen Direktiven kommen sollen. Wenn dann die Paare meistens äußerten, sie wollten es zunächst allein versuchen und nur im Falle eines Fehlschlages später unsere Hilfe hierfür in Anspruch nehmen, so war es für uns erstaunlich und außerordentlich eindrucksvoll, wie oft wir bei der nächsten Sitzung feststellen konnten, daß der Patient abgenommen hatte oder nicht mehr rauchte. Wie dauerhaft diese Veränderungen sind, können wir zur Zeit noch nicht genau sagen.

6 FALLDARSTELLUNGEN

Zur Illustration unseres Modells stellen wir 3 kurze Kasuistiken dar; es ist sicher verständlich, wenn wir solche Fälle auswählen, bei denen sich unserem Eindruck nach auch Veränderungen ergeben haben und die Intervention in gewissem Sinne erfolgreich war.

Paar A war seit mehr als 30 Jahren verheiratet und hatte zwei bereits erwachsene Kinder. Der 59jährige Patient, früher Justiz-Beamter, war seit 7 Jahren wegen eines chronischen Ulcus duodeni frühberentet. Er hatte jetzt einen ausgedehnten Hinterwand-Infarkt erlitten, der eine fortbestehende

linksventrikuläre Dysfunktion und eine Belastungs-Koronar-Insuffizienz zur Folge hatte.

Das Paar sprach von sich aus sofort an, was beide am meisten beunruhigte, nämlich daß der Patient schnell gereizt und aufbrausend sei. Dies sei an und für sich zwar nicht problematisch, da sich beide in den langen Ehejahren daran gewöhnt hätten, aber jetzt befürchteten sie, diese Erregung könne zu einem Re-Infarkt führen. Es handele sich dabei um eine naturgegebene und sicher vererbte Reizbarkeit - bereits der Vater habe sich über den Bau der Berliner Mauer so erregt, daß er am 14. August 1961 tot umgefallen sei -, gegen die man eben rein gar nichts tun könne. Sei der Patient erregt, könne man ihn nur in Ruhe lassen und auf ein Abklingen hoffen. Auch er selbst ziehe sich dann zurück, ohne daß dies helfe. So weit berichteten beide Partner einmütig. Auf die Frage jedoch, wie oft es denn zu Erregungszuständen bedrohlichen Ausmaßes käme, meinte er, dies sei einmal im Monat der Fall, sie gab an, es passiere täglich. Um auch angesichts dieses Widerspruchs ein klareres Bild zu gewinnen, baten wir beide, bis zur 2. Sitzung ein genaues Protokoll darüber zu führen, wie oft und in welchen Situationen der Patient so aufbrausend gewesen sei. Überraschenderweise erklärten beide bei der nächsten Sitzung, nur in der ersten Woche habe sich einmal ein Erregungszustand angedeutet. Das Gespräch mit uns und die Aufgabe des Protokolls seien für sie Anlaß gewesen, ausführlich miteinander über das Ereignis zu sprechen. Seither würden sie viel häufiger auch dann miteinander reden, wenn der Patient sich mal über etwas ärgere.

Zudem hatte der Patient, der vorher vergeblich an mehreren Kursen zur Raucher-Entwöhnung teilgenommen hatte, in der ersten Sitzung erklärt, er wolle mit der Hilfe seiner Frau noch einmal versuchen, das Rauchen von sich aus zu reduzieren. Es gelang ihm, das Rauchen vollständig aufzugeben. Bei einer Nachuntersuchung 9 Monate später berichteten beide, der Patient sei bei der Nikotin-Abstinenz geblieben und habe eine größere innere Ruhe gefunden, wenngleich er weiterhin kardiale Beschwerden habe.

Paar B war seit 25 Jahren verheiratet und kinderlos. Der bis zum Akuterereignis als Transportarbeiter tätige 52jährige Patient litt bei einem vorbestehenden chronischen Cor pulmonale und nach dem jetzigen frischen antero-septalen Infarkt unter einer dekompensierten biventrikulären Herzinsuffizienz. Er war ausgesprochen schwer erkrankt mit einer sehr ungünstigen Prognose.

Ausgangspunkt in den Gesprächen war, daß der Patient sich zu Hause durch ständige Fragen seiner Frau, ob er gerade Beschwerden habe, bedrängt und belastet fühlte. In seinem Bemühen, ihr die Sorgen zu nehmen,

habe er dann stets behauptet, es gehe ihm gut, auch wenn dem nicht so war. Da die Symptome aber zuweilen nicht zu übersehen waren, glaubte seine Frau seinen Beteuerungen überhaupt nicht mehr. Das Bestreben, seine Frau zu beruhigen, führte also gerade zu ihrer zunehmenden Beunruhigung. Nachdem dies mit beiden offengelegt worden war, schilderten sie in der nächsten Sitzung, daß der Patient seine Symptome nicht mehr verheimliche und beide bei Beschwerden des Patienten sehr viel gelassener reagierten. Der Patient brachte nun sehr besorgt vor, daß er nicht wisse, ob ihm eine Rente zustehe und daß er zur Zeit impotent sei. Beiden wurde erläutert, wie die Frage der Berentung zu klären sei und daß die Impotenz wohl als unvermeidliche Nebenwirkung der derzeit notwendigen Medikation aufgefaßt werden müsse. Darüber hinaus wiesen wir immer wieder darauf hin, daß angesichts der Schwere der Erkrankung Geduld wichtig sei und man schon mit kleinsten Fortschritten zufrieden sein müsse.

Nach 3 Sitzungen hatte der Patient nicht nur - wie von uns unbedingt angeraten - 6 kg abgenommen, sondern beide berichteten auch, die Gespräche hätten ihnen "nach anfänglichen Hemmungen geholfen, die Lebensumstellung gut zu bewältigen". Die Berentung war eingeleitet.

Für beide Partner von Paar C war die jetzt seit 4 Jahren bestehende Beziehung bereits die zweite Ehe. Frau C hatte ein geistig behindertes 7jähriges Kind aus erster Ehe, gemeinsame Kinder gab es nicht. Der 46jährige Patient, von Beruf Polier, hatte einen Infarkt im Hinterwandbereich und während der Katheter-Dilatation einer Koronararterie ein Rezidiv erlitten.

Unser Eindruck während der ersten Sitzung war, daß die 12 Jahre jüngere und vom Erscheinungsbild her sehr viel attraktivere Frau den Patienten, bei dem im übrigen ein Alkohol- und Benzodiazepin-Abusus augenscheinlich war, ständig ihre Überlegenheit, insbesondere im Bildungsstand, spüren ließ. Sie war Lehrerin und tendierte dazu, mit uns - quasi unter Kollegen - halb mitleidsvoll-fürsorglich, halb süffisant über die Probleme ihres klagsamen Mannes zu reden. Herr C dagegen versuchte, sich in weitschweifigen und inhaltsleeren Reden den Anschein eines männlichen Selbstbewußtseins zu geben; nach jeder konkreten Aussage fragte er jedoch sofort bei seiner Frau nach, ob es wirklich so sei und ob sie ihm zustimme. Offensichtlich spürte er seiner Frau gegenüber einen Erfolgsdruck, dem er sich nicht gewachsen fühlte. Mit der Begründung der Erkrankung schien er sich jetzt zumindest beruflich diesem kontrollierenden Druck entziehen zu wollen und auf eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit zuzusteuern, was von den somatischen Parametern her nicht angemessen gewesen wäre. In der ersten Sitzung hatten wir völlig erfolglos Frau C zu verdeutlichen versucht, daß eine teilweise Aufgabe ihrer kontrollierenden Dominanz für beide sinnvoll sein könnte. In der zweiten Sitzung haben

wir uns, als die Abusus-Problematik angesprochen wurde, ausschließlich an den Patienten gewandt, obwohl beide Partner wiederholt versuchten,

wesentliche Fakten oder Zukunftsabsichten allein von Frau C aussern zu lassen. Ausdrücklich erkannten wir ihm die Kompetenz für dieses Problem zu. Anschließend teilten wir beiden unsere Sorge mit, daß der Patient sich zu sehr anstrengen müsse, um seine Frau ständig auf die Dominanz-Position zu heben. Offensichtlich koste es ihn doch viel Mühe, auch hier in den Gesprächen durch entsprechende Einwürfe und Fragen seine Frau immer wieder in diese Rolle zu versetzen. Nach dieser Umdeutung des Dominanz-Verhältnisses änderte sich das Gesprächsverhalten des Patienten kaum; seine Frau jedoch wirkte plötzlich sehr nachdenklich, sprach viel weniger und stellte einige sachgerechte Informationsfragen. Dies setzte sich auch in der dritten Sitzung so fort.

9 Monate später hatte der Patient seine Arbeit wieder aufgenommen. Das Rauchen hatte er auf unseren Rat aufgegeben, bezüglich Alkohol war er abstinent. Trotz zwischenzeitlichen Absetzens nahm er wieder Benzodiazepine.

Alle drei Paare legten übrigens bei der jeweils letzten Sitzung ausgesprochenen Wert darauf, daß die Beratung nicht unwiderruflich beendet sei, sondern weitere Sitzungen jederzeit stattfinden könnten, obwohl später dann kein Paar auf dieses Angebot zurückkam.

Alle drei Paare legten übrigens bei der jeweils letzten Sitzung ausgesprochenen Wert darauf, daß die Beratung nicht unwiderruflich beendet sei, sondern weitere Sitzungen jederzeit stattfinden könnten, obwohl später dann kein Paar auf dieses Angebot zurückkam.

7 DISKUSSION

Das beschriebene Interventionsmodell hat seinen theoretischen Ausgangspunkt in den Konzepten systemisch orientierter Therapieverfahren. Von dort übernommen wurden vor allem die Paarperspektive, die Anerkennung und Nutzung der Autonomie des Paares und die Begrenztheit der Intervention. Die Paare erhalten zum Teil eher indirekte Hilfestellung zur Verhaltensänderung. Solche Veränderungen werden angestrebt, sollen aber nicht primär über den Weg einer möglichst großen Menge vermittelten Wissens erreicht werden. Das Vorgehen soll den Krankheitskonzepten und Rehabilitationsvorstellungen der Paare angepaßt sein und nicht umgekehrt vorrangig darauf abzielen, die Einstellungen der Paare in Richtung einer vermeintlich objektiv angemessenen Haltung zu modifizieren. Der Ansatz entspricht damit einigen Leitgedanken der Unterstützungsforschung, unterscheidet sich aber von herkömmlichen Education-Programmen.

Warum eine recht einfache paartherapeutische Intervention in dem geschilderten Sinne in doch überraschendem Maße erfolgreich sein kann, mag viele Erklärungen haben und bedarf sicher auch der weiteren Analyse. Das Vertrauen, das wir in die Leistungsfähigkeit der Paare setzen, greift vielleicht gerade die durch die Erkrankung erschütterte Leistungshaltung bei Koronar-Patienten auf und nutzt diese für rehabilitative Zwecke. Entscheidend ist aus unserer Sicht der Zeitpunkt der Intervention. Wir glauben, daß sich die Paare nach Abschluß der Akutbehandlung und zu Beginn der Rehabilitation in Analogie zu dem entsprechenden entwicklungspsychologischen Begriff in einer Art "sensibler Phase" befinden, in der sie für Interventionen besonders offen und zu Veränderungen in besonderer Weise bereit sind. Dies wird auch gestützt durch die Erfahrungen, die wir bei einigen Paaren gemacht haben, bei denen das Akutereignis des Patienten wegen einer zwischengeschalteten stationären Rehabilitation oder aus anderen Gründen bereits mehrere Monate zurücklag. Obwohl diese Paare durchaus Interesse an der Beratung zeigten und in den Sitzungen eine entspannte Atmosphäre herrschte, hatten wir doch stets den Eindruck, diese Paare nicht wirklich zu erreichen und über einen fachlichen "Small-Talk" nicht hinauszukommen.

Bei aller gebotenen Vorsicht der Interpretation und auch angesichts der unbedingt notwendigen weiteren Evaluation des beschriebenen Modells scheinen uns die bisherigen Erfahrungen doch ermutigend. Man kann beim gegenwärtigen Stand nur spekulieren, ob das Modell - zumindest in einigen wesentlichen Elementen - auch bei der Rehabilitation nach anderen Erkrankungen sinnvoll angewandt werden könnte.

LITERATUR

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin: Springer.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

Frank, K. A., Heller, S. S. & Kornfeld, D. S. (1979). Psychological intervention in coronary heart disease. A review. *General Hospital Psychiatry*, 1, 18 - 23.

Griffith, J. L. & Griffith, M. E. (1987). Structural family therapy in chronic illness. *Psychosomatics*, 28, 202 - 205.

Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. New York: Harper & Row.

Ludewig, K., Schwarz, R. & Kowark, H. (1984). Systemische Therapie mit

Familien von "psychotischen" Jugendlichen. *Familiendynamik*, 9, 108 - 125.

Mayou, R., Foster, A. & Williamson, B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *British Medical Journal*, 1, 699 - 701.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Priebe, S., Sinning, U. & Küppers, A. J. (1989). Partnerbeziehungen in der ambulanten Rehabilitation von Coronar-Patienten. In H. Speidel & B. Strauss (Hrsg.), *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin* (S. 375 - 381). Berlin: Springer.

Simon, F. B. (1985). Die Grundlagen der systemischen Familientherapie. *Nervenarzt*, 56, 455 - 464.

Von Grote-Jan, C., Schneider, G. & Sprenger, A. (1987). *Medizinische Beratung und Herzinfarktbeiwältigung*. Berlin: Zentrale-Universitäts-Druckerei.

Watzlawick, P. (1974). *Lösungen*. Bern: Huber.

Angaben zu den Autoren:

Dr. Stefan Priebe, Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin, Platanenallee 19, D-100 Berlin 19.

Arbeitsschwerpunkte: Umsetzung lösungsorientierter und systemischer Ansätze in der psychiatrischen Psychotherapie.

Dr. Ulrich Sinning ist niedergelassener Internist in Berlin mit einem Interessenschwerpunkt auf der ambulanten Coronarrehabilitation.