

» Effekte einer kurzen paartherapeutischen Intervention in der Koronarrehabilitation

Eine kontrollierte Studie

Zusammenfassung: In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde geprüft, ob sich der Erfolg einer ambulanten Rehabilitation von Patienten mit koronaren Herzkrankheiten – entsprechend der WHO-Phase IIa – durch eine kurze paartherapeutische Intervention verbessern lässt. Der zuständige Internist und ein Psychologe führten gemeinsam bei 19 Patienten und ihren Partnern eine Intervention von zwei bis maximal vier Sitzungen durch. Bei 21 Patienten der Kontrollgruppe erfolgte die Standardrehabilitation ohne zusätzliche Intervention. Zu Beginn der Trainingsphase und nach neun Monaten wurden depressive Symptome, globale Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes und krankheitsbezogene Sorgen erhoben. Die Patienten der Interventionsgruppe fühlten sich – im Vergleich mit der Kontrollgruppe – unmittelbar nach dem Aufnahmegespräch eher gebessert und zeigten über den Untersuchungszeitraum signifikant günstigere Veränderungen in fremdbeurteilten depressiven Symptomen, globaler Gesundheitseinschätzung und Sorgen. Patienten und Partner in der Interventionsgruppe beurteilten den Rehabilitationserfolg nach neun Monaten signifikant positiver. Die Befunde weisen darauf hin, dass auch eine sehr kurze und unter Routinebedingungen praktikable paartherapeutische Intervention nachweisbar positive Effekte in der ambulanten Koronarrehabilitation haben kann. Ob solche Interventionen allein depressive Symptome und subjektive Beurteilungen verbessern oder auch andere Zielkriterien wie die Senkung der Mortalität beeinflussen, kann nur in wesentlich umfangreicheren Studien überprüft werden.

Effects of a Brief Couple Therapy Intervention in Cardiac Rehabilitation – A Controlled Trial: The effects of a brief couple therapy intervention in cardiac rehabilitation was investigated in a randomised controlled trial. The treating physician and a psychologist conducted an intervention of two to four sessions with 19 patients with coronary diseases at the IIa stage according to WHO and their partners. The 21 patients in the control group received standard care with no additional intervention. Depressive symptoms, global self-rating of health status and disease related concerns were assessed at the beginning of training and nine months later. Patients in the experimental group more often stated to feel better immediately after the in-

Stefan Priebe¹, Ulrich Sinning²

¹ Unit for Social and Community Psychiatry, St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine (University of London), U.K.

² Internistische Praxis, Berlin

tervention. Over the observation period they showed significantly more favourable changes in observer rated depressive symptoms, self-rated health status and concerns. Patients and partners in the experimental group assessed the outcome of rehabilitation significantly more positive after nine months. The findings suggest that a very short couple therapy intervention, which can be administered in routine care, can have positive effects in cardiac out-patient rehabilitation. Larger studies are required for testing whether the effects of such interventions are restricted to depressive symptoms and subjective appraisals, or whether other outcome criteria such as mortality can also be influenced.

Key words: Coronary heart disease – Rehabilitation – Couple therapy – Randomized controlled trial

Einleitung

In der Literatur sind zahlreiche psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen zur Verbesserung der Koronarrehabilitation beschrieben. Viele dieser Interventionen sind wissenschaftlich untersucht und in ihren Effekten überprüft worden [1,2]. Eine Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien kommt zu dem Ergebnis, dass solche Interventionen einige Risikofaktoren positiv beeinflussen und sowohl die Mortalität als auch Ängste und Depressionen der Patienten senken können [3]. Nach Ansicht der Autoren dieser Metaanalyse wurden die strengen Einschlusskriterien jedoch nur von zwei Studien erfüllt, die auch die Partner der Patienten in die Intervention einschlossen. Und es wurde keine einzige Untersuchung berücksichtigt, die ausschließlich die Effekte einer paartherapeutischen Intervention überprüfte.

Der relative Mangel an kontrollierten Therapiestudien in diesem Bereich mag überraschen. Dass das Ereignis eines Herzinfarktes und seine Folgen nicht nur eine Belastung für den Patienten, sondern auch für seinen Lebenspartner darstellen, ist in Untersuchungen eindrucksvoll nachgewiesen worden. Diese Studien weisen auch darauf hin, dass sich die Partner der Pa-

tienten während der Rehabilitation mit ihren Sorgen und Aufgaben oft allein gelassen und unzureichend informiert und unterstützt fühlen [4–9]. Es liegt somit eigentlich nahe, auch die Partner in psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen einzubeziehen, um eine Verbesserung des Rehabilitationsergebnisses zu erreichen. Eine in der oben genannten Metaanalyse nicht berücksichtigte randomisierte kontrollierte Studie, in der Patienten und ihre Partner – allerdings getrennt – supportiv-edukative Hilfen in der Frührehabilitation erhielten, zeigte eine stärkere unmittelbare Reduktion von Ängsten und Depressionen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe [10].

In der vorliegenden Studie wurde eine kurze paartherapeutische Intervention in der ambulanten Koronarrehabilitation durchgeführt und evaluiert. Angesichts der bekannten Schwierigkeiten, aufwändige wissenschaftliche Modellversuche in der täglichen Praxis zu replizieren und unter Routinebedingungen vergleichbare Effekte zu erzielen [11, 12], wurde die Intervention so konzipiert, dass sie unter finanziellen und praktischen Gesichtspunkten in der Routineversorgung realisierbar ist.

Die ambulante Koronarrehabilitation – entsprechend der WHO-Phase IIa – schließt sich eng an die stationäre Akutbehandlung an und dauert in der Regel sechs Wochen. Eckpfeiler sind eine intensive Betreuung durch einen niedergelassenen Internisten sowie regelmäßige Gymnastik und fahrradergometrische Dauerbelastungen in krankengymnastisch geleiteten Gruppen. In diese Rehabilitationsphase integrierten wir eine paartherapeutische Intervention von zwei bis maximal vier Sitzungen von jeweils etwa 60 Minuten, an denen neben den Patienten und ihren Partnern der betreuende Internist und ein externer Psychologe/Psychotherapeut teilnahmen und die im Praxiszimmer des Internisten stattfanden. In den als „Beratung“ bezeichneten Sitzungen wurden die Paare über Prognose, Risikofaktoren und Möglichkeiten zu deren Reduktion informiert und das Umgehen mit der Erkrankung durchgehend als gemeinsame Aufgabe des Paares dargestellt. In lösungs- und nicht problemorientierten Gesprächen wurden bestehende Bewältigungsmöglichkeiten der Paare soweit wie möglich gestärkt. In unterschiedlicher Weise erfolgten spezifischere Interventionen, zuweilen in Form von Hausaufgaben. Das Vorgehen ist an anderer Stelle ausführlicher dargestellt und durch Fallbeispiele illustriert [13].

Ziele der Intervention waren eine Verminderung von Depressivität und Sorgen bei den Patienten und eine Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsangebot bei den Patienten und ihren Partnern. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde untersucht, ob dies über einen 9-monatigen Untersuchungszeitraum erreicht wurde. Die Studie hatte wegen ihres Pilotcharakters eine relativ kleine Stichprobengröße. Mögliche weitergehende Ziele wie die Senkung von Rezidivraten [14] und Mortalität konnten deshalb nicht überprüft werden.

Methoden

Untersucht wurden Patienten, die zur ambulanten Koronarrehabilitation an eine Berliner internistische Praxis überwiesen wurden, einen Partner hatten und folgende Einschlusskriterien erfüllten: Zustand nach Myokardinfarkt oder nach akuter An-

gioplastie bzw. aortokoronarer Bypassoperation, durch die ein drohender Infarkt abgewendet wurde; Abstand zwischen Akutgeschehen und Rehabilitationsbeginn von weniger als zwölf Wochen; Alter unter 70 Jahren zum Zeitpunkt des Akutgeschehens; für eine paartherapeutische Intervention ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien waren linksventrikuläre Funktionsstörungen, sofern sie eine Teilnahme an den Trainingsgruppen verhinderten; chronische Komplikationen wie maligne Rhythmusstörungen oder instabile Angina pectoris; Vorliegen einer bedrohlichen Zweiterkrankung.

Patienten wurden randomisiert entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Patienten der IG wurden vom Internisten über das Beratungsangebot im ersten ausführlichen Aufnahmegespräch informiert.

Vor Beginn der Rehabilitation und nach neun Monaten wurden depressive Symptome der Patienten auf der Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD [15]) fremdbeurteilt und anhand der Von-Zerssen-Depressivitätsskalen DS und DS' [16] selbst eingeschätzt. Zu denselben Zeitpunkten beurteilten die Patienten ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer visuellen Analogskala (VAS) nach Aitken [17] mit den Extrempunkten 0 (= mein Zustand ist insgesamt gut) und 100 (= mein Zustand ist insgesamt schlecht). Auf ähnlichen VASen gaben die Patienten an, wie sehr sie sich über das Rezidivrisiko, ihre gegenwärtigen Beschwerden und die erforderliche Lebensumstellung aufgrund ihrer Erkrankung Sorgen machten (Extrempunkte 0 = gar keine; 100 = extrem viele).

Unmittelbar nach dem Aufnahmegespräch wurden die Patienten gefragt, ob sie sich besser, unverändert oder schlechter fühlten als vor dem Gespräch. Neun Monate danach wurden Patienten und Partner gefragt, wie sie den Erfolg der Rehabilitation im Vergleich zu ihren ursprünglichen Erwartungen einschätzten. Interviews und Fremdbeurteilungen wurden durch einen externen Forschungspsychologen durchgeführt, der an der Rehabilitation selbst in keiner Weise beteiligt war.

Die Werte der beiden Gruppen auf HAMD, DS + DS', VAS nach Aitken und VAS über Sorgen vor Beginn der Rehabilitation und neun Monate später wurden mittels t-Tests verglichen. Die vergleichende Auswertung des Befindens nach dem Aufnahmegespräch und der Bewertungen der Rehabilitation durch die Patienten bzw. ihre Partner erfolgte durch χ^2 -Tests. Die statistischen Signifikanzen wurden durchgehend 2-seitig berechnet.

Ergebnisse

Stichprobe

Insgesamt 42 Patienten (sechs Frauen, 36 Männer) erfüllten im Zeitraum der Untersuchung die Einschlusskriterien, von denen 20 der IG und 22 der KG zugeteilt wurden. Die ungleiche Verteilung entstand, weil zwei ursprünglich der IG zugeordneten Patienten kurz nach der Randomisierung wieder ausgeschlossen werden mussten. Erst nach dem Aufnahmegespräch wurde bekannt, dass ein Patient sich von seiner früheren Partnerin gerade getrennt hatte und dass die Partnerin eines anderen Patienten kaum Deutsch sprach.

Alle Patienten litten an einer koronaren Herzkrankheit mit signifikanten hämodynamischen Folgen. Sechs Patienten waren als Folge des Infarktes während des stationären Aufenthaltes wegen Kammerflimmerns oder Asystolie reanimiert worden.

Das Alter der Patienten variierte von 38–70 Jahre (Mittelwert: 55,4; Standardabweichung: 8,7), das der Partner von 28–78 Jahre (M: 51,8; SD: 8,1). 41 der 42 Partnerschaften bestanden bereits länger als drei Jahre (M: 23,2 Jahre). Vor dem Akutgeschehen waren 31 der Patienten berufstätig, elf nicht.

Vergleich der beiden Gruppen zu Beginn

Die beiden Gruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede im Alter (M: IG = 53,9; KG = 58,1 Jahre), Geschlecht (jeweils drei Frauen) oder in der Häufigkeit der Berufstätigkeit vor dem Akutereignis (IG = 17; KG = 14). Auch das Alter der Partner unterschied sich nicht in signifikanter Weise (M: IG = 50,7; KG = 54,1 Jahre).

In den üblichen Risikofaktoren familiäre Belastung mit koronaren Herzkrankheiten (IG = 6; KG = 7), Hyperlipoproteinämie (jeweils zwölf), Adipositas (IG = 9; KG = 6) und Hypertonus (IG = 13; KG = 11) ergaben sich ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede.

In der IG erfolgten bei 15 Paaren zwei Sitzungen, die erste gleich nach Beginn der Trainingsphase, die zweite in der Regel gegen Ende dieser Phase etwa sechs Wochen später. Drei Paare kamen zu drei Sitzungen und ein weiteres Paar zu vier Sitzungen. Die dritte bzw. vierte Sitzung fand in diesen Fällen in dem Training folgenden 2–4 Monaten statt. Allen Paaren wurde angeboten, bei Bedarf eine weitere Sitzung zu vereinbaren, was jedoch nicht in Anspruch genommen wurde, obwohl sich die meisten Paare über dieses Angebot dankbar zeigten.

Tab. 1 zeigt die Ausgangswerte der beiden Gruppen in den zur Evaluation verwendeten Skalen. Signifikante Unterschiede zeigten sich in keinem der Parameter.

Tab. 1 Ausgangswerte der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe.

	Interventions- gruppe n = 20	Kontroll- gruppe n = 22	t-Wert	p
HAMD	5,9	4,0	1,88	n. s.
DS + DS'	31,2	29,0	1,28	n. s.
Gesundheitszustand	60,6	63,7	0,72	n. s.
Sorgen Rezidivrisiko	57,7	40,9	1,74	n. s.
Beschwerden	48,3	34,5	1,54	n. s.
Lebensumstellung	55,1	34,4	1,95	n. s.

Nach dem Aufnahmegespräch konnten 19 Patienten der IG und 21 der KG über ihre initiale Reaktion befragt werden. Dabei äußerten 13 Patienten der IG, aber nur fünf der KG, dass sie sich nach dem Gespräch besser als vorher fühlten, während sechs Patienten der IG und 16 der KG angaben, sich im Vergleich zu vorher unverändert oder schlechter zu fühlen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($\chi^2 = 8,1$; $df = 1$; $p < 0,01$).

Veränderungen während des Untersuchungszeitraums und Beurteilung nach neun Monaten

Nach neun Monaten konnte jeweils ein Patient in der IG und der KG nicht untersucht werden, weil sie entweder verzogen waren oder eine weitere Teilnahme an der Studie ablehnten. Tab. 2 zeigt die Veränderungen der Evaluationsparameter während des 9-monatigen Untersuchungszeitraums.

Tab. 2 Veränderungen in der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe.

	Interventions- gruppe n = 19	Kontroll- grup- pen = 21	t-Wert	p
HAMD	- 2,7	- 0,4	1,96	< 0,06
DS + DS'	- 15,5	- 7,9	0,98	n. s.
Gesundheitszustand	- 9,4	+ 8,8	2,21	< 0,05
Sorgen Rezidivrisiko	- 12,1	+ 8,7	2,23	< 0,05
Beschwerden	- 6,2	+ 10,3	1,44	n. s.
Lebensumstellung	- 22,6	+ 6,3	2,62	< 0,01

Fremd- und selbstbeurteilte depressive Symptome verbesserten sich in beiden Gruppen. Diese Verbesserung ist bei der IG jedoch ausgeprägter, ein Unterschied, der in der fremdbeurteilten Symptomatik auch statistisch signifikant ist. Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Sorgen bezüglich Rezidivrisiko, Beschwerden und Lebensumstellung verschlechterten sich in der KG ausnahmslos, während sich alle diese Werte in der IG verbessern. Die Unterschiede sind in drei der vier VASen statistisch signifikant.

19 Patienten in jeder Gruppe sowie 18 Partner in der IG und 17 in der KG beantworteten nach neun Monaten, wie sie den Rehabilitationserfolg im Vergleich zu ihren ursprünglichen Erwartungen beurteilten. Zehn Patienten der IG und vier der KG fanden den Rehabilitationserfolg letztlich besser als erwartet, während neun der IG und 15 der KG den Erfolg als gleich oder schlechter als erwartet bezeichneten ($\chi^2 = 4,1$; $df = 1$; $p < 0,05$). Bei den Partnern ergibt sich ein ähnlicher Unterschied zugunsten der Kontrollgruppe. Elf Partner in der IG und fünf in der KG meinten, der Erfolg sei besser als erwartet gewesen, während sieben Partner in der IG und zwölf in der KG den Erfolg gleich oder schlechter als erwartet fanden ($\chi^2 = 3,5$; $df = 1$; $p < 0,06$).

Patienten mit Interventionsabbruch

Bei drei der 19 beratenen Paare konnte nur eine Sitzung durchgeführt werden. Da wir die Intervention mit einem Minimum von zwei Sitzungen definiert hatten, bedeutet das, dass die geplante Intervention bei diesen drei Paaren als abgebrochen betrachtet werden muss. In den obigen Analysen sind diese drei Patienten im Sinne einer Intention-to-treat-Analyse stets in der IG eingeschlossen gewesen. In Tab. 3 sind die Veränderungen der 16 Patienten mit kompletter Beratung denen mit Therapieabbruch gegenübergestellt. Wegen der geringen Zahl der Patienten mit Therapieabbruch wurden die Gruppen nicht mit statistischen Tests verglichen.

Tab. 3 Veränderungen bei Patienten mit vollständiger Intervention und mit Therapieabbruch.

	vollständige Intervention n = 16	Therapieabbruch n = 3
HAMD	- 3,1	- 1,0
DS + DS'	- 16,9	- 7,7
Gesundheitszustand	- 12,4	+ 6,7
Sorgen	- 13,5	- 4,3
Rezidivrisiko		
Beschwerden	- 8,1	+ 3,7
Lebensumstellung	- 24,3	- 13,7

Patienten mit vollständiger Intervention weisen durchgehend wesentlich günstigere Veränderungen auf als Patienten mit Therapieabbruch.

Diskussion

Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich entsprechend der Randomisierung in den Ausgangswerten nicht. Im Verlauf des 9-monatigen Untersuchungszeitraums aber zeigte die Interventionsgruppe auf allen verwendeten Skalen und in allen direkten Beurteilungen günstigere Ergebnisse als die Kontrollgruppe. Trotz der kleinen Stichprobengröße sind die meisten dieser Unterschiede statistisch signifikant. Dies ist zweifelsfrei ein positives Ergebnis für die untersuchte paartherapeutische Kurzintervention, auch wenn die Methodik der Studie die Aussagekraft begrenzt: Im Wesentlichen sind einfache Erhebungsinstrumente verwendet worden. Bei der HAMD lässt sich darüber streiten, ob ihr Einsatz bei dieser Gruppe gerechtfertigt ist, da sie eigentlich für die Befunderhebung bei Patienten mit depressiven Erkrankungen entwickelt wurde. Das Ausmaß der mit dem Instrument erfassten depressiven Symptome in dieser Studie ist im Vergleich zu psychiatrischen Patienten relativ gering. Gleichwohl zeigen sich signifikante Verlaufunterschiede zwischen beiden Gruppen. Die anderen Skalen und Beurteilungen haben ausschließlich subjektive Parameter erfasst, nämlich Selbsteinschätzungen von Depressivität und allgemeinem Gesundheitszustand, Sorgen und globale Erfolgsbewertung. Die Relevanz dieser Variablen für den subjektiven Leidensdruck und die Sicht des „Kunden“ der Rehabilitation steht außer Frage, aber sie bilden dennoch nur einen Teil der Zielkriterien der Rehabilitation ab. Rezidivraten, Mortalität, Reintegration ins Berufsleben und langfristige Lebensqualität sind mindestens ebenso bedeutsame Erfolgskriterien. Wesentlich größere Studien wären jedoch erforderlich, um den möglichen Einfluss der Intervention auf diese Variablen mit hinreichender statistischer Aussagemöglichkeit überprüfen zu können.

Immerhin hat die Intervention ihre in dieser Untersuchung gesteckten Ziele erreicht, was angesichts des relativ geringen Aufwandes von zumeist nur zwei Sitzungen erstaunlich sein mag. Unseres Wissens handelt es sich damit um die erste randomisierte kontrollierte Studie, die die Wirksamkeit einer reinen paartherapeutischen Intervention im Rahmen der Koronarrehabilitation nachgewiesen hat.

Die bloße Ankündigung einer gemeinsamen Beratung für Patient und Partner hatte bereits den signifikanten positiven Effekt, dass die Patienten sich unmittelbar besser fühlten. Signifikante Wirkungen zeigten sich aber auch nach neun Monaten, was sicher nicht durch eine reine initiale Erleichterungsreaktion zu erklären ist. Wie kann eine so kurze und simple Intervention so nachhaltige Effekte hervorrufen? Wie bei vielen Studien, die innovative Modellinterventionen überprüfen, können die vermehrte Zuwendung und das besondere Engagement der Therapeuten einen starken unspezifischen Effekt gehabt haben. Darüber hinaus aber könnte der lösungsorientierte Ansatz mit einer Betonung der gemeinsamen Kompetenz des Paares Patienten und Partner in die Lage versetzt haben, eigene Bewältigungskapazitäten und -strategien besser zu nutzen. In systemisch- und lösungsorientierten Therapieformen ist eine geringe Anzahl von Sitzungen durchaus verbreitet, auch wenn nur zwei Sitzungen sicher für jede Therapieform ungewöhnlich wenig sind. Für den sicher nicht unwesentlichen Suggestiveffekt der Intervention scheinen uns die vollständige Integration der „Beratung“ in den normalen Rehabilitationsablauf mit der Beteiligung des Internisten und der relativ wenig bedrohliche Charakter des Settings von Bedeutung zu sein. Neben den Unterschieden zwischen den beiden Gruppen weisen auch die Befunde der Patienten, die vorzeitig abbrachen, darauf hin, dass den Sitzungen ein tatsächlicher Effekt zukam.

Das Vorgehen hat sich als praktikabel und – zumindest in den untersuchten Kriterien – als wirksam erwiesen. Bei zumeist nur zwei Sitzungen pro Patient bzw. Paar scheint es ausgesprochen kostengünstig und sollte auch in einer Routineversorgung finanzierbar sein.

Die ambulante Koronarrehabilitation ist in Deutschland noch weniger üblich als etwa im angloamerikanischen Raum, wo eine stationäre Rehabilitation praktisch unbekannt ist. Es ist anzunehmen, dass sie schon allein aus Kostengründen auch in Deutschland weitere Verbreitung finden wird. Die Befunde dieser Untersuchung deuten an, dass kurze paartherapeutische Interventionen den Erfolg dieser Rehabilitation verbessern können. Daraus lässt sich unmittelbar die Forderung ableiten, solche Interventionen zum Bestandteil der Routinepraxis werden zu lassen und in zukünftiger Forschung weiterzuentwickeln und differenzierter zu evaluieren. Vorstellbar ist, dass ähnliche Verfahren auch in der Rehabilitation anderer Erkrankungen hilfreich sein könnten. Angesichts des gegenwärtigen Kenntnisstandes ließe sich darüber aber nur spekulieren.

Literatur

- ¹ Bennett P, Carroll D. Cognitive-behavioural interventions in cardiac rehabilitation. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38: 169–182
- ² Jost S. Bedeutung von Nikotinverzicht, körperlichem Training und psychologischen Interventionen in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit. *Z Kardiologie* 1994; 83: 742–758
- ³ Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1996; 156: 745–752
- ⁴ Mayou RA, Foster A, Williamson B. The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *BMJ* 1978; 1 (6114): 699–701

- ⁵ Ziegler G. Bewältigung der koronaren Herzkrankheit und Ehepartnerbeziehung. In: Langosch W (Hrsg): Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung. Berlin: Springer, 1985
- ⁶ von Grote-Janž C, Schneider G, Sprenger A. Medizinische Beratung und Herzinfarktbeuältigung. Eine mikrosoziologische Analyse der Verschränkung von medizinischem und Laiensystem im Prozess der Krankheitsbewältigung. Berlin: Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, 1987
- ⁷ Thompson DR, Cordle CJ. Support of wives of myocardial infarction patients. *J Adv Nurs* 1988; 13: 223 – 228
- ⁸ Miller PJ, Wikhoff R. Spouses' psychosocial problems, resources, and marital functioning post myocardial infarction. *Prog Cardiovasc Nurs* 1989; 4: 71 – 76
- ⁹ Priebe S, Sinning U, Küppers AJ. Partnerbeziehungen in der ambulanten Rehabilitation von Koronarpatienten. In: Speidel H, Strauß B (Hrsg): Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Berlin: Springer, 1989: 375 – 381
- ¹⁰ Thompson DR. A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners: effects on anxiety and depression. *J Adv Nurs* 1989; 14: 291 – 297
- ¹¹ Frasure-Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, Wolfson C, Bourassa MG. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997; 350: 473 – 479
- ¹² Mayou RA, Bass CM, Bryant BM. Management of non-cardiac chest pain: from research to clinical practice. *Heart* 1999; 81: 387 – 392
- ¹³ Priebe S, Sinning U. Paartherapeutisches Vorgehen in der Rehabilitation von Koronarpatienten. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 1989; 10: 239 – 252
- ¹⁴ Black JL, Allison TG, Williams DE, Rummans TA, Gau GT. Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics* 1998; 39: 134 – 143
- ¹⁵ Hamilton M. A rating scale for depression. *J of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56 – 62
- ¹⁶ von Zerssen D. Selbstbeurteilungs-Skalen zur Abschätzung des subjektiven Befundes in psychopathologischen Quer- und Längsschnittuntersuchungen. *Arch Psychiat Nervenkr* 1973; 217: 299 – 314
- ¹⁷ Aitken RCB. Measurement of feelings using analogue scales. *Proc R Soc Med* 1969; 62: 989 – 993

Prof. Dr. med. Stefan Priebe

Unit for Social and Community Psychiatry
Bart's and the London School of Medicine
West Smithfield
London EC1A 7BE, U.K.

E-mail: S.Priebe@qmw.ac.uk