

Was alle angeht, können nur alle lösen.

Dürrenmatt

Eheprobleme – relevante Aspekte für die ärztliche Praxis

Problèmes de couple-aspects médicales pour la pratique médicale

Jürg Liechti, Monique Liechti-Darbellay

Quintessenz

● Ehe- und Partnerprobleme der PatientInnen gehören in der hausärztlichen Grundversorgung zum beruflichen Alltag und fordern die ÄrztInnen heraus.

● Die meisten Menschen gehen früher oder später eheähnliche Beziehungen ein, in der Hoffnung, dass sie in diesem Rahmen Nähe, Intimität, Bindung, Geborgenheit, Schutz, Fürsorge und Selbstöffnung finden. Ehe und Partnerschaft weisen allerdings, vor allem im Zusammenhang mit modernen Ansprüchen nach Gleichberechtigung und Autonomie, ein grosses Problempotential aus, das es zu beachten gilt. Zugleich erzeugen sie aber auch starke Schutzfaktoren, die sich statistisch gesehen positiv auf Lebensqualität und Gesundheit der Menschen auswirken. Empirische Untersuchungen zeigen denn auch, dass sich der konkrete Einbezug der EhepartnerIn für die Behandlung unterschiedlicher Krankheiten als eine Ressource erweist, die das Ergebnis von Therapien verbessern kann.

● Eine empirisch ausgerichtete Eheforschung liefert plausible Daten zur Frage, weshalb die eine Ehe erfolgreich ist und die andere scheitert. Ungemach droht ihr vor allem von der durchgehenden Entwertung und Abweisung sowie vom Unvermögen, emotionalen Schaden wieder in Ordnung zu bringen. Entgegen der landläufigen Meinung, nur Paare, die ihre Beziehung ununterbrochen reflektieren, könnten eine stabile Ehe führen, trifft dies genauso für Paare zu, die den Problemen eher aus dem Weg gehen oder sich zuweilen anschreien. Die Liebe als Elixier zwischenmenschlicher und persönlicher Entwicklung und das Bemühen, faire Verhältnisse in der Beziehung herzustellen, scheinen Eingangsgrößen für eine gute Ehe zu sein.

● Bei Somatisierungsstörungen bietet das «therapeutische System» als Resultat der Kooperation zwischen GrundversorgerIn, PatientIn, EhepartnerIn und PsychiaterIn eine gute Voraussetzung für neue Entwicklung. Statt PartnerInnen von überdauernd kranken Menschen allein zu Taxidiensten oder anderen Serviceleistungen beizuziehen, lohnt es sich, sie vielmehr als ExpertInnen anzusprechen und in die Behandlung direkt einzubeziehen.



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 237 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Quintessence

● *Les problèmes de couple et de partenaire font partie de l'activité professionnelle quotidienne des médecins de premier recours et sont un défi pour elles/eux.*

● *La plupart es gens établissent tôt ou tard une relation de type couple, dans l'espoir d'y trouver proximité, intimité, liaison, sécurité, protection, assistance et ouverture. Mais couple et partenariat impliquent un important potentiel de problèmes, surtout avec les exigens modernes d'égalité des droits et d'autonomie, dont il faut tenir compte. Mais ce sont aussi de puissants facteurs de protection, qui ont statistiquement des effets positifs sur la qualité de vie et la santé des gens. Des études empiriques montrent également que l'implication concrète de la/du partenaire dans le traitement de toutes sortes de maladies est une ressource capable d'en améliorer le résultats.*

● *Une recherche sur le couple dans une optique empirique fournit des données plausibles sur la question de savoir pourquoi un couple fonctionne bien et l'autre échoue. La menace vient surtout de la dévalorisation et du rejet permanents, et de l'incapacité de remettre de l'ordre dans les lésions émotionnelles. Contre l'avis très répandu que seuls les couples reflétant en permanence leur relation peuvent mener une vie de couple stable, cela est parfaitement vrai aussi pour ceux qui évitent plutôt les problèmes ou qui s'engueulent de temps en temps. L'amour comme élixir de développement personnel et interhumain, et l'effort d'établir des relations franches, semblent être de bonnes conditions de départ pour un bon couple.*

● *Dans les troubles avec somatisation, le «système thérapeutique» résultant de la coopération entre médecin généraliste, patient/e, partenaire et psychiatre offre une bonne condition pour un nouveau départ. Au lieu d'appeler les partenaires de malades chroniques à faire le taxi ou tout autre chose, il vaut beaucoup mieux les considérer comme expert(e)s et les impliquer directement dans le traitement.*

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 239 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einleitung

Eine spontane, nicht signifikante Umfrage unter zehn Kolleginnen und Kollegen hat uns gezeigt, dass für die meisten Grundversorgerinnen und Grundversorger das Thema Eheprobleme allgegenwärtig ist: Da gibt es die chronisch kranke Patientin, die sich ihre Eheprobleme von der Seele redet. Da gibt es den somatisch fixierten Patienten, der nichts von Eheproblemen zu berichten weiss. Da gibt es die nächtlichen Anrufe des Asthmatikers, dessen Frau einen anderen liebt. Da gibt es die depressive Jugendliche, die sich schuldig fühlt, weil die Ehe ihrer Eltern zerbricht. Es gibt das Dilemma des Allgemeinpraktikers, der befürchten muss, durch das Ansprechen der Eheprobleme «in ein Sandwich» zwischen die Eheleute zu geraten und auf diesem Weg womöglich Kundschaft zu verlieren. Es gibt unzählige weitere Konstellationen in der ärztlichen Praxis, wo Eheprobleme eine Rolle spielen. «Last but not least» gibt es die Probleme in der Arztehe selbst. Allein das Kapitel über die *eigenen* Eheprobleme des Arztes, der Ärztin, die mitunter in «positiver» Wechselwirkung mit dem Engagement für die ärztliche Praxis stehen (je mehr, desto mehr), würde den Umfang dieses Artikels sprengen. «Frauen von Ärzten sind Witwen mit Mann», ist ein Bonmot, das dem Basler Psychiatrieprofessor *Kielholz* zugeschrieben wird. Überbordendes Arbeitspensum, dauernde Zuständigkeit für existentielle Probleme anderer gepaart mit dem Nimbus der Selbstaufopferung sowie lange Präsenz- und Dienstzeiten konkurrieren im Extremfall mit legitimen Ansprüchen in Ehe und Familie. Ein Konfliktfeld sondergleichen ist hier vorprogrammiert. Steckt darin womöglich eine Antwort auf die Frage: «Why are doctors so unhappy?», wie eine britische Untersuchung über die Ärztezufriedenheit [1] betitelt ist? Liegt darin einer der Gründe für die massiv erhöhte Suizidrate von Ärzten in der Schweiz (und in anderen Ländern), die 3- bis 6mal höher ist als jene der Durchschnittsbevölkerung? Nebenbei: In einer einschlägigen Untersuchung erwiesen sich dabei die Psychiater ausnahmsweise als Spitzenreiter [2]. All diesen Befunden zum Trotz: Ehen von Ärzten werden seltener geschieden als andere Ehen (wie weit dies auf Ehen von Ärztinnen zutrifft, harrt noch der Untersuchung). Arztehen scheinen stabil zu sein, oft aber sind sie unglücklich. Eine (richtige) Arztwitwe, die zwischen Wut und Trauer empfindet, weil ihr früh verstorbener Ehemann nichts für seinen Todesfall vorbereitet hatte, sagte im vertraulichen Gespräch: «Ach wissen Sie, das ist wie zu seinen Lebzeiten – für die Patienten opferte er sein Leben und für mich das, was noch übrig blieb.» Eine andere Ehefrau (eines Chefarztes) meinte: «Ich habe immer gedient. Schon meine Mutter hat immer gedient. Auch mein Mann dient, von morgens bis abends spät und oft in

der Nacht. Unsere Ehe ist kaputt gedient.» Aber nicht die Arztehe als solche steht hier im Mittelpunkt, sondern Eheprobleme von Patientinnen und Patienten, die allgemeinärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, einschliesslich Ärztinnen und Ärzte.

Als uns die Redaktion anfragte, einen Artikel zu diesem Thema zu verfassen, haben wir uns als erstes gefragt, ob nicht Kolleginnen oder Kollegen aus der Grundversorgung zum Zug kommen sollten. Sind nicht sie die Gesundheitsgeneralisten? Sind nicht sie die Psychosomatik-Experten, die, ob mit oder ohne Fähigkeitsausweis, an der Schaltstelle zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten tagtäglich wirken? Kennen nicht sie am ehesten noch Familienverhältnisse, menschliche Stärken und Schwächen sowie gesundheitliche Risiken ihrer Patientinnen und Patienten? Eine befragte Kollegin meinte denn auch lakonisch dazu: «Eheprobleme sind in der ärztlichen Grundversorgung der absolute Normalfall.» Ein anderer Kollege: «Die Leute wollen wegen Eheproblemen nicht zum Spezialisten, sondern erwarten von uns, dass wir ihnen helfen.» Ein weiterer Kollege: «Es bleibt dem Hausarzt dann nichts anderes übrig, als die Eheberatung selber durchzuführen – mit schlechtem Gewissen, weil ihm ja immer weisgemacht wird, dass Spezialisten alles besser können ...» Und schliesslich schrieb eine Kollegin dazu: «Und wenn wir dann überweisen wollen, dann hat niemand Platz».

Diesen kollegialen Grundtenor aufnehmend, folgen wir nun einigen Fakten und Fährten zum Thema. Wir hüten uns indessen, Grundversorgerinnen und Grundversorgern in der ärztlichen Praxis Rezepte zu verteilen. Ausserdem verzichten wir darauf, hier eine Ratgeberecke für die gute Ehe einzurichten (die finden Sie auf dem Illustriertentisch Ihrer Coiffeuse bzw. Ihres Coiffeurs).

Das Gewicht der Ehe

«Patienten haben Familien», lautet der (scheinbar) selbstverständliche Titel einer 1945 veröffentlichten Studie zur amerikanischen Gesundheitsversorgung [3]. Für die Praxis wichtig: Vor allem haben sie Ehepartner! Der Wunsch nach einer engen Bezugsperson, die Nähe, Intimität, Bindung, Geborgenheit, Schutz, Fürsorge und Selbstöffnung erlaubt, scheint genauso zwingenden Charakter zu haben wie etwa das Bedürfnis nach Nahrung. Über alle Gesellschaften hinweg gehen 90% der Menschen irgendwann in ihrem Leben eine Ehe oder eheähnliche – auf Dauerhaftigkeit angelegte – Beziehung ein [4]. *Echte* Singles sind die Ausnahme, man schätzt sie auf ein paar wenige Prozente. Allen Unkenrufen zum Trotz ist die Ehe als gesetzlich definierte Partnerschaft in der Schweiz offenbar für 90% der Be-

völkerung früher oder später das attraktivste Modell für den Bund des Lebens. Dass sich dies auch in Zukunft im Prinzip nicht ändern wird, zeigen Befragungen der jungen Generation: Ungeachtet der allgemeinen Sozialtrends in Europa, die von steigender Scheidungsziffer, später Mutterschaft, mehr ausserehelich geborenen Kindern, der Zunahme freiwilliger Kinderlosigkeit, Pluralisierung der Beziehungsformen sowie vom weiteren Rückgang der Familiengrösse geprägt sind – in Ehe, Partnerschaft und Familie wird stets der wichtigste Lebensbereich geortet [5].

Seit Millionen von Jahren lebt der Mensch in Grossfamilien und Clans. Es gibt kein Naturvolk, das die Ehe nicht kennt [6]. Da hat sich naturgemäss viel Stammeserbe «festgeschrieben» – nicht im Sinn von Unabänderlichkeiten, sondern im Sinn von Generationen *übergreifenden* Mustern, *ausgeprägten* Neigungen und *eingefleischten* Gewohnheiten. Ehe-, Partnerschafts- und Familienbeziehungen bedeuten für den Menschen Schmelztiegel, Kraftwerk und Kristallisationskern für Leben, Reifung und Entwicklung. Im Dialogroman und gleichnamigen Film «Szenen einer Ehe» schildert *Ingmar Bergman* die Entwicklung zweier Menschen über 10 Ehejahre hinweg, wie sie an ihrer Ehe zu zerbrechen drohen und schliesslich als «mündige Bürger in der Welt der Realität» erwachsener werden und Zugang zu neuer Zärtlichkeit und Selbstbehauptung finden, wenn auch ohne so richtiges «happy end». Die Hypothese von der «persönlichen Entwicklung durch Partnerbeziehungen» vertritt auch der Autor und Paartherapeut *Jürg Willi*, der in seinem Buch «Psychologie der Liebe» die Liebe mit Erfüllung und Selbstverwirklichung gleichsetzt und umgekehrt die Liebesbeziehungen als wesentliches Elixier zu persönlicher Reifung und Entwicklung versteht. Paar- und Familientherapeutinnen wie *Rosmarie Welter-Enderlin* gewichten den Aspekt sozial organisierter Geschlechterrollen in der Ehe und den damit verbundenen impliziten Sexismus (Gender-Aspekt). Ehepaare sind in Gesellschaftsstrukturen eingewoben, die tendentiell Männern die dominante, Frauen die untergeordnete Machtposition zudefinieren. Scheinbar nebensächliche Fragen wie: *Wer hat Zugang zum Konto? Wem gehört das Auto?* oder: *Wie ist häusliche Arbeit aufgeteilt?* machen spätestens dann die wahre Machtverteilung in der Ehe transparent, wenn sie zu scheitern droht.

Ein anderer gewichtiger Aspekt der Ehe liegt darin, dass eine Ehebeziehung meist auch eine Elternbeziehung impliziert. Laut Bundesamtes für Statistik gab es im Jahre 2001 in der Schweiz 15 778 Scheidungen; in 45,8% der Fälle waren unmündige Kinder mit im Spiel. Dass chronische Eheprobleme der Eltern gesundheitliche *Langzeitwirkungen* auf die Kinder haben können, zeigen auch neuere Untersuchungen [7]. Auch gibt es die erwiesene «Vererbung» des Scheidungsri-

sikos: Kinder aus geschiedenen Ehen scheiden häufiger. Die Auswirkungen von Eheproblemen auf die betroffenen Eheleute und deren Kinder nur im negativen Licht zu zeigen, hiesse aber den wesentlichen Punkt hinter dem Berg zu halten. Denn bei allem Leid, das mit Eheproblemen einhergeht, müssen wir akzeptieren, dass Konflikte in der Ehe mitunter eine logische Folge ihrer inneren Demokratisierung sind. Eine demokratische Sicht der Ehe pocht auf das Primat der Menschenrechte statt auf althergebrachte Männer- und Frauenrechte. So gesehen sind Eheprobleme wie das Krängen des Segelschiffes ein in Kauf zu nehmendes Phänomen im Kreislauf gelingender Navigation in die Autonomie. Der Anspruch auf Ebenbürtigkeit, Fairness und persönliche Entwicklung in der Partnerbeziehung verlangt eine positive Einstellung zu Konflikt und Problembewältigung sowie zum Einsatz der Gefühle. Dass Gefühle nichts «Schwach» sind oder allenfalls eine nette Nebensächlichkeit, sondern zum Bau einer fairen Beziehung ebenso notwendig wie der Mörtel zum Hausbau ist, scheint besonders der Männerwelt Mühe zu bereiten. Wie dem auch sei: Eltern, denen die Lösung ihrer Eheprobleme gelingt, ob im konstruktiven Dialog, in der heftigen Auseinandersetzung, in der stillen Vermeidung heikler Bereiche oder in einer fairen Trennung und Scheidung, bieten ihren Kindern ein tröstliches Modell für den hohen Preis einer funktionierenden Beziehung. Auch der Himmel voller Geigen klingt nur schön, wenn viel geübt wird. Paarforscher sind der Meinung, die Hauptgründe für die steigende Scheidungsrate lägen in den unzureichenden Problemlösefähigkeiten der Partner im Umgang mit Paarproblemen bzw. Paarstress: Kaum ein Beruf ist heute noch ohne Ausbildung möglich, nur für den «Beruf» eines Ehepartners und Elternteils gibt es bisher nicht einmal das Bewusstsein, dass auch dafür entsprechende Vorbereitungen nötig sind [8].

Unter den vielen weiteren Aspekten von Ehe und Eheproblemen interessiert hier vor allem jene, die für gesundheitliche Chancen und Risiken relevant sind.

Sind Ehe und Eheprobleme gesundheitsrelevant?

Während krankmachende Einflüsse von Ehe und Familie auf das Individuum seit langem interessieren, ist die Erforschung familiärer Faktoren, die Gesundheit schützen und stärken, eher jüngerer Datums. Tatsächlich wird heute angenommen, dass der Ehepartner einen grösseren Einfluss auf das eigene Gesundheitsverhalten hat als jede andere Person, einschliesslich des Hausarztes. Evidence-based Studien stützen die These, dass es keine effizientere Gesundheitsförderung gibt, als die gelingende Zusammenarbeit zwi-

schen Arzt, Patient und Familie [9]. Aus dieser Erkenntnis heraus hat die WHO 1976 die Familie zum «wichtigsten sozialen Ort zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden» erklärt. Beispielsweise bei der Raucherentwöhnung, Behandlung der Adipositas, Insulineinstellung von Diabetikern, Stressreduktion bei kardialen Risikopatienten und bei der Verarbeitung belastender Lebensereignisse wirkt positiver Rückhalt in der Ehe signifikant protektiv bzw. sind Faktoren der Ehequalität gute Prädiktoren für Erfolg oder Misserfolg. In einer Untersuchung zeigten verheiratete Frauen mit schlechter Ehequalität signifikante Regulationsstörungen im Immunsystem [10]. Bei der Therapie von Essstörungen können die Ergebnisse durch den Einbezug der engsten Bezugspersonen (Eltern, Ehepartner) wesentlich verbessert werden [11]. Unsere eigenen klinischen Erfahrungen bestätigen diesen Zusammenhang. Er gilt allgemein für die Behandlung von schweren psychiatrischen Leiden, deren Gesamtergebnis besser ausfällt, wenn die Partner als Ressource einbezogen werden (z.B. «spouse aided therapy» [12]). Bezüglich Suizidrisiko ist ein Zusammenhang mit der Qualität familiärer Beziehungen bekannt. Jüngst berichtete «Der Spiegel» über eine grosse dänische Studie (British Medical Journal), die ergab, dass Zwillinge, verglichen mit der Normalbevölkerung, eine um 30% kleinere Selbstmordrate aufweisen. In der Schlussfolgerung wurde dieser Effekt mit der Verbindlichkeit familiärer Beziehungen in Zusammenhang gebracht. Allgemein finden sich Hinweise darauf, dass Paarbeziehungen, die durch chronische Entwertung und Feindseligkeit gekennzeichnet sind – statistisch gesehen – mit dem Risiko einer kürzeren Lebensdauer, von Krankheit, psychischer Labilität und verminderter Lebenszufriedenheit einhergehen [13]. Andererseits ist es auch erwiesen, dass die Ehe bzw. eine dauerhafte Zweierbeziehung Ernst zu nehmende gesundheitliche Schutzfaktoren enthalten. Woran liegt es denn, dass einige Ehen erfolgreich sind und andere scheitern?

Die Ehe im Labor

Dass die wissenschaftliche Erforschung der *romantischen Liebe* erst in jüngster Zeit ernsthaft ein Thema geworden ist, liegt wohl in der subjektiven Einzigartigkeit und absoluten Privatheit des Phänomens. Dass aber Ehe und Partnerschaft, deren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden so offensichtlich ist, lange auf ihre systematische und empirische Erforschung warten musste, erstaunt eher. Es ist nur 30 Jahre her, seit der USA Eheforscher *John M. Gottman* in den 1970er Jahren die Ehe ins «Ehelabor» schickte [14]: Ein Appartement, das mit ausziehbarem Sofa, Küche und allen Annehmlichkeiten modernen Lebens bis zu den persönlichen Re-

quisiten wie Schreibgerät, Strickzeug und Haustier ausgestattet ist. Das erinnert an die Container zeitgenössischer TV-Big-Brother-Serien. Doch die Motivation, Ehepaare in ihrem «natürlichen Habitat» mit wissenschaftlicher Akribie zu durchleuchten, geht in eine ganz andere Richtung. Ziel war es, den unzähligen Glaubenssätzen über die Funktionsweise der Ehe «unumstössliche wissenschaftliche Fakten» entgegenzustellen, die besser verstehbar machen, «warum manche Ehen erfolgreich sind, während andere scheitern». Viele Hunderte von Paaren wurden in diesem Labor unter verschiedensten Bedingungen beobachtet, getestet, befragt, mittels ausgeklügelter Fragebogen erfasst, es wurden physiologische Daten gemessen wie Blutdruck, Blutzucker, die Sitzungen wurden videographiert und die Videos ausgewertet; es entstand dadurch eine Unmenge von Daten, deren Auswertung Schritt für Schritt eine Art Röntgenbild der Ehe ergaben.

Einige Resultate dieser Forschung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Idee, nur konstruktive Paare (Paare, die miteinander vernünftig reden, Konflikte verhandeln und affektkontrolliert sind und somit für den Idealtypus der klassischen Ehe-therapie stehen) seien stabil und zufrieden, gehört ins Fabelreich; statt dessen fanden sich unter den stabilen Paaren auch solche, die entweder ihre Probleme unter den Teppich kehrten oder sich gegenseitig anschrien (stabilvermeidende bzw. stabilimpulsive Paare).
- Vier Kommunikationsmuster, nach *Gottman* die «vier apokalyptischen Reiter der Ehe», scheinen die Ehe zu ruinieren: 1) Kritik (Du-Sätze); 2) Verachtung (Entwertungen); 3) Abwehr (Gegenkritik) und 4) Abblocken (Schweigen). Das sind nicht die spekulativen Hypothesen irgendeines Paartherapeuten, sondern aus den realen Interaktionen unzähliger Paare mittels objektiverer Methodik identifizierte Muster – und daher ähnlich verbindlich zu verstehen wie die Theorie der viralen Infektion bestimmter Krankheiten.
- Es ist nicht allein die Negativität im Austausch eines Paares, die Stabilität und Zufriedenheit gefährdet, sondern es ist ein bestimmtes Verhältnis zwischen positiven (sich berühren, anlächeln, Komplimente machen, miteinander lachen) und negativen Interaktionen (sich kritisieren, entwerten, missachten). Auch stabile Paare liessen sich im Rahmen von Streitgesprächen zu negativen Äusserungen hinreissen, dabei überwogen allerdings die positiven zu den negativen Interaktionen mit einem Verhältnis von 5:1 oder mehr. Unzufriedene Paare verfielen einem Verhältnis von etwa 1:1 oder weniger.

Der neueren Ehe- und Beziehungsforschung ist die Erkenntnis zu danken, dass *Ehestabilität* –

als Grad der Trennungsabsicht – und *Ehequalität* – als Ausdruck dyadischer Anpassung, Zufriedenheit und Liebe – zwei verschiedene Paar Schuhe sind. Stabile Ehen sind nicht immer glücklich und glückliche Ehen nicht immer stabil. Während frühere Modelle eher davon ausgingen, dass allein das konstruktive Gespräch, gesittetes Streiten, Gordon'sche Konferenzen und Selbstverwirklichung für die Stabilität der Beziehung bürgten, stellt dem die Gottman'sche Forschung eine pragmatischere und auch vielfältigere Sicht gegenüber. Weder Ehekrach noch dessen notorische Vermeidung scheinen an sich der Ehe zu schaden. Vielmehr droht Ungemach von der durchgehenden Entwertung und Abweisung sowie vom Unvermögen, den emotionalen Schaden wieder in Ordnung zu bringen.

Somatisierung und Eheprobleme

Gerade von somatisch fixierten Patienten ist bekannt, dass sie die Idee eines Zusammenhangs zwischen Ehestress, Gefühlen und bestimmten körperlichen Störungen weit von sich weisen. Wenn auch zur Vorsicht gemahnt ist, Somatisierungsstörungen gleich auf die psychische Schiene abzuschieben, so zeigt doch die klinische Erfahrung, dass alleinige somatische Interventionen allzu oft in einen ewigen Abklärungskreislauf mit Endstation Grundversorger münden. Obwohl die Patienten hier meist einfühlsame und langjährige Behandlung erfahren, scheinen ihre Probleme doch nicht zur Ruhe zu kommen. Erneute Abklärungsrunden enden oft mit wenig mehr als einem weiteren unauffälligen Befund. Für jede von aussen angebotene Lösung scheinen diese Patienten ein neues Problem von innen zu erfahren. Auf ihrer Odyssee durch den Gesundheitsmarkt strapazieren sie dadurch nicht nur das Gesundheitssystem mit seinen explodierenden Kosten, sondern auch die eigene Hoffnung auf Besserung und zuweilen die Geduld der grundversorgenden Einzelkämpferin bzw. des Einzelkämpfers. Inwiefern haben nun Somatisierungsstörungen etwas mit Eheproblemen zu tun? Vorerst wenig. Ehepartner von Patientinnen oder Patienten mit somatischer Fixierung zeigen oft ein Durchstehvermögen bis zur Selbstaufopferung, wenn es darum geht, dem langzeitkranken Ehepartner mit allerlei Hilfeleistungen wie Taxidienste, Massagen oder Tröstung beizustehen. Und darauf angesprochen, werten sie ihre Ehen meist als gut. Beide Partner sehen das Problem nicht in der Ehe, sondern in der Krankheit, die sich nicht zum Bessern wendet und in der Medizin, die nicht helfen kann. Patienten mit Somatisierungsstörungen und ihre Ehepartner werden durch das Symptom meist vollständig beherrscht. Auf die Frage: «Würde es Ihnen nicht gut tun, einmal eine Wanderung zu unternehmen?» antworten sie: «Es ist mir un-

möglich, weil mein Kopf zu sehr dröhnt!» Das Symptom hat Macht über die Person. Therapeutisches Ziel ist es, der Person zu helfen, subjektiv Macht über das Problem zurück zu gewinnen. Hierzu machen wir bei Somatisierungsstörungen gute Erfahrungen mit einem biopsychosozialen Modell, das Kooperation ins Zentrum stellt. Mit dem Patienten, seinen Bezugspersonen, dem Hausarzt sowie dem Systemtherapeuten wird eine gemeinsame Problembeschreibung erarbeitet, die u.a. durch Partizipation, systemisches Fragen und Externalisierung gekennzeichnet ist [15]. Dadurch entsteht ein «therapeutisches System».

Partizipation: Verzicht auf das Anbieten psychologischer «Expertenhypothesen» wie z.B. «die Krankheit bedeutet einen Stellvertreterkonflikt», etwa für eine nicht gelebte Ehe oder für die nicht gelebte eigene Entwicklung, oder die Unterstellung, «die Patienten nutzen die Krankheit als Ehekit». Ausserdem ist mit Partizipation mehr gemeint, als die Leute gemeinsam über biomedizinische Sachverhalte aufzuklären. Es geht darum, sie als Experten ihrer eigenen Gesundheitsentwicklung anzusprechen und ihnen damit einen Weg aus der Ohnmacht zu eröffnen. *Systemisches Fragen:* «Einfache» Fragen können Tore öffnen, die mehr Spielraum für neue Sichtweisen und selbst heilende Kräfte entfalten, z.B.:

- Nehmen wir an, Ihre Krankheit würde sich spontan zurückbilden. Was würde sich für Sie ändern? Was würden Sie anderes tun? Wie würde die Umgebung darauf reagieren? Was würde sich dadurch in der Ehe verändern?
- Nehmen wir an – was wir nicht hoffen wollen – Ihre Krankheit würde sich deutlich verschlimmern. Was würden Sie heute unter den besseren Umständen noch unbedingt tun wollen? Was wäre für Sie ganz wichtig noch zu erleben? Für Sie als Person? Als Ehepaar? Als Familie? Mit Ihren Freunden?
- Gibt es Tage, an denen die Beschwerden weniger schlimm sind? Woran erkennt Ihr Ehepartner dies? Was löst es in ihm aus? Was macht er an diesen Tagen anders?

Externalisierung: Systemische Fragen kombiniert mit Partizipation und Externalisierung zielen darauf ab, die Denk- und Wissensstrukturen der Patienten zu flexibilisieren. Patienten lernen dabei, mittels Externalisierung die Probleme zu verdinglichen und von ihrer Person loszulösen. Der «dröhnende Kopf» wird dann zum «Kopfdröhner», der dem Patienten das Leben schwer macht. Zu seiner Entmachtung dienen Fragen wie: «Wann hat er letzte Woche sein übles Spiel gespielt?» und: «Was haben Sie, was hat Ihre Ehefrau beigetragen, um ihm das Handwerk zu legen?» Und: «Welche Vorkehrungen wollen Sie, Ihre Ehefrau nächste Woche treffen, um ihn im Griff zu halten?» Externalisierung ermöglicht es den Bezugspersonen, im «Kampf» gegen das

Problem mitzureden und eigene Bedürfnisse einzubringen, ohne dadurch die kranke Person anzugreifen. Das mag alles nach Märchen tönen. Es stimmt: Märchen, genau gelesen, erzählen oft von Menschen, die am Ende Macht über ihre Probleme gewinnen.

Es ist hier nicht der Ort, die Methodik systemischer Therapie zu erörtern, und es sind auch davon keine Wunder zu erwarten. Der Sprachforscher *S. I. Hayakawa* meinte, der Mensch sei das einzige Wesen, das sich durch Sprechen in Schwierigkeiten bringen kann. Oft grenzt es an ein Wunder, wenn trotz allem allein durch Sprechen Ansprüche nach Veränderung geweckt und die Initialzündung für neue Entwicklungsschritte gesetzt werden können. Nicht selten führt dieser Weg paradoxerweise von «symptomatischen Lö-

sungsversuchen» zu «heilsamen Eheproblemen». Das bisher Selbstverständliche wird zu einem Problem. Vollends wie ein Wunder mag es erscheinen, wenn dabei die «somatische Fixierung» für den Patienten in den Hintergrund tritt.

Verdankung

Mehrere Kolleginnen und Kollegen aus der Grundversorgung haben sich mündlich zum Thema geäußert, und wir sind dankbar für ihre Anregungen. Für ihren zusätzlichen schriftlichen Beitrag danken wir Dres. med. Beat und Claudia Michel Sollberger, Allgemeine Medizin FMH, Lauenenstrasse, 3780 Gstaad und Dres. med. Irène und Christoph Birnstiel-Hadorn, Allgemeine Medizin FMH, Riederhölzli, 3033 Wohlen.

Literatur

- 1 Smith R. in: Goehring C, Bouvier M, Kuenzi B, Bovier P. Wie geht es den Hausärztinnen und Hausärzten? *Primary Care*, 2002;2:257–9.
- 2 Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by Psychiatrists: a study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967–72. *J Clin Psychiatry* 1980;41:261–3.
- 3 Richardson HB, 1945, Patients have Families, New York, Commonwealth Fund.
- 4 Lösel F, Bender D. Theorien und Modelle der Partnerschaft. In: Grau I, Bierhoff HW (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft*, Springer 2003.
- 5 Bodenmann G. *Beziehungskrisen erkennen, verstehen und bewältigen*, Verlag Hans Huber, 2002.
- 6 Eibl-Eibesfeldt I. *Liebe und Hass*, Piper, p. 266, 1972.
- 7 Wallerstein JS, Lewis JM, Blakeslee S. *Scheidungsfolgen – Die Kinder tragen die Last*, Votum, 2002.
- 8 Loewit K. 1991 zitiert von: Hahlweg K, Bodenmann G. In: Grau I, Bierhoff HW. *Sozialpsychologie der Partnerschaft*, Springer 2003.
- 9 Campbell TL. Familien und Gesundheit – Zum Stand der Forschung, in: Kröger F, Hendrichke A, McDaniel S (Hrsg.). *Familie, System und Gesundheit*, Auer 2000.
- 10 Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CE, Glaser R. 1987, Marital quality, marital disruption, and immune function, *Psychosomatic Medicine*, 49, 13–34.
- 11 Jantschek G, Jantschek I. *Familientherapie*, in: Feiereis H (Hrsg.). *Diagnostik und Therapie der Magersucht und der Bulimie*, Marseille Verlag, München 1989, 229–44.
- 12 Hafner RJ, Badenoch A, Fisher J, Swift H. Spouse-aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders. *Family Process* 1983;22:385–99.
- 13 Argyle M, et al. *Die Anatomie menschlicher Beziehungen*, 1990, S. 23.
- 14 Gottmann JM. *Die 7 Geheimnisse der glücklichen Ehe*, 2002, S. 11.
- 15 von Schlippe A, Schweitzer J. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck und Ruprecht 1996.

Korrespondenz:
Dr. med. Jürg Liechti
Arzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Praxisgemeinschaft
Gutenbergstrasse 5
CH-3011 Bern
info@zsb-bern.ch