

Liebe Kollegen und Kolleginnen,
ich freue mich, dass ich für diese Veranstaltung und zu diesem Thema als Referentin angefragt wurde, denn:
Das Thema „wie Paare den Umgang mit der Erkrankung eines Partners schaffen“ beschäftigt mich viele Jahre, genaugenommen schon seit 20 Jahren. Ich war damals als junge Psychologin in einer großen neurologischen Rehaklinik südlich Freiburgs beschäftigt und konnte dort auf vielfältige Weise erfahren und hautnah miterleben, wie massiv das plötzliche Ereignis eines Schlaganfalls oder die Folgen eines Unfalls das Paar- und Familiensystem verändern. Viele meiner Patienten saßen plötzlich von heute auf morgen infolge der neurologischen Ausfälle im Rollstuhl und hatten mit großen Einschränkungen ihrer Lebensqualität zu kämpfen. In den Gesprächen zur Krankheitsverarbeitung, welche ich mit ihnen und ihren Angehörigen führte, lernte ich, wie die daraus entstandene, tiefgreifende Krise beide Partner zu einem lang andauernden Anpassungsprozess herausforderte. Im Laufe meiner 10 Berufsanfängerjahre dort in der Klinik erfasste ich immer klarer, dass es von sehr verschiedenen Faktoren abhängt, ob dieser Entwicklungsprozess den Paaren gelingt oder nicht.

Was sich aus diesen und vielen anderen vielschichtigen Erfahrungen mit körperlich und psychisch Erkrankten für die Arbeit mit betroffenen Paaren, an nützlichem Vorgehen für uns als Paarberater / innen herauskristallisiert hat, möchte ich für Sie mit diesem Vortrag gerne zusammentragen.

(Hier Gliederung geben): Ich werde.....

1. Geeignete **Modelle** zum Einordnen der Phänomene,
2. kleine **Fallvignetten** zur Veranschaulichung und geeignete
3. **Interventionen** für Berater wechseln einander ab:
Dabei stehen folgende drei Leitfragen im Fokus der Aufmerksamkeit:

Folie 1:

1. Was verändert sich im Paarsystem, wenn ein Partner dauerhaft erkrankt?
2. Vor welche Entwicklungsherausforderungen ist das Paar gestellt?
3. Wie kann dies von professioneller Seite sinnvoll begleitet werden?

Innerhalb eines Paarsystems existieren, wie in jedem anderen lebenden System, zwei grundlegende Tendenzen:

1. die Tendenz zum Herstellen eines Gleichgewichts, der **Homöostase**
2. die Tendenz zur Veränderung, der **Transformation**

Folie 2: Homöostase-Transformation

Dies ist im Laufe der Entwicklung ein beständiger Wechsel zwischen Homöostase und Transformation, Phasen von Stabilität und Instabilität wechseln sich ab. Paarsysteme haben wie auch andere lebende System eine innewohnende Tendenz nach einer Phase des Gleichgewichtes - Homöostase - zu Veränderung drängen... wieder neu ausbalancieren und dann wieder.... erneut nach Transformation drängen ... Übergänge sind krisenhaft. Nun gibt es vorhersehbare Veränderungen (z.B. Paar zur Familie, Paar in der Nachfamilienphase u.a. lebenszyklische Übergänge) , auf die ich mich vorbereiten kann und es gibt unvorhersehbare Veränderungen, wie der Aktienwerteverlust, die Arbeitslosigkeit und ganz klar eine plötzliche Erkrankung oder die plötzliche Erkenntnis der Partner, dass sich eine chronische Krankheit entwickelt hat.

Die **Erkrankung** eines Partners bringt die homöostatische Stabilität massiv aus dem Gleichgewicht und erlaubt nicht, dass das System sich darauf vorbereiten konnte, sondern es wird unerwartet davon überrascht und gerät unter starken Stress.

Ein neues Gleichgewicht auf anderer Ebene muss sich wieder einstellen.

Wie dies gehen kann, und von welchen Faktoren es abhängt, veranschaulicht gut das folgende Modell in Anlehnung an die beiden amerikanischen **Stress-Coping-Forscher Hill und Boss et.al.:**

Folie 3 ABC-X-Modell

Hier wird das Krankheitsereignis als **kritisches Lebensereignis** (A) bezeichnet, welches das System unter Stress setzt. Natürlich hat auch die Art und Schwere der Erkrankung (A) Einfluss darauf, wie ausgeprägt die Krise erlebt wird. Die Höhe des Stresslevels hängt aber nicht allein von der „objektiven“ Schwere des Ereignisses ab, sondern auch von den Ressourcen des Paares. (Bsp.SWK).

Das kritische Lebensereignis setzt also das Paarsystem unter Stress und diesem Stress ist das Paar in einer bestimmten **Lebenswelt** (B) mit bestimmten Umweltfaktoren, (Wohn/ Arbeitssituation, Familien-Finanzsituation), bestimmten psycho-physischen Grundvoraussetzungen (Vulnerabilität= körperlich-seelische Grundausstattung) und Beziehungsgefügen (soziales Netzwerk) ausgesetzt.

Neben dieser „Lebenswelt“ ist aber auch die **Bedeutungswelt** (C) wichtige Grundlage für den Verarbeitungsstil der Krise: d.h. WIE es das Ereignis wahrnimmt und interpretiert, welche Einstellungen die Partner dazu aus ihrer Geschichte mitbringen, von welchen „Skriptüberzeugungen“ sie geprägt sind.

B und C, die individuelle Lebenswelt und Bedeutungswelt der Partner, stellen Ressourcen dar, mit denen das Paar entsprechende Bewältigungsstrategien- **Coping-prozesse** (X) entwickeln, die entweder Stress mindernd oder Stress steigernd wirken.

Die einzelnen Faktoren sind auch Wechselwirkungen ausgesetzt, was durch die Pfeile angedeutet ist: Einzelne Faktoren verstärken oder relativieren sich gegenseitig: (C)

Ob das Paar dem ganzen hoffnungsvoll oder hoffnungslos gegenüber steht, wirkt sich z.B. auf die physiologische Stresstoleranz aus oder auch darauf wie entschlossen das Paar Veränderungen in der Lebenswelt (wohnen, arbeiten) angeht. Weiteres Bsp. für Wechselwirkung: Die positive Erfahrung von Stressminderung kann den Copingprozess günstig beeinflussen, indem das Paar konsequent förderliches Verhalten praktiziert oder gerade das Gegenteil bewirken, wenn es sich eher in negativ-Kreisläufen von Vorwurf und Rechtfertigung immer wieder verhakt. Welche Bewältigungsstrategie jemand anwendet und ob dies einvernehmlich in der Paarbeziehung geschieht oder gegenläufig ausbremsend, entscheidet ebenfalls, wie effektiv diese sein werden.

Dieser Ansatz ist eine nützliche Landkarte im Hinterkopf einer Beraterin, die den ressourcenorientierten Ansatz verfolgt, denn hier wird darauf verzichtet, nach den Ursachen des kritischen Lebensereignisses zu fragen, nach dem „**Woher und Warum**“. Die leitenden Fragen sind hier eher: Das Ereignis ist eingetreten, die Krankheit ist Realität, es geht jetzt um das „**Wozu und Wohin**“: Auf welche Lebenssituation(B) und auf welche Überzeugungen(C) trifft das kritische Lebensereignis(A)? Welche Ressourcen stehen uns zur Bewältigung zur Verfügung? Und welche müssen wir noch entwickeln, damit wir der Krise mit optimierten Copingstrategien (X) begegnen können, um Stress in unserem Paarsystem zu reduzieren und damit wir wieder zu mehr Stabilität gelangen?

Hierzu eine kleine **FALL-Skizze**:

Ein junges Paar *Peter und Elke*, beide berufstätig kommt in Beratung, das Paar kennt sich 3 Jahre.

Eine Besonderheit: Der Mann hat die Erkrankung einer bipolaren affektiven Störung.

Das Paar spricht nicht von der Erkrankung selbst, sondern schildert die Auswirkungen der Phasen, die abwechseln zwischen depressiven und hypomanen Phasen, kurzzeitig unterbrochen von Zuständen vollständiger Remission. Die

Phasen hätten sich gravierend verändert und führten zunehmend zu dramatischen Szenen:

In hypomanen Phasen führe dies zu gesteigerter Agitiertheit des Mannes mit starker Irritierbarkeit und ausgeprägten Autonomiewünsche, welche bei der Frau starke Verlassenheitsängste auslösten, sein Verhalten steigere sich in Grandiosität,...mit dem Motorrad die Kellertreppe auf und ab fahre, oder MA aus seinem kleinen Unternehmen grundlos entlasse. Kleinigkeiten setzten aggressive Impulse in Gang, die z.B. darin endeten, dass er seine Frau an Weihnachten mitsamt des Tannenbaums auf die Straße setze... Hinterher täte ihm alles furchtbar leid, er schließe sich dann von Schuldgefühlen belastet stundenlang in der Toilette ein und sie könne das nicht mehr ertragen. Ihre Verletzungen und Ängste steigerten sich zunehmend, sie sagt: "Wenn ich was falsch mache, droht Gefahr!"

Erste Interventionen zur Wiederherstellung der **Homöostase** fanden vor allem durch Veränderungen in der **Lebenswelt** (**Folie 4**) statt, diese bestanden hierin:

- **Juristische Verträge** schließen, um Wohnsicherheit zu gewährleisten: einjährige Kündigungsfrist für die Frau
- Veränderte Wohnungsaufteilung mit eigenen Räumen für jeden
- **Klare Absprachen**, wann es gemeinsame Zeiten und wann es Zeiten für jeden einzelnen gab, um Spannungsregulierung herzustellen.
- Entwicklung neuer Handlungsstrategien von Elke, wenn Peter aggressiv wurde, indem sie aktiv Maßnahmen zum **Selbstschutz** unternahm und ihre Liebe in den „guten“ Phasen lebte.

Weitere Interventionen bezogen sich auf die **Bedeutungswelt Beider** (**Folie 5**), indem die Phasen nicht als vorübergehende Phasen verharmlost wurden, die es durchzustehen galt, sondern indem diese als Hinweis auf eine ernsthafte, behandlungsbedürftige Erkrankung von Peter anerkannt wurde.

Notwendige Schritte hierzu waren:

- eine **Compliance** von Peter für ärztliche Behandlung zu erreichen, die eine Verbesserung der medikamentösen Einstellung zum Ziel hatte.
- Engere **interdisziplinäre Zusammenarbeit** mit dem behandelnden Facharzt
- **Neue Attribuierung**: Elke erkannte, dass es nicht an ihrem ungenügenden Verhalten lag, ob Peter hypoman reagierte, sondern an der Tatsache, dass er an einer affektiven Störung litt.

Das Paar fand nach einiger Zeit dadurch wieder ein Gleichgewicht und konnte mit der Situation besser leben. Sie wurden jedoch eineinhalb Jahre später Eltern und damit geriet die erreichte Stabilität erneut ins Wanken. Elke hatte vorher nur alleine für sich sorgen und Unterschlupf finden müssen, wenn es brenzlich wurde. Jetzt mit Baby war alles dramatischer und dem Kind unzumutbar.

Ein neuer Prozess mit neuen Lösungen entwickelte sich: Wieder musste das Paar im Bereich der **Lebenswelt** neue Verabredungen treffen:

Er – mittlerweile mit mehr Krankheitseinsicht – ging jetzt, wenn eine hypomane Phase begann, schlief in seinem Büro und überließ ihr das Haus. Außerdem nahm er die mittlerweile unterbrochene medikamentöse Behandlung wieder auf. Sie erhielt per Dauerauftrag das Haushaltsgeld, damit sie und das Kind versorgt blieben. Sie lebte Nähe und Kontakt mit ihrem Mann von nun an „saisonweise“, in seinen remittierten und depressiven Phasen, deren Beginn sie mittlerweile kalendarisch errechnen und sich damit besser darauf einstellen konnte.

Es zeigt sich, dass hier eine Veränderung der subjektiven Krankheitstheorien beider stattgefunden hat, die für uns Berater sehr hilfreich ist:

Folie 6: Heilungsparadigma – Lebensqualitätsparadigma

Eine Entwicklung vom **Heilungsparadigma** (Ziel: Krankheit soll verschwinden: hier: „es sind Phasen, die vorüber gehen

werden“, er wird wieder „normal“ werden -durchhalten) hin zum **Lebensqualität-Paradigma** (Ziel: Erhaltung und Förderung der Lebensqualität, zu der eine verbesserte Symptomatik –hier das Kappen der affektiven Spitzen– als ein Teil dazugehört, aber nicht notwendiger Bestandteil ist.) Es geht also nicht in erster Linie um die Beseitigung der Krankheit, sondern um Leben mit der Krankheit, wobei Heilung bzw. Verbesserung der Symptomatik natürlich nicht ausgeschlossen ist. Es wird davon ausgegangen, dass neben den medizinischen Maßnahmen, die direkt auf die Symptomatik einwirken, auch die anderen Faktoren (B und C) gestärkt werden müssen, um Einfluss auf das Krankheitserleben zu gewinnen. So kann sie in das Leben integrierbar und für das Paar bewältigbar werden.

Ich will diesen Fall hierbei belassen und noch ein weiteres Modell zeigen, welches mir bei der Beratung mit betroffenen Paaren als weitere Orientierung immer wieder sehr nützlich ist:

Folie 7: Drei-Zeiten-Modell

Unsere systemisch-integrative Sichtweise von Paarbeziehung bezieht auch die verschiedenen **zeitlichen Kontexte** mit ein. Das bedeutet, dass das kritische Lebensereignis auf ein besonderes Zusammenspiel des Paares in der Gegenwart trifft und dieses stört. Die Art und Weise, wie das Paar sich neu ausbalanciert hängt auch von Lernerfahrungen aus der Vergangenheit und von den jeweiligen Zukunftsvisionen ab. Bezogen auf unseren Fall spielte es eine wichtige Rolle, dass Elke als 10-jährige bei ihrem einzigen Bruder den ersten schizophrenen Schub miterlebte, darauf entsprechend hilflos und ohnmächtig reagierte und diese Muster nun bei ihrem Mann wiederholte. Für ihn war eine andere Lernerfahrung aus seiner Vergangenheit prägend: Sein Bruder suizidierte sich mit 15 Jahren und Peter war seither von Schuldgefühlen belastet, die sich re-inszenierten, wenn er Elke wieder verletzt hatte. Es geht also nicht nur um die **gegenwärtigen** Handlungsstrategien der Bewältigung, sondern auch darum, wie das Paar in seiner Paargeschichte und wie jeder einzelne in

seiner individuellen **Vergangenheit** bisher mit Krisen umgegangen ist.

Besonders der Zukunftsaspekt wird in der Beratung mit Paaren, bei denen einer chronisch erkrankt ist, bedeutsam: Welche Herausforderung für die **Zukunft** liegt in diesem kritischen Lebensereignis, welches uns getroffen hat? Welche Chance für Entwicklung liegt in der krankheitsbedingten Störung für Dich, für mich, für uns als Paar? Was müssen wir verändern in unserer Vision, was sogar verabschieden und wozu müssen wir neu „Ja“ sagen?

Bei *Peter und Elke* bestand die Entwicklungsherausforderung für Elke darin, sehr viel selbstständiger zu werden. Sie initiierte dass, juristische Verträge über Kündigungsschutz geschlossen wurden, dass sie sich in den Phasen, wo er nicht für sie da sein konnte, für sich selbst sorgte, eine alternative Wohnmöglichkeit organisierte und sich regenerierte mit dem Beginnen eines Yogakurses. Noch wichtiger wurde dies, als beide Eltern wurden und Elke phasenweise die Organisation der Kindesversorgung ganz übernehmen und ein ideales Wunschmodell „Familie“ verabschieden musste....

Ehe ich meine Ausführungen mit weiteren geeigneten Arbeitsmodellen und einem weiteren Fall fortsetze, möchte Sie zu einem kleinen Experiment einladen und zwar folgendermaßen:

ÜBUNG:

Ich bitte Sie jetzt, dass sie mit Ihrem Nachbarn für kurze Zeit ein Paar bilden. Einer ist in der Rolle der Erkrankten, einer in der Rolle des Gesunden. Wenn sie sich gefunden haben, signalisieren Sie dies, indem sie beide sich schweigend von ihren Sitzen erheben.

WARTEN.....

Derjenige, der die Rolle des erkrankten Partners übernimmt, setzt sich jetzt wieder hin:

Bleiben sie einen Moment im Gedanken und in der Vorstellung, als Paar in diese Situation gekommen zu sein und spüren Sie,

wie sich das anfühlt, in der jeweils stehenden oder sitzenden Position zu sein,
In der Rolle der Erkrankten, der nimmt und in der Rolle des Gesunden, der gibt.
Schauen Sie genau, was passiert, innerlich, gedanklich, emotional.....

AU S T A U S C H (5 Min.)

Es ist anscheinend mehr passiert, als dass nur einer krank geworden ist, es ist auch etwas im gesamten Paarsystem geschehen.

Fallvignette 2:

Ein Paar, *Manfred und Gertrud* bitten um Beratung, beide Mitte 50, über 30 Jahre verheiratet, Gertrud ist im Lehrbereich tätig, Manfred als Führungskraft in einer Firma, die beiden Kinder mit 18 und 23 gerade aus dem Haus. Vor 4 Jahren war die Frau Dialysepflichtig geworden. Dies war ein schwerer Einschnitt in die lang dauernde Beziehung. Der Mann hatte vor einem Jahr eine Affäre mit einer Mitarbeiterin begonnen, diese aber wieder beendet und sich entschlossen, die Ehe weiter zu führen. Dennoch gehe es ihnen in der Beziehung sehr schlecht, sie stritten oft und die Atmosphäre sei immer noch vergiftet. Der Mann habe die Verletzung seiner Frau anerkannt und mehrmals bereits zum Ausdruck gebracht, wie leid ihm alles täte und er kümmere sich jetzt noch mehr um sie. Die Frau möchte ihm zwar verzeihen und mit ihm „neu“ beginnen, aber dies gelänge ihr einfach nicht.

Bis zur Erkrankung sei eigentlich alles gut gewesen, er ein toller Vater, habe sich trotz anstrengender Berufstätigkeit viel um die Kinder gekümmert. Sie habe viele Interessen gehabt und neben der Lehrtätigkeit mit Freude Haus und Garten versorgt, sei gerne gereist und mit Freunden gewandert.

Durch die Erkrankung hat sich viel geändert. Sie ist jetzt nach dem Schulvormittag „erledigt“, hat keine Kraft mehr, den

Garten versorgt jetzt er alleine und darüber hinaus noch vieles mehr im Haushalt. Sie muss sich oft hinlegen und ausruhen, eine Menge Zeit kosten sie die 3 Dialysetermine pro Woche. Reisen können sie nur noch wenig und dann mit riesigem organisatorischen Aufwand, um vor Ort Dialyse zu gewährleisten. Der Mann nimmt jetzt mehr in die Hand und organisiert das meiste ohne sie. Er reist nun auch oft alleine, was sie zwar unterstütze und ihm gerne gönne, aber was auch zu immer weniger Gemeinsamkeit führe.

WAS ist geschehen ?

An den Polaritäten lässt sich gut zeigen, welche Störung das Paarsystem durch die Erkrankung der Frau erfahren hat:

Folie 8- Polaritäten)

- Bindung – Autonomie (Polarität Nähe - Distanz)
- Führen - Sich anschließen (Polarität der Macht)
- Geben - Nehmen (Polarität des emotionalen Austauschs)

Während Paare bei der Gestaltung ihrer Lebenswelt immer in einer gewissen Art und Weise die hier gezeigten Pole besetzen und im günstigen Fall auf einen Ausgleich zwischen den Polen achten, gerät dies durch die Erkrankung eines Partners völlig aus den Fugen.

Hier gibt es zwei Möglichkeiten der Reaktion:

1. Entweder das Paar begegnet dieser Irritation durch **Verstärkung des alten Musters**, und somit durch Verstärkung der Dysfunktionalität, was je nach Schwere der Erkrankung entweder gar nicht oder nur noch in Ansätzen möglich ist, oder:
2. das ins-Wanken-Geraten der alten Stabilität wird als **Chance** ergriffen, die alten Muster zu verändern und zu einer neuen Stabilität zu kommen.
Polarisierungen müssen dann aufgelöst werden zugunsten einer beweglichen, Balance der Partner zwischen den jeweiligen beiden Polen. Also das Paar muss eine Flexibilisierung der Muster hinkriegen.

Und genau das ist bei Paarbeziehungen von langer Dauer umso schwerer. So auch bei **Gertrud und Manfred**:

Bis es zur Erkrankung kam, war das Paar insofern ausbalanciert, dass es viele gemeinsame Nenner und damit viel „wir“ in der Beziehung gab. Dazu gehörte, dass beide arbeiteten und beide sich zuständig fühlten für die Lebensorganisation. Beide setzten sich für gemeinsame Interessen ein, wie zum Bsp. Reisen in ferne Länder. Auf der **ersten** Dimension bestand demnach ein guter Wechsel zwischen einzelnen, autonomen Aktivitäten und Pflege der Paarinsel. Da beide abwechselnd Initiative zeigten, also auf der Machtdimension eher ein wechselseitiges Besetzen der Pole sich eingependelt hatte, herrschte bei beiden hierüber Zufriedenheit. Auch ein Ausgleich in **Geben und Nehmen** war in ähnlicher Weise bei ihnen etabliert, besonders unterstützt durch die Tatsache, dass sie ein weitgehend ebenbürtiges Familienmodell gelebt hatten.

Mit Sicherheit hatte diese Zufriedenheit in der Vergangenheit des Paares, von welcher sie immer wieder in den Sitzungen berichteten, viel mit der gelungenen Etablierung einer „dynamischen Balance“ zu tun, welche ihnen ermöglichte, die Pole über ihre lange Beziehungsdauer flexibel zu besetzen.

Die Erkrankung der Frau führte zu einer deutlichen Veränderungen, nämlich dem **Verlust dieser gewohnten und zufriedenstellenden Wechselseitigkeit**. Sie erzeugte eine Verschiebung des Gleichgewichtes auf allen drei Polaritäten: Gertrud war plötzlich in erheblichem Umfang auf die Hilfe ihres Mannes angewiesen und verlor eigene Lebensqualität und Freiheit, sowie Selbstbestimmung. Auf der Dimension **Autonomie-Bindung** war plötzlich **sie** diejenige, die Nähe und mehr Kontakt forderte und der Manfred, derjenige, welcher Autonomie und Distanz verteidigte. Eine zusätzliche Belastung in der Lebenswelt von Manfred kam hinzu, als er in seiner Rolle als Führungsperson mit Personalverantwortung 34 Entlassungen aussprechen musste

und gleichzeitig zu Hause die Haushaltsführung zum großen Teil übernehmen musste. Obendrein – wohl das Schlimmste für ihn– verlor er an seiner Seite eine bis dahin verlässliche Stütze und gesunde Partnerin.

Er war nun derjenige, der fast ausschließlich **geben** musste und sie diejenige, die überwiegend von ihm **nahm**. Die Erkrankung zwang beide dazu, völlig neue Rollen einzunehmen und eine Perspektive auf möglichen Ausgleich gab es für beide zunächst nicht. Ein Versuch hierzu wurde von der Frau zwar unternommen, indem sie ihren Mann alleine verreisen ließ, auch länger und nach Übersee, dies aber reduzierte zusätzlich ihre gemeinsame Zeit und entfernte das Paar noch mehr voneinander.

Die kurze Außenbeziehung Manfreds kann als Lösungsversuch verstanden werden, aus seinem Zustand völliger Überforderung heraus zu kommen, etwas zu „kriegen“, nicht dauernd Gebender zu sein und zugleich seinem Bedürfnis nach Autonomie zu entsprechen.

Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass die **Copingstrategien** des Paares den Stress eher erhöhten, da Gertrud immer wieder in eine Vorwurfshaltung ging und ihm damit die gesamte Schuld der Veränderung zuschob und er dies auch zuließ. Auch hier war es jetzt zu einer erheblichen Verschiebung auf der Polarität **Macht** gekommen, denn Gertrud bestimmte nun weitgehend, was, wie geschehen sollte und Manfred passte sich äußerlich den Vorschlägen seiner Frau an, während er sich innerlich emotional zurückzog. Die Selbstorganisation des Paares hatte zwar ein neues Gleichgewicht hergestellt, jedoch ging es mit einem hohen Stresslevel einher: Es hatte sich eine Negativspirale zwischen beiden etabliert hatte und ein erstarrtes und damit suboptimales Gleichgewicht war entstanden. Die zentrale Frage des Therapeuten lautet hier:

Folei 9: Zu welcher Entwicklung fordert die Krise das Paar heraus?

Gertrud müsste - als die chronisch Erkrankte- sich mit dem eigenen Krankheitsprozess auseinandersetzen Das hätte eine Stärkung der Ressourcen der **Bedeutungswelt** zur Folge. Aber es ginge mit sehr schmerzlichem Trauern und Abschiednehmen von Gesundheit und empfundener Vollkommenheit des eigenen Körpers einher. Sie müsste die Hilfe und Unterstützung des Mannes auch innerlich annehmen und die Schiefelage von Geben und Nehmen durch das Annehmen seiner Hilfen im gemeinsamen Leben und durch Dank an ihn ausgleichen.

Annehmen und Danken wäre ein Ausgleich dafür, dass Manfred mehr gibt und Gertrud - situationsbedingt- mehr nimmt.

In den Beratungen von Manfred und Gertrud kam der Schmerz des Abschiednehmens von Gesundheit nicht vor - an diese Stelle trat immer wieder der Vorwurf als Folge der Verletzung durch die Außenbeziehung des Mannes und - er blieb und sicherte damit - suboptimal - einen Ausgleich im Geben und Nehmen. Im Aufrechterhalten und nicht-Verzeihen dieser Verletzung hatte sich das Paarsystem ebenfalls auf ungute Weise wieder in ein Gleichgewicht gebracht.

Hier waren zugleich 2 kritische Lebensereignisse (Außenbeziehung und Erkrankung) zusammen getroffen, die das Paar nicht verkraftete.

Auch nach einem etwa einjährigen Beratungsprozess mit vielem Suchen und Ringen, gelang es Gertrud nicht, ihre Verletzung loszulassen oder dem Mann etwas als Ausgleich abzuverlangen, um damit Frieden zu finden. Der Schmerz des Untreueaktes ihres Mannes war leichter zu ertragen, als der Schmerz über den Verlust von Vitalität und Gesundheit. Manfred war es nicht möglich den Anfechtungen seiner Frau standzuhalten oder sich angemessen davor zu schützen, er entfernte sich innerlich so sehr von Gertrud, dass er in der Trennung die einzige Lösung sah. Im letzten Einzelgespräch sagte er. „Immer diese kleinen Spitzen...was soll ich noch alles tun? Ich kann nicht mehr!“

P A U S E

Ich möchte im folgenden Teil die zentralen Kriterien noch einmal vor Augen führen, welche für den Verlauf des Anpassungsprozesses eines Paarsystems relevant sind. Ich fasse hierzu die wichtigen Punkte zusammen und nenne jeweils dazu geeignete therapeutische Interventionsmöglichkeiten:

Folie 10 - Folgen von Erkrankung für die Paarbeziehung (und die therapeutische Implikationen dazu)

(gültig für körperliche und psychische Erkrankungen)

1. Verschiebung von Rollen und Aufgaben im Paarsystem

- Eine *Stütze verloren*, gP Tätigkeiten neu lernen und Verantwortlichkeiten übernehmen, die vorher aufgeteilt waren.
- Bei Erkrankung des Mannes muss oft die *Ernährerrolle* von der Ehefrau übernommen werden, was mit der Wiederaufnahme, einem Neuerwerb oder Ausbau des bisherigen Berufes einher geht.
- Der gP muss auch *Vermittlerrollen* im Familiensystem übernehmen, was oft ungewohnt ist, z.B. zwischen eP und Kindern oder Helferpersonen und eP.
- gP zum Gebenden, der kP zum Nehmenden. Der gP wird mehr zum *fürsorglichen Elternteil*, der eP zum *Kind*.
- Versorgungswünsche des eP führen zur *Überforderung* des gP.
- Zurückstellen bis *Verzichten* auf eigene Bedürfnisse des gP. und damit zu einem Verlust von Ebenbürtigkeit.

Therapeutisches Vorgehen:

1. Ausgleich anregen durch **Anerkennung und Dank**. „Was ich von dir bekommen habe und wofür ich dir danke“, (Komapat., der seiner Frau dankt für die Wochen, die sie an seinem Bett saß).

2. Erlaubnis zur Entlastung geben lassen. Der kP hat was davon, wenn der gP sich regeneriert. Regelmäßig Erholungszeiten und Aktivitäten einplanen.

2. Erkenntnis, dass ich für meinen gP jetzt eine Zumutung bin und ihm Grenzen der Belastbarkeit zugestehen muss.

„Begrenztheit anerkennen anstatt alles oder nichts“.

3. Entromantisierung des Liebesideals: Die Liebe trägt nicht alles, vieles aber durchaus.

2. Veränderung des Umfeldes

- Verändern der Wohnsituation, oder gar Umzug
- finanzielle Belastung
- sozialer Abstieg
- Sozialkontakte verändern sich
- Isolierung, dadurch stärkere Abhängigkeit vom gesunden Partner

Therapeutisches Vorgehen:

1. Kreative Lösungen anregen, wo können Kosten gespart werden,

2. Einbeziehung von Helfern und Helfersystemen- eine Putzhilfe, ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen und das Nutzen von Beziehungen und Freundschaften die Gesprächspartner und emotionale Stütze sein können.

2. Das Schaffen neuer gemeinsamer **Interessen**, auch wenn diese im engeren Rahmen nur noch möglich sind.

- Manfred und Gertrud: anstatt anstrengender Fernreisen...kleine Entdeckungsreisen im heimatlichen Umkreis

3. Hoffnung induzieren „sie werden das schaffen“

4. hypothetische Fragen stellen und Szenarien in sensu durchspielen: Was wäre, wenn

3. Hohe emotionale Belastung

- Vor allem sind es Schuldgefühle, die in erheblichem Masse auftauchen. Und zwar einerseits beim gP, nicht genügend auf den anderen geachtet zu haben, Behandlungen und Untersuchungen versäumt zu haben, die hätten das Unglück doch abwenden können oder mit zunehmender Psychologisierung der Krankheiten -wie in der Literatur zu finden- auch emotional den anderen belastet zu haben und damit zur Erkrankung beigetragen zu haben.
- Weitere Schuldgefühle entstehen, wenn der gP eigene Bedürfnisse oder Wünsche äußert oder sich diese gönnt.
- Andererseits entstehen Schuldgefühle beim eP, weil er glaubt, nur noch eine Last zu sein, nicht soviel zurückgeben zu können, nie einen Ausgleich schaffen zu können, das geplante Lebenskonzept zerstört zu haben etc.(MEMO: Ein Pat. der SWK- Hemiplegie....“Das Schlimmste...“)
- Das viele Teilen, Aushalten-müssen, von Gefühlen des eP, die im Rahmen der KV auftreten. (Angst, Wut, Trauer, Ärger, Bagatellisieren, Neid, Schuld, irrationale Hoffnungen und Verleugnung des Ausmaßes der Erkrankung sind alles Gefühle, die der gP mitträgt- mitfühlt)
- Eine weitere emotionale Belastung ist die Sorge des gP, unter der Last der Versorgung selbst zusammenzubrechen und den eP dann im Stich lassen zu müssen
- Besonders hoher emotionaler Stress beim gP entsteht, wenn sein erkrankter Partner an einer psychischen Störung leidet, diese aber ohne Krankheitseinsicht, und damit unbehandelt bleibt: Der gP muss damit leben lernen, dass er den Symptomen seines Partners weiterhin ausgesetzt sein wird, muss lernen sich dazu adäquat zu verhalten und selbst zu schützen vor Überlastung oder direkten Angriffen.(z.B. bei Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung)

Therapeutisches Vorgehen:

1. viel affektive Rahmung, anerkennen der massiven Belastung
2. Verhandlungen anleiten darüber, wann wo uns wie Inseln der Erholung geschaffen werden können und diese sicher etablieren.
3. Erkennen von Grenzen des Paarsettings: Bei Borderlineakzentuierten Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen, Essstörungen oder Suchterkrankungen ohne Krankheitseinsicht ist dringend eine Einzeltherapie für den gP zu empfehlen, in welcher dieser seine eigenen Ressourcen stärken kann und entsprechende Copingstrategien für den Umgang mit dem kP und für eine angemessene Gestaltung der Lebensorganisation mit Hilfe des Therapeuten erarbeitet werden.

4. Verlust von Lebensqualität

- gewohnte, gemeinsame Aktivitäten gehen verloren
- Sexualität ist beeinträchtigt oder als Folge der Erkrankung wie bei Depressionen (Libidoverlust) oder / sensorische / Körperwahrnehmungsstörungen, die genitale Sexualität rein funktionell beeinträchtigen / verhindern oder körperlich-ästhetische Veränderungen (Brustamputation), die Schamgefühle erzeugen.
- Beim eP findet eine tiefgreifende Selbstwertkrise angesichts des Verlustes von körperlicher Attraktivität und Vitalität statt.
- die Gespräche ändern sich- alles dreht sich jetzt um Krankheit und deren Auswirkungen.
- Das Paar muss sich gegebenenfalls mit Vergänglichkeit, Sterben und Tod auseinandersetzen, und das zeitlich früher, als es „normalerweise“ der Fall ist.

Therapeutisches Vorgehen:

1. Begleitung eines Abschiedsprozesses. Die einstige Vision über die Liebesbeziehung / des Lebensentwurfes aufgeben

2. Uneindeutiger Verlust für den gP, er muss trauern um den Partner, den er einmal geheiratet hat, den er sich vorgestellt hat und erneut „Ja“ zum Partner sagen
3. Anerkennung von Grenzen beider
4. Trennungswünsche respektieren, Unterstützung bei der moral. Entlastung durch stützende Erlaubnissätze.

Letzter Teil meines Vortrages noch einige Anmerkungen:

Bei körperlichen Erkrankungen wie Krebs, Schlaganfall, Niereninsuffizienz etc. richten sich die Hilfsangebote eher einzeln an den erkrankten Partner. Das Paar wird „vereinzelt“. Wenn ein Partner ein Problem, hier eine chron. Krankheit, hat aber immer auch der andere ein Problem. Doch die Paare und Helfersysteme selbst haben dieses Selbstverständnis oft nicht. Sie glauben, eine körperlich chron. Erkrankung sei das Problem des Erkrankten und **dem** müsse man helfen wieder gesund zu werden (Heilungsparadigma). Sie glauben oft, es handle sich um ein Problem der Kategorie der unlösbaren Probleme und lehnen von daher Beratung eher ab. (nach dem Motto: „Was nützen dem gelähmten Bein meines Mannes irgendwelche Gespräche?“)

Bei psychischen Störungen hat sich in Fachkliniken mittlerweile das Selbstverständnis entwickelt, auch Angehörige aktiv in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen.

Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass Angehörige von neurologischen Patienten bis heute –auch aus Kostengründen– oft allein gelassen werden. Gerade hier sind die Veränderungen des Patienten aber sehr subtil. Der Erkrankte ist zwar bei Entlassung wieder mobil, aber die neuro-psychologischen Veränderungen sind noch da. Z.B. Gedächtnisprobleme, Aufmerksamkeits- und Belastungsstörungen bleiben als Residualzustand bestehen und verändern die Persönlichkeit und belasten die Partnerschaft.

Allen Erkrankungen ist gemeinsam, dass in erster Linie der Erkrankte selbst die Verantwortung dafür tragen muss, seine Krankheit ernst zu nehmen und sich um eine geeignete

Therapie zu kümmern, um wieder mehr „partnerschaftstauglich“ zu sein.

Deswegen ist es immer auch unsere Aufgabe, darauf zu achten, dass in der Paarberatung eines betroffenen Paares dieser Teil zuallererst geklärt wird:

Welche Maßnahmen wurden bisher zur Therapie der Erkrankung vorgenommen, was war das Ergebnis, welche klinischen Unterlagen gibt es dazu, wurden alle empfohlenen medizinischen Hilfen ausgenutzt?

Oftmals wird zu rasch auf die paarbezogenen Aspekte verwiesen, die zur Entstehung der Krankheit beigetragen haben könnten. (Krebs, Depression, Ängste) Von einer Psychologisierung der eingetretenen Erkrankung iSv: („Weil Du, weil ich das und das getan oder nicht getan habe, bin ich krank geworden.“) halte ich wenig. Sie belastet zu all der ohnehin schweren Last unnötig mehr.

Hier ist es wichtig, entschieden und klar einen ressourcenorientierten Standpunkt zu vertreten und das **Lebensqualitätsparadigma** konsequent zu verfolgen.

Die Veränderungen durch Erkrankung eines Partners sind so bedeutsam, da sich im Paarsystem eigentlich alles ändert und eine tiefgreifende, manchmal jahrelange andauernde Krise ausgelöst wird. Einfluss haben wir auf die Tatsache der Erkrankung nur begrenzt, auf die Stärkung und Aktivierung vorhandener **Ressourcen** umso mehr.

Sobald die Lebenswelt besser funktioniert und wir das Paar dafür gewonnen haben, Hilfen anzunehmen, ist es wichtig, den Fokus auf die Ressourcen der Bedeutungswelt zu richten z.B. im Sinne von einer Äußerung wie:

„Es fällt schwer der Erkrankung ins Auge zu sehen und mit ihr zu leben, dennoch erleichtert es vieles, wenn Sie ihr gemeinsames Leben danach neu ausrichten.“ ...

Hierbei sollten wir die Partner dabei unterstützen, immer wieder innezuhalten und in sich hineinzuspüren, ob in ihrem Herzen noch etwas von der **Liebe** lebt, die sie einmal zusammengeführt hat. Wenn sie mit dieser Liebe wieder in Kontakt kommen, dann wächst daraus auch die Kraft für einen

Neuanfang, auch unter diesen stark veränderten Bedingungen.

Dies heißt auch:

Erneut „JA“ zu seinem Partner sagen, ihn nehmen, mit dem, was -jetzt neu- zu ihm gehört, seinen Grenzen zustimmen und damit auch den Grenzen der Machbarkeit. Hier helfen angeleitete ritualisierte Paardialoge, wie z.B. die bewegende Szene in einer Sitzung mit Peter und Elke es war:

„Ich anerkenne Deine Grenzen und verlange nicht mehr, dass Du mehr geben musst, als Du kannst.“

Es ist dies sicherlich eine Haltung von beiden Partnern, die Ausdruck besonderer Größe und persönlicher Reife ist.

Helfen können wir besonders, wenn wir das Paar im Prozess begleiten und zwar in dem Tempo, welches die **Entwicklungsgeschwindigkeit des Paares** ist.

Tragend dabei ist eine innere **Haltung** von **Respekt** für und Vertrauen auf die innewohnenden Kräfte und Tendenzen des Paarsystems, die ermöglichen, dass es zur Entwicklung und einer Neu-Organisation des Paarsystems auf einer anderen Stufe kommen kann.

Es ist so betrachtet auch eine Haltung, die etwas Demütiges hat, **Demut** ausdrückt vor den größeren Zusammenhängen, auf die wir nur begrenzt oder gar keinen Einfluss haben.

Und zum Schluss noch: **folie 12: Bild**

Für Paare, bei denen ein Partner dauerhaft erkrankt ist, ist es wohl unausweichlich, **Abschiede** zu vollziehen, Lebensentwürfe zu verändern und damit aber auch eine neue Tiefe und neue Arten von Glück zu entwickeln. Arten von Glück, welche nicht in Äußerlichkeiten liegen, sondern mehr in der Augenblicklichkeit zu finden sind.

Oder mit Worten H.Hesses aus dem Gedicht „Stufen“ ausgedrückt:
.....„wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten“,
„des Lebensruf an uns wird niemals enden, wohlan denn Herz,
nimm Abschied und gesunde“.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

©Dipl.Psych.Friederike v.Tiedemann