

Die Rolle der Partnerschaft: Alkoholabhängigkeit als «We-Disease»

(Ehe-)Partner beeinflussen sich in ihrem Befinden und Verhalten gegenseitig stark. Erkrankt ein Partner an einer psychischen Störung, belastet dies beide Partner gleichermassen. Eine psychische Störung ist deshalb kein individuelles Problem, sondern ein gemeinsames, eine «We-disease». Eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Sinne einer «We-Disease» führt zu besseren Behandlungserfolgen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit und stärkt gleichzeitig auch die Ressource Partnerschaft.

Lorena Leuchtmann

M.Sc., Lehrstuhl für Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien, Psychologisches Institut, Universität Zürich, Binzmühlestrasse 14/23, CH-8050 Zürich, Tel.: +41 (0)44 635 73 39, lorena.leuchtmann@psychologie.uzh.ch, www.tinyurl.com/y7vtvlo

Guy Bodenmann

Prof. Dr., Lehrstuhl für Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien, Psychologisches Institut, Universität Zürich, Tel.: +41 (0)44 635 75 33, guy.bodenmann@psychologie.uzh.ch, www.tinyurl.com/y7vtvlo

Schlagwörter: Partnerschaft | Angehörige | dyadisches Coping | We-Disease | Alkoholabhängigkeit |

Beziehung als Protektivfaktor für Gesundheit

Sozial gut integrierte Personen, die von nahestehenden Personen in belastenden Momenten unterstützt werden, leben länger. Der Einfluss von sozialer Integration und Unterstützung auf die Mortalität ist ähnlich stark wie der Einfluss von klassischen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum.¹ Unter den verschiedenen sozialen Beziehungen eines Menschen spielt die Beziehung zum (Ehe-)Partner² eine ganz besonders wichtige Rolle. Personen, die in einer Partnerschaft leben, haben einen gesünderen Lebensstil, ein geringeres Risiko für akute und chronische Krankheiten (wie z.B. Krebserkrankungen, Herzinfarkt) und leben länger.³ Diese gesundheitsförderliche Wirkung zeigt sich besonders deutlich in glücklichen Beziehungen, d.h. in Beziehungen, welche die Partner selbst als zufrieden beurteilen. So zeigte die Michigan Herzinfarkt-Studie z.B., dass 4 Jahre nach einem schweren Herzinfarkt 55% der Patienten in unglücklicher Partnerschaft im Vergleich zu 30% in glücklichen Partnerschaften verstarben.⁴ Eine höhere Partnerschaftsqualität geht nicht nur mit einer besseren körperlichen Gesundheit einher, sondern hängt auch signifikant mit verschiedenen psychischen Störungen zusammen. So leiden Menschen, die in einer unzufriedenen Partnerschaft leben, z.B. häufiger an Angststörungen, affektiven Störungen und substanzinduzierten Störungen.⁵ Die Qualität der Partnerschaft ist einer der wichtigsten Prädiktoren für das psychische Befinden und die somatische Gesundheit eines Menschen.

Gründe für die Bedeutung der Partnerschaft für die Gesundheit

Ein erster zentraler Grund, wieso der Partner in Bezug auf die eigene Gesundheit eine so bedeutende Rolle spielt, liegt darin, dass zwischen den beiden Partnern eine starke Interdependenz besteht. Das Befinden und Verhalten des einen Partners beeinflusst immer auch das Befinden und Verhalten des anderen. Diese Beeinflussung kann im positiven Sinne erfolgen, sodass z.B. eine Einschränkung des Alkoholkonsums des einen Partners die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der andere Partner seinen Alkoholkonsum ebenfalls reduziert.⁶ Die gegenseitige Beeinflussung bedeutet jedoch auch, dass sich eine schlechte Befindlichkeit des einen Partners negativ auf die des anderen auswirkt. So zeigte eine Studie mit Daten von über 11'000 Frauen, dass Alkoholprobleme des Mannes mit einer geringeren Lebensqualität und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für affektive Störungen und Angststörungen seitens der Partnerin einhergingen, auch nachdem für den Einfluss von konfundierenden Faktoren, wie dem eigenen Alkoholkonsum der Frau, kontrolliert wurde.⁷ Dabei scheint die gegenseitige Beeinflussung tatsächlich kausaler Natur zu sein: Eine Längsschnittstudie zeigte, wenn ein Partner vermehrt ängstliche oder depressive Symptome zeigte, wies der andere Partner ein Jahr später ebenfalls vermehrt Schlafprobleme, depressive oder ängstliche Symptome auf.⁸ Partner beeinflussen sich aufgrund der starken Interdependenz gegenseitig stark, was im systemisch-transaktionalen Modell von Bodenmann⁹ abgebildet wird. Im Kontext von psychischen Störungen bedeutet dies, dass eine psychische Störung des einen Partners immer auch den anderen Partner belastet, ganz im Sinne von «Dein Problem ist auch mein Problem».

Ein zweiter zentraler Grund für die Relevanz der Partnerschaft in Bezug auf die eigene Gesundheit liegt darin, dass sich Partner in belastenden Situationen wie z.B. wenn ein Partner an einer psychischen Störung leidet, gegenseitig unterstützen können. Diese gegenseitige Unterstützung innerhalb der Partnerschaft nennt man dyadisches Coping. Mit dem dyadischen Coping haben Paare Bewältigungsmöglichkeiten, die einem Individuum ohne Partnerschaft nicht zur Verfügung stehen. Paare, die besseres

dyadisches Coping¹⁰ zeigen, sind nicht nur zufriedener in ihrer Partnerschaft¹¹ und weniger gefährdet sich zu trennen,¹² sondern sind auch psychisch und physisch gesünder.¹³ Die Ressource der Unterstützung durch nahestehende Bezugspersonen entspricht im Bio-Psycho-Sozialen Modell¹⁴ der «sozialen» Komponente. Diesem Modell folgend werden nahestehende Bezugspersonen bei der Behandlung von psychischen Störungen häufig als Quellen der Unterstützung betrachtet und sollten in diesem Sinne auch in die Behandlung miteinbezogen werden.

Grenzen der partnerschaftlichen Unterstützung

Insbesondere bei chronischen Belastungen gibt es wichtige Grenzen der partnerschaftlichen Unterstützung, die zu beachten sind. Wenn nämlich die partnerschaftliche Unterstützung über längere Zeit unausgeglichen, d.h. einseitig, erfolgt, kann dies sowohl für die unterstützende Person als auch für die unterstützte Person negative Folgen haben. Gerade im Kontext von psychischen Störungen und chronischen physischen Erkrankungen entsteht dieses Ungleichgewicht häufig: Der belastete Partner wird als unterstützungsbedürftig wahrgenommen und der gesunde Partner bekommt dadurch primär die Rolle der unterstützenden Person zugewiesen. Diese einseitige Rollenverteilung hat längerfristig fatale Konsequenzen für das Befinden beider Partner.

Auf Seiten der unterstützenden Person kommt es bei einseitiger Unterstützung längerfristig zu einer Überlastung, was mit der Entwicklung von psychischen oder physischen Symptomen einhergehen kann. So haben z.B. pflegende Angehörige innerhalb von 4 Jahren ein um 63% erhöhtes Mortalitätsrisiko.¹⁵ Zudem ist gerade auch bei psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, oft zu beobachten, dass die Unterstützung mit der Zeit aufgrund der Einseitigkeit nur noch halbherzig erfolgt oder widerwillig gegeben wird,¹⁶ was zur Entwicklung von negativen Interaktionsmustern in der Beziehung führen kann. Dies geht häufig mit einer Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit einher, was dann wiederum die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen bei beiden Partnern begünstigt und sich negativ auf den Verlauf der bereits bestehenden Störung auswirkt.

Auch für die unterstützte Person ist einseitige Unterstützung längerfristig schädlich. Personen, die ihrem Partner über längere Zeit keine Unterstützung geben konnten, haben höhere Mortalitätsraten.¹⁷ Über längere Zeit Unterstützung zu brauchen und auch zu erhalten, gleichzeitig aber wenig zurückgeben zu können, führt häufig dazu, dass sich der unterstützte Partner wertlos und nutzlos fühlt. Es kann sehr unangenehm sein, das Gefühl zu haben, das Leben des Partners durch die eigene Erkrankung zu erschweren und ihm eine Last zu sein. Einseitige Unterstützung kann damit auch auf Seiten des unterstützten Partners dazu führen, dass dieser durch die Unausgeglichenheit im Geben und Erhalten von Unterstützung zusätzlich belastet wird.

Schlussfolgerung für die Behandlung von psychischen Störungen: Störung als «We-Disease»

Eine Sichtweise, bei welcher der eine Partner der «kranke» oder «belastete» Partner ist und der andere Partner als Quelle der Unterstützung gesehen wird, greift aufgrund der obigen Ausführungen bei länger andauernden Belastungen, wie dies bei einer psychischen Störung der Fall ist, zu kurz. Diese Sichtweise vernachlässigt, dass der gesunde Partner durch die Erkrankung des andern gleichermassen belastet ist und dass der belastete Partner trotz seiner Krankheit Ressourcen hat und es für ihn wichtig ist, diese in die Partnerschaft einbringen zu können. Eine Sichtweise, welche die Aufteilung von «krankem» und «gesundem» Partner aufgibt und stattdessen beide Partner als durch die psychische Störung belastet betrachtet, wird der Realität gerechter. Die Störung des einen Partners wird damit nicht mehr als individuelles Problem betrachtet, sondern als gemeinsames Problem, das beide Partner

betrifft, als «We-Disease».

Der Begriff der «We-Disease» wurde ursprünglich im Kontext von Krebserkrankungen eingeführt.¹⁸ Mittlerweile wird das Konzept im Kontext von verschiedenen psychischen und somatischen Erkrankungen diskutiert. Das Konzept der «We-Disease» ist daher ein allgemeineres Modell, das nicht nur im Kontext von Sucht Anwendung findet. Im Gegensatz zur Thematik der «Co-Abhängigkeit» wird die Unterscheidung zwischen krankem und gesundem Partner aufgegeben und es dreht sich nicht alles um den Patienten und seine Sucht. Während sich in der Co-Abhängigkeit der Partner quasi völlig aufgibt und auch sein Handeln, Denken und Fühlen von der Sucht des Partners bestimmt wird (z.B. durch Kontrollieren, Verantwortungsübernahme, Mittrinken etc.), meint das Konzept «We-Disease», dass beide weiterhin ihren eigenen Stellenwert haben und beide gemeinsame Lösungen im Umgang mit der Sucht finden. Im Modell der We-Disease wird der Partner des Patienten nicht mehr nur als Quelle der Unterstützung gesehen, sondern ebenfalls als belastete Person. Umgekehrt wird der Patient nicht mehr nur als belastete Person, sondern auch als Person mit Ressourcen und damit weiterhin auch als potentielle Unterstützungsgrösse für den «gesunden» Partner gesehen.

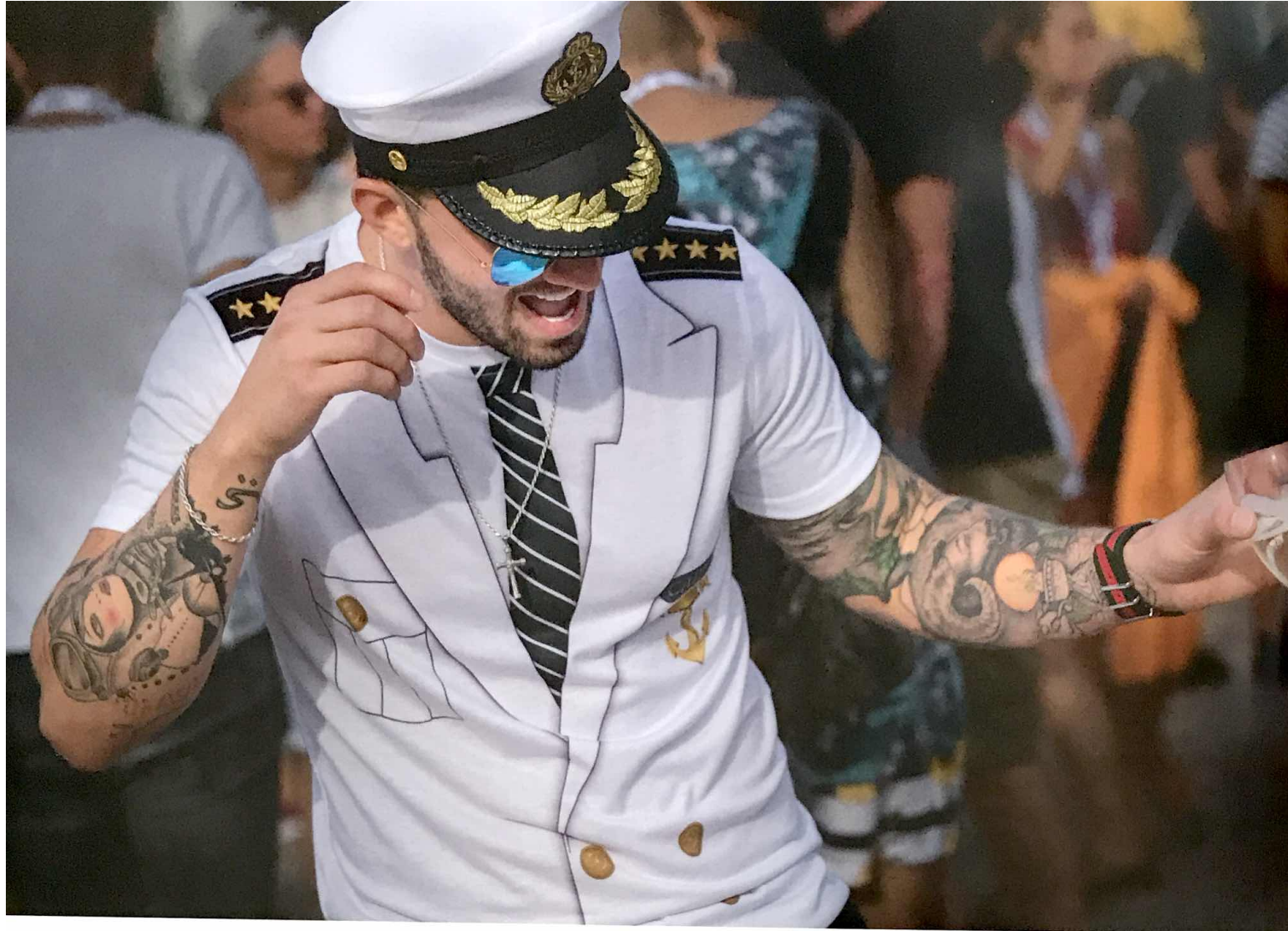
Im Kontext von Alkoholabhängigkeit gibt es verschiedene Studien, welche die Relevanz einer «We-Disease»-Sichtweise im Rahmen der Behandlung bestätigen. So wurde wiederholt gezeigt, dass Interventionen, welche die Alkoholabhängigkeit im Sinne einer «We-Disease» behandeln (Einbezug des Partners, Belastungen und Ressourcen beider Partner mit einbeziehen, Interdependenz zwischen den Partnern berücksichtigen) im Vergleich zu individualszentrierten Ansätzen deutlich bessere Effekte in Bezug auf Abstinenz, Beziehungsqualität, Stabilität der Partnerschaft, häusliche Gewalt und in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder von Alkoholabhängigen haben.¹⁹

Konkrete Praxisempfehlung für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Der Partner einer alkoholabhängigen Person sollte, wann immer möglich, in die Behandlung mit einbezogen werden (für Ausnahmen siehe den Abschnitt «Indikation zum Einbezug des Partners» weiter unten). Im Sinne der «We-Disease» sollte dabei darauf geachtet werden, dass nicht nur die Belastungen des Patienten, sondern auch die Belastungen des «gesunden» Partners berücksichtigt und thematisiert werden. Zudem sollten nicht nur die möglichen Unterstützungsleistungen des «gesunden» Partners in die Behandlung einfließen, sondern es sollte auch nach Möglichkeiten gesucht werden, die es dem Alkoholabhängigen ermöglichen, weiterhin seine Ressourcen in die Beziehung einzubringen. Es gibt zwei Möglichkeiten, den Partner in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit mit einzubeziehen: Entweder kann der Partner regelmässig in die individualtherapeutische Behandlung einbezogen werden oder die Störung kann paartherapeutisch behandelt werden.

Einbezug des Partners in die individualtherapeutische Behandlung

Im Rahmen von individualtherapeutischen Behandlungen kann der Einbezug des Partners dadurch geschehen, dass regelmässig Sitzungen mit beiden Partnern stattfinden (ca. jede dritte Sitzung). In diesen Sitzungen sollte der gesunde Partner nicht nur im Sinne von Psychoedukation involviert werden, sondern es sollte auch aktiv nach seinen Belastungen gefragt werden, problematische Paarinteraktionen sollten besprochen und bei Bedarf zusätzliche Interventionen thematisiert werden (z.B. Selbsthilfegruppe für den gesunden Partner, paartherapeutische Interventionen). Zudem sollten auch Strategien besprochen werden, wie die Partner gemeinsam mit den verschiedenen Aspekten der Alkoholabhängigkeit umgehen wollen (z.B. in Bezug auf die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke im Haushalt oder auf den gemeinsamen Umgang mit



Alkohol im Beisein anderer, wie z. B. bei Besuchen oder Festen). Zentral ist dabei, dass der «gesunde» Partner nicht in eine kontrollierende Rolle kommt, sondern dass die beiden Partner gemeinsam Strategien aushandeln, die beide als sinnvoll erachten und bei denen beide möglichst ausgewogen ihren Teil dazu beitragen (im Sinne von We-Disease: «Es ist unser Problem und wir versuchen gemeinsam damit umzugehen»). Neben Strategien zur Problembewältigung ist es im Sinne einer Ressourcenstärkung ebenfalls sinnvoll, die Positivität zwischen den Partnern zu stärken (z. B. durch Anregung zu gemeinsamen angenehmen Aktivitäten oder durch ein Reziprozitätstraining²⁰).

Paartherapeutische Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Als besonders effektiv und individuumszentrierten Behandlungen überlegen, hat sich eine verhaltenstherapeutische Paartherapie zur Behandlung von Suchterkrankungen erwiesen.²¹ Bei dieser Form der Therapie finden alle Sitzungen mit beiden Partnern statt. Zu Beginn wird ein gemeinsamer «Vertrag» ausgehandelt, durch den u. a. Absprachen bezüglich Abstinenz und Besuch von Selbsthilfegruppen festgelegt werden. Ein zentrales Element dieser Verträge ist die Abmachung, täglich sogenannte «Vertrauensgespräche» zu führen und zu protokollieren, ob diese stattgefunden haben. In diesen Gesprächen äussert der Alkoholabhängige seine Absicht, an diesem Tag abstinent zu bleiben, der andere Partner bedankt sich für das Bemühen des Abhängigen, abstinent zu bleiben, der Patient bedankt sich für die Unterstützung des Partners und beide Partner bekräftigen die Absicht, an diesem Tag nicht über vergangenen oder zukünftigen Alkoholkonsum zu sprechen. Diskussionen über Alkoholkonsum werden ausschliesslich in den Therapiesitzungen geführt, da diese oft sehr konfliktreich sind und Partnerschaftskonflikte auch Auslöser für Rückfälle sein können. Im weiteren Verlauf der Therapie kommen klassische paarthera-

peutische Elemente zum Einsatz, wie die Stärkung von Positivität (Reziprozitätstraining), Kommunikationstraining und Verbesserung der Problemlösefähigkeiten.

Indikation zum Einbezug des Partners

Wenn der Patient in einer Beziehung lebt, ist es fast immer sinnvoll, den Partner in die Behandlung mit einzubeziehen. Ausnahmen bilden wenig stabile und eher sprunghafte, kurzfristige Beziehungen, da in diesen Beziehungen die Interdependenz zwischen den Partnern deutlich geringer ausgeprägt ist. Wenn neben der Suchterkrankung auch Schwierigkeiten in der Partnerschaft bestehen (z. B. häufige destruktive Konflikte, geringe emotionale Nähe zum Partner, geringe Partnerschaftszufriedenheit), ist eine paartherapeutische Behandlung besonders indiziert, da Partnerschaftsprobleme den Verlauf der Alkoholabhängigkeit und den Behandlungserfolg ungünstig beeinflussen.²² Bei Paaren mit einem alkoholsüchtigen Partner ist Gewalt innerhalb der Partnerschaft nicht unüblich. Das Vorhandensein von Gewalt zwischen den Partnern ist kein Ausschlusskriterium für den Einbezug des Partners oder eine paartherapeutische Behandlung. Im Gegenteil, paartherapeutische Interventionen, die spezifisch auf Suchtbehandlung zugeschnitten sind, können eine Abnahme der Gewalt innerhalb der Beziehung ermöglichen.²³ Ist die Gewalt jedoch gravierend (Verletzungen, die medizinische Behandlung erfordern, psychische Gewalt, die den Charakter von Misshandlung hat), ist der Einbezug des Partners hingegen nicht indiziert, sondern es sind zuerst Interventionen zu häuslicher Gewalt angezeigt. ●

Literatur

- Bodenmann, G. (2009): Depression und Partnerschaft: Hintergründe und Hilfen. Bern: Huber.
 Bodenmann, G. (2012): Verhaltenstherapie mit Paaren: Ein bewältigungsorientierter Ansatz. Bern: Hans Huber.



Bodenmann, G./Cina, A. (2006): Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed and separated/divorced Swiss couples: A 5-year prospective longitudinal study. *Journal of Divorce & Remarriage* 44(1-2): 71-89.

Bodenmann, G./Meuwly, N./Kayser, K. (2011): Two conceptualizations of dyadic coping and their potential for predicting relationship quality and individual well-being. *European Psychologist* 16(4): 255-266.

Bodenmann, G. (2016): *Lehrbuch für Klinische Paar- und Familienpsychologie*. 2. Auflage. Bern: Hogrefe.

Brown, S.L./Nesse, R.M./Vinokur, A.D./Smith, D.M. (2003): Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science* 14(4): 320-327.

Coyne, J.C./Rohrbaugh, M.J./Shoham, V./Sonnega, J.S./Nicklas, J.M./Cranford, J.A. (2001): Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *The American Journal of Cardiology* 88(5): 526-529.

Dawson, D.A./Grant, B.F./Chou, S.P./Stinson, F.S. (2007): The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68(1): 66-75.

Falba, T.A./Sindelar, J.L. (2008): Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research* 43(1): 96-116.

Falconier, M.K./Jackson, J.B./Hilpert, P./Bodenmann, G. (2015): Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 42: 28-46.

Goodman, A. (1991): Organic unity theory: The mind-body problem revisited. *The American Journal of Psychiatry* 148: 553-563.

Holt-Lunstad, J./Smith, T.B./Layton, J.B. (2010): Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7(7): e1000316.

Kayser, K./Watson, L.E./Andrade, J.T. (2007). Cancer as a «We-Disease»: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health* 25(4): 404-418.

Kiecolt-Glaser, J.K./Newton, T.L. (2001): Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin* 127(4): 472-503.

O'Farrell, T.J./Schein, A.Z. (2011): Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Family Psychotherapy* 22(3): 193-215.

Revenson, T.A./Marin-Chollom, A.M./Rundle, A.G./Wisnivesky, J./Neugut, A.I. (2016): Hey Mr. Sandman: dyadic effects of anxiety, depressive symptoms and sleep among married couples. *Journal of Behavioral Medicine* 39(2): 225-232.

Rodriguez, L.M./Neighbors, C./Knee, C.R. (2014): Problematic alcohol use and marital distress: An interdependence theory perspective. *Addiction*

Research & Theory 22(4): 294-312.

Schulz, R./Beach, S.R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA* 292(23): 2215-2219.

Whisman, M.A. (2007): Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology* 116(3): 638-643.

Endnoten

- 1 Vgl. Holt-Lunstad/Smith et al. 2010.
- 2 Aufgrund der leichteren Lesbarkeit wird auf gendergerechte Sprache verzichtet – es sind jeweils beide Geschlechter gemeint.
- 3 Vgl. Kiecolt-Glaser/Newton 2001.
- 4 Vgl. Coyne/Rohrbaugh et al. 2001 (Michigan Herzinfarkt-Studie).
- 5 Vgl. Whisman 2007.
- 6 Vgl. Falba/Sindelar 2008.
- 7 Vgl. Dawson/Grant et al. 2007.
- 8 Vgl. Revenson/Marin-Chollom et al. 2015.
- 9 Vgl. Bodenmann 2016.
- 10 Gutes (positives) dyadisches Coping beinhaltet emotionale und problemorientierte Unterstützung wie z. B. Verständnis zeigen, Mut machen oder den Partner bei der Durchführung von Aufgaben zu unterstützen. Schlechtes (negatives) dyadisches Coping beinhaltet (1) ambivalentes dyadisches Coping (Unterstützung, die zwar gegeben wird, vom Unterstützenden jedoch als unnötig oder belastend erlebt wird) (2) floskelhaftes dyadisches Coping (Unterstützung, die unengagiert erfolgt und leeren Verhaltenshülsen gleicht) und (3) hostile dyadisches Coping (feindselige Reaktionen auf die Stresssignale des Partners).
- 11 Vgl. Falconier/Jackson et al. 2015.
- 12 Vgl. Bodenmann/Cina 2006.
- 13 Vgl. Bodenmann/Meuwly et al. 2011.
- 14 Vgl. Goodman 1991.
- 15 Vgl. Schulz/Beach 1999.
- 16 Vgl. Bodenmann 2009.
- 17 Vgl. Brown/Nesse et al. 2003.
- 18 Vgl. Kayser/Watson et al. 2007.
- 19 Vgl. O'Farrell/Schein 2011.
- 20 Vgl. Bodenmann 2012.
- 21 Vgl. O'Farrell/Schein 2011.
- 22 Vgl. Rodriguez/Neighbors et al. 2014.
- 23 Vgl. O'Farrell/Schein 2011.