

Einer krank – alle betroffen? Paar- und familientherapeutische Ansätze in der ambulanten Psychotherapie

Die Modell- und Theorienbildung in der klinischen Psychologie orientiert sich im Wesentlichen an individuumszentrierten Konzepten, so dass die Rolle von interpersonellen Faktoren für Ätiologie, Verlauf und Therapie von psychischen und somatischen Störungen eher vernachlässigt worden ist. Dies wird auch in den Lehrbüchern zur klinischen Psychologie und Psychotherapie deutlich, in denen nur selten explizit und ausführlich die Bedeutung familiärer und partnerschaftlicher Faktoren für das Störungs- und Interventionswissen herausgestellt wird.

Folgerichtig steht im Rahmen ambulanter Psychotherapie zumeist die individuelle Symptomatik des Hilfesuchenden im Vordergrund. Obwohl bekannt ist, dass Partner und Kinder als wichtigste Bezugspersonen direkt von der psychischen Erkrankung des Patienten betroffen sind, werden sie in die Behandlungsplanung und Durchführung häufig nicht mit eingebunden und wenn, dann zeitlich begrenzt, z. B. in Krisensituationen wie bei einem drohenden Suizid. Dies kann dazu führen, dass wichtige, die Störung aufrechterhaltende Faktoren, wie z.B. Partnerschaftskonflikte und vor allem kindliche Verhaltensprobleme, bei der Behandlung nicht ausreichend beachtet werden – obwohl es immer mehr empirische Befunde gibt, die genau dies zeigen: Probleme in intimen Beziehungen sind assoziiert mit Beginn, Verlauf, Therapieerfolg und Rückfall bei psychischen und physischen Störungen wie auch das Auftreten von Störungen mit Verschlechterungen im Bereich der Partnerschafts- und Familienqualität (HAHLWEG & BAUCOM, 2008).

Die adäquate Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen für die Psychotherapie psychischer und physischer Störungen kann von erheblicher Bedeutung sein, und zwar nicht nur für die Patienten¹ selbst, sondern auch für deren Partner und Kinder. Eine Fülle von Befunden legt nahe, im Rahmen von individueller Psychotherapie bei entsprechender Indikation verstärkt auf paartherapeutische Interventionen oder präventive Trainingsprogramme zurückzugreifen, als es zurzeit in der Regel der Fall ist. Insbesondere den von der Erkrankung betroffenen Kindern muss bedeutend mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, dies auch aus präventiven Überlegungen (MATTEJAT & LISOFKY, 2008). Wesentlich erscheint als erster Schritt in der individuellen Psychotherapie, partnerschaftlichen und familiären Variablen in Anamnese, Verhaltens- und Problemanalyse, Zielbestimmung und Therapieplanung angemessene Aufmerksamkeit zu widmen. Dies betrifft auch den Einsatz von diagnostischen Instrumenten, um z. B. die Ausprägung von Beziehungskonflikten, familiärer Gewalt und kindlichen Verhaltensstörungen dimensional erfassen zu können.

1 Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut werden synonym gebraucht.

In diesem Beitrag soll an ausgewählten Beispielen aufgezeigt werden, dass die Berücksichtigung interpersoneller Faktoren – vor allem der Qualität partnerschaftlicher Beziehungen und von Variablen aus dem Bereich der „Expressed Emotion“-Forschung – die klinische Arbeit und die Therapieforschung deutlich bereichern kann.

Bedeutung von Partnerschaft und Ehe

In allen untersuchten Kulturen wünschen sich die Befragten ein Leben in einer intimen Partnerschaft oder Ehe (Buss, 2004), so dass in den westlichen Industrienationen ca. 80-90% der über 50-Jährigen mindestens einmal verheiratet waren. In allen Umfragen zur Lebenszufriedenheit stehen Liebe, Partnerschaft und Familie als zentrale Faktoren des Wohlbefindens an erster Stelle, dann erst gefolgt von Gesundheit, Beruf oder Einkommen. Intime Partnerschaft ist somit eine der wichtigsten Quellen für Lebensfreude und psychische Stabilität.

Definition Partnerschaftsqualität

Das Leben von intimen Partnerschaften ist also ein universelles Vorkommen. Was zeichnet nun eine gelungene, was eine gestörte Partnerschaft aus? Die Bestimmung eines reliablen und validen *Kriteriums für Partnerschaftsqualität* ist schwierig, da es keine objektiven Kriterien gibt. In der Literatur wurde daher eine Vielzahl von Konzepten, wie z.B. Eheglück, -anpassung, -zufriedenheit oder -erfolg, benutzt. Da die Tests zur Erfassung dieser subjektiven Konzepte hoch miteinander korrelieren, verwendet man in jüngster Zeit die Begriffe *Partnerschafts-/Ehequalität* und *-erfolg* synonym. Zur Erfassung von Partnerschaftsqualität hat sich der *Partnerschaftsfragebogen (PFB)* bewährt. Der PFB (HAHLWEG, 1996) besteht aus 30 Items, die sich 3 Skalen mit je 10 Items zuordnen lassen (Streitverhalten [S], Zärtlichkeit [Z] und Gemeinsamkeit/Kommunikation [G/K]). Ein PFB-Gesamtwert von ≤ 53 Rohwertpunkten weist auf eine niedrige/gestörte Beziehungsqualität hin. Einfacher als Ehequalität ist *Ehestabilität* zu definieren, da hierbei nur formale Aspekte (Scheidung, Trennung) eine Rolle spielen. Ehequalität und -stabilität sind miteinander korreliert, aber nicht identisch. Zwar sind die meisten Partner unglücklich, deren Ehe in Scheidung endet, aber längst nicht alle unglücklichen Ehen enden in Scheidung.

Partnerschaftsprobleme werden in der ICD-10 im Abschnitt Z63 „Andere Probleme in der engen Bezugsgruppe“ unter Z63.0 „Probleme in der Beziehung zum (Ehe-)Partner“ kodiert, im DSM-IV-TR unter V 61.1.

Prävalenz von Beziehungsstörungen und Scheidung

Repräsentative internationale Studien mit Stichproben von frisch verheirateten Paaren zeigen, dass 80-85% der Befragten sehr zufrieden mit ihrer aktuellen Beziehung sind. Die Zufriedenheit mit der Beziehung nimmt dann in den ersten 10 Ehejahren kontinuierlich ab. Nach verschiedenen Studien kann man vermuten, dass die Prävalenz von „Risiko-

Ehen“ (d.h. Partnerschaften, in denen einer oder beide mit der Beziehung unzufrieden sind) bei 25-30% liegt (HAHLWEG & SCHRÖDER, 2009).

Die Scheidungsrate in der Bundesrepublik Deutschland ist seit den 1960er Jahren kontinuierlich gestiegen und hat sich seit 2004 auf ca. 190.000 Scheidungen pro Jahr eingependelt; prozentual werden die meisten Ehen im fünften Jahr geschieden. Man schätzt, dass jede dritte, in Großstädten jede zweite der heute geschlossenen Ehen geschieden werden wird. Rund 50% der Scheidungen betrafen Paare mit Kindern, so dass eine große Zahl von minderjährigen Kindern von Scheidung betroffen ist (2007: 145.000). Von den Geschiedenen heiraten 75% wieder, davon drei Viertel innerhalb von drei Jahren. Leider scheinen Partner nichts zu lernen, ist doch die Scheidungsrate bei diesen Paaren noch höher als die Rate bei Erstverheirateten. In den USA ist jede zweite geschlossene Ehe für mindestens einen Partner eine Wiederheirat.

Folgen von Beziehungsstörungen

Die Auswirkungen von Beziehungsstörungen und Scheidung sind sehr vielfältig und sollen hier nur stichwortartig aufgeführt werden (s. ausführlich in BODENMANN, 2004; HEINRICHS, BODENMANN & HAHLWEG, 2008). Chronische Paarkonflikte und Scheidung sind korreliert mit

- höherer Prävalenz psychischer Störungen (z.B. Depression, Alkoholabusus),
- höherem Ausmaß an akuten und chronischen Infektionen,
- höherer Prävalenz körperlicher Gewalt gegen Partner und Kinder,
- höherem Rückfallrisiko (z.B. bei Schizophrenie und Depression; s. „Expressed Emotion“-Forschung) und
- höherer Prävalenz von internalisierenden und externalisierenden Störungen bei den Kindern.

Können wir Scheidung und partnerschaftliche Zufriedenheit vorhersagen?

In einer Meta-Analyse von 115 prospektiven Longitudinalstudien mit ca. 45.000 Paaren versuchten KARNEY UND BRADBURY (1995) eine Zusammenfassung der Ergebnisse, um diese in ein Modell für das Gelingen oder Scheitern einer Partnerschaft einfließen zu lassen. Die meisten der vielen untersuchten Variablen erklärten nur wenig die Varianz des Partnerschaftserfolges. Dies gilt ganz besonders für sozioökonomische Variablen wie Alter, Altersdifferenz, Status, Schulbildung und auch für individuelle Variablen wie Persönlichkeitsfaktoren, wobei ähnliche Persönlichkeitseigenschaften eher günstig erscheinen. Die klarsten Zusammenhänge zeigten sich in den Studien, die gezielt die Transaktionen von Paaren untersuchten (BODENMANN, 2004; HAHLWEG & SCHRÖDER, 2009). Aus den Befunden wird deutlich, dass der Grad der Beziehungsqualität in hohem Maß von den Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten der Partner abhängt. Paare mit niedriger Ehequalität verstricken sich häufig in fortdauernd negatives Verhalten, indem sie sich kritisieren, beschuldigen, Vorwürfe machen und anklagen. Solche Eskalationsketten halten bei unglücklichen Paaren wesentlich länger an als bei glücklichen, die anscheinend in der Lage sind, eher „auszusteigen“. Hervorstechendes Merkmal von Paaren mit niedriger Beziehungsqualität ist somit deren Unfähigkeit, sich aus negativen Interaktionszirkeln zu lösen.

In der Paartherapie müssen daher den Partnern Fähigkeiten vermittelt werden, die diese Eskalationen stoppen oder nicht aufkommen lassen.

Behandlungsindikation

Paartherapie kann in zwei Fällen indiziert sein: a) bei einer gestörten Partnerschaft mit chronischen Konflikten und einer starken emotionalen Entfremdung und b) als alleinige oder adjuvante Therapie bei individuellen psychischen Störungen. Direkte Kontraindikationen für eine Paartherapie bei primärer Beziehungsstörung sind nicht bekannt. Natürlich gelten allgemeine Einschränkungen wie ernsthafte individuelle Probleme, die eine erfolgreiche Teilnahme an der Therapie erschweren würden, z.B. eine bestehende Suchtproblematik, *akute* Phasen von psychotischen oder affektiven Erkrankungen oder Ähnliches. Wenig Erfolg versprechend ist eine Therapie sicher auch dann, wenn nur ein Partner dazu bereit ist, der andere nur „mitgeschleppt“ wird oder sich weigert teilzunehmen (s. dazu SCHINDLER, HAHLWEG & REVENSTORF, 2006a). Manche Autoren halten eine Paartherapie für kontraindiziert, wenn ein Partner eine *feste* Außenbeziehung hat und nicht bereit ist, diese mindestens für die Zeit der Therapie zu beenden.

Partnerschaft und psychische Störungen: Ein heuristisches Modell

Den engen Zusammenhang zwischen Ehequalität und dem Auftreten von psychischen Störungen nach DSM-IV belegt eine Studie von WHISMAN (1999), der die Daten von $N = 2.538$ verheirateten Personen im Alter von 15 bis 54 Jahren auswertete. Es zeigte sich, dass Partner mit niedriger Beziehungsqualität mit höherer Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung haben als Partner mit hoher Beziehungsqualität, die entsprechenden Odds Ratios² sind 3.1-mal höher für affektive Störungen, 2.5-mal höher für Angststörungen und 2.0-mal höher für Abhängigkeiten und damit als hoch und *klinisch relevant* zu bewerten. Diese Befunde ließen sich in einer eigenen Untersuchung prinzipiell bestätigen. Bei $N = 872$ Patienten, die in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig behandelt wurden, zeigten sich deutliche Unterschiede beim Schweregrad der individuellen Psychopathologie in Abhängigkeit von der Partnerschaftszufriedenheit. Von den Patienten waren 30% alleinstehend, 42% lebten in einer glücklichen und 28% in einer unglücklichen Partnerschaft (eingestuft nach dem Gesamtwert des „Partnerschaftsfragebogens PFB“ von HAHLWEG, 1996). Diese drei Gruppen unterschieden sich hinsichtlich ihrer Depressivitätswerte im BDI (Beck-Depressions-Inventar, HAUTZINGER ET AL., 1995) und der Gesamtbelastung durch die individuelle Psychopathologie (gemessen mit dem GSI der SCL-90-R, FRANKE, 2000) hochsignifikant voneinander. Patienten, die ihre Partnerschaft vor Beginn der Therapie als glücklich eingeschätzt hatten, waren deutlich weniger depressiv und psychisch unauffälliger als Patienten mit geringer Partnerschaftszufriedenheit und Personen ohne Beziehung. Die beiden letzteren Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

² Das Odds Ratio gibt an, um wie viel das Risiko steigt, die diesbezügliche Störung aufzuweisen, wenn die Person in einer Partnerschaft mit geringer Qualität lebt, verglichen mit Personen, die in einer Partnerschaft mit hoher Qualität leben.

Zur Erklärung des Auftretens psychischer Störungen werden oft Diathese-(Vulnerabilitäts-) Stressmodelle in unterschiedlicher Spezifität herangezogen (HAHLWEG & BAUCOM, 2008). Gemeinsam ist allen Modellen die Grundannahme, dass psychische Störungen dann zum Ausbruch kommen, wenn ein Individuum mit störungsspezifischen Vulnerabilitäten hohem sozialem Stress ausgesetzt ist und seine Bewältigungskompetenzen zu gering ausgeprägt sind. Beziehungs- und familiäre Probleme gelten als klassische Stressoren, die die Entwicklung und das erneute Auftreten psychischer Störungen beeinflussen.

Abb. 1: Partnerschafts- und Familienkonflikte und individuelle Psychopathologie

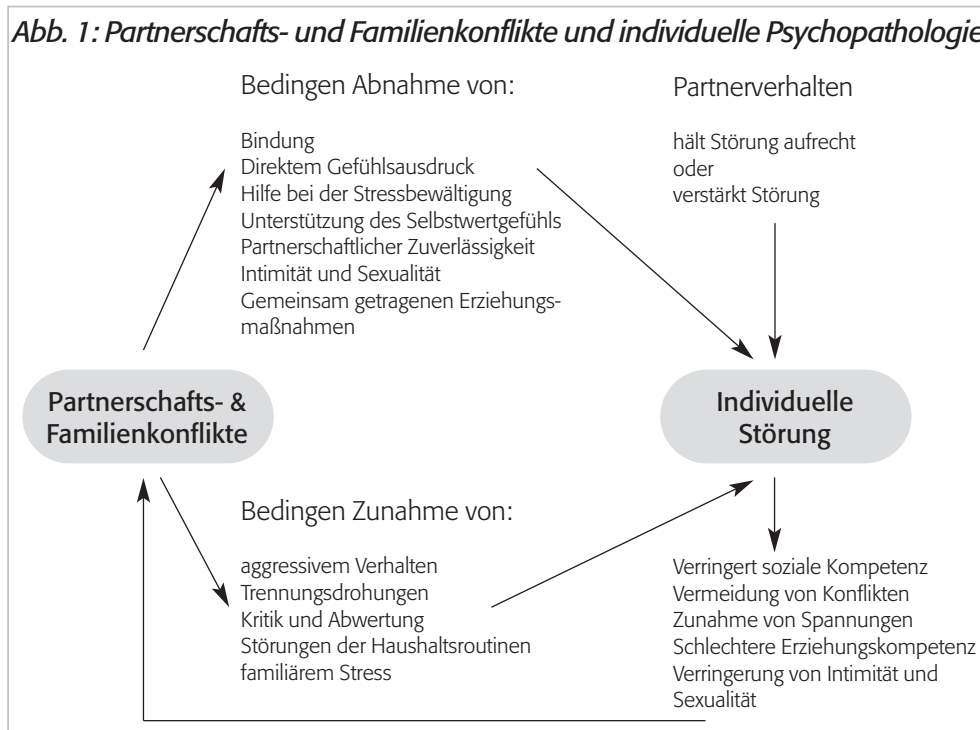


Abbildung 1: Partnerschafts- und Familienkonflikte und individuelle Psychopathologie Aus Partnerschaft und psychische Störung (S. 24) von K. Hahlweg & D.H. Baucom, 2008, Göttingen: Hogrefe Verlag. Copyright 2008 bei Hogrefe Verlag. Wiedergabe mit Genehmigung.

In Abbildung 1 sind die wesentlichen bidirektionalen Zusammenhänge zwischen Partnerschafts-/Familienkonflikten und individueller Psychopathologie dargestellt (HAHLWEG & BAUCOM, 2008). Partnerschaftliche Konflikte bedingen eine deutliche Abnahme von Bindung an den Partner, verbunden mit einem Rückgang vertrauensvoller und offener Kommunikation. Statt direkt Gefühle anzusprechen, steigt die Rate von Kritik und Abwertung des Partners. Beide Partner helfen einander widerwilliger, wenn es zu Stresserfahrungen kommt, und unterminieren eher das individuelle Selbstwertgefühl, als dass sie es stützen. Die Partner verhalten sich unzuverlässiger, Haushaltsaufgaben und Routinen werden nicht mehr wie gewohnt ausgeführt, insgesamt steigt die familiäre Stressbelastung. Dies wirkt

sich insbesondere und schnell auf den Austausch von Intimitäten, zärtlichen Gesten und die gemeinsame Sexualität aus, so dass bedeutende Komponenten positiver Reziprozität immer seltener werden und die gegenseitige Anziehung sinkt. Trennungsandrohungen und familiäre Gewalt werden auf dieser Basis wahrscheinlicher. Häufig verschlechtert sich auch die Erziehungskompetenz der Eltern, und Konflikte über die „richtige“ Erziehung werden häufig, so dass beide Eltern „nicht mehr an einem Strang ziehen“.

Allerdings ist unbedingt zu beachten, dass die Ursachen-Wirkungs-Richtung meist schwer zu bestimmen ist, da psychische Störungen unmittelbar Auswirkung auf die Beziehungsqualität haben. Die individuelle Störung ist meist begleitet von einer Verringerung der sozialen Kompetenz und einer erhöhten Konfliktscheu auf Seiten des Patienten. Dadurch wachsen Spannungen in der Beziehung an, da Konflikte nicht gelöst werden. Intimität und Sexualität können erheblich durch die Störung (z.B. im Fall einer depressiven Episode) oder als Nebenwirkung medikamentöser Therapie beeinträchtigt werden. Veränderungen in diesem Bereich können Rückwirkungen auf den Partner haben, dem bei Unkenntnis der Verursachung Zweifel an der Zuneigung des Patienten kommen können.

Darüber hinaus kommt es durch die Störung häufig zu Veränderungen in der partnerschaftlichen Interaktion in dem Sinne, dass sich das „System“ Partnerschaft der Störung anpasst. So kann das Partnerverhalten zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen, sie sogar verstärken und nach erfolgreicher Therapie Rückfälle auslösen, wie die EE-Forschung überzeugend zeigen konnte. Beispielsweise wäre ein agoraphobischer Patient ohne den helfenden Partner, der das Vermeidungsverhalten respektiert und evtl. sogar fördert, kaum lebensfähig. Die Übernahme wichtiger alltäglicher Funktionen durch den Partner kann allerdings die Therapie erheblich beeinträchtigen, falls der Partner nicht bereit ist, z.B. seine Unterstützung des Vermeidungsverhaltens aufzugeben.

Das „Expressed Emotion“-Konzept

Als bedeutende Moderatorvariable für den Zusammenhang von partnerschaftlicher Interaktion und Psychopathologie hat sich das „Expressed Emotion“(EE)-Konzept erwiesen, das ursprünglich in der Schizophrenieforschung zur Charakterisierung der Interaktionsmerkmale von Patienten und ihren Angehörigen entwickelt wurde und familiäre Kommunikationsstrukturen erfasst. Als Hoch-EE (HEE) wird eine besonders kritische Einstellung oder Feindseligkeit dem Partner gegenüber oder auch emotionales Überengagement, das sich in überprotektivem und selbstaufopferndem Verhalten äußert, bezeichnet. Bisher wurden über 30 Studien publiziert, die den Zusammenhang zwischen familiärer EE-Ausprägung und einem Rückfall bei *schizophrenen* Patienten untersuchten. Die Rezidivquote lag bei Patienten, die nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu HEE-Angehörigen zurückkehrten, nach 9 Monaten bei durchschnittlich 48%, in NEE-Familien ohne diese Merkmale dagegen nur bei 22% (s. HAHLWEG, DOSE, DÜRR & MÜLLER, 2006). Eine Meta-Analyse ergab eine Effektstärke von $r = 0.31$. Diese Effektstärke ist nicht trivial, wenn man sie mit Effektstärken aus dem medizinischen Bereich vergleicht: Zum Beispiel beruht die Empfehlung, zur Prävention von Herzinfarkten täglich Aspirin zu nehmen, auf einer Effektstärke von $r = 0.034!$ (BUTZLAFF & HOOLEY, 1998). Insgesamt kann der Zusammen-