

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 27/2020

„Effekte des Angehörigenseminars der Salusklinik Hürth
auf das Therapieergebnis bei
RehabilitandenInnen in Partnerschaft“

Christoph Kriescher *, Aachen**

* Aus dem Postgraduierten Masterstudiengang Suchthilfe / Suchttherapie M.Sc. der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, 2020.

** Diesem Text liegt die Master These von *Christoph Kriescher*, Aachen zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“ an der *Katholischen Hochschule* Nordrhein-Westfalen zugrunde. Mail: supervision@work-better.de.
Betreuerin: Frau Prof. Dr. *Christine Kröger*, Coburg.

Herr Kriescher war Teilnehmer der Weiterbildung „*Integrative Supervision und Organisationsentwicklung*“ in „**Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*, Prof. Dr. phil. *Johanna Sieper*. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Inhalt

Zusammenfassung.....	3
Summary	3
Einleitung.....	4
1. Theorie.....	7
1.1 Das bio-psycho-soziale Modell im integrativen Ansatz.....	7
1.1.1 Partnerschaft als System.....	8
1.1.2 Partnerschaft im Bezug zu Gesundheit und Krankheit.....	9
1.1.3 Partnerschaft als Ausdruck von Relationalität	13
1.1.4 Exkurs: Die Theorie des Lernens im integrativen Ansatz.....	18
1.2 Partnerschaft und Partnerschaftsstörungen.....	22
1.2.1 Die Attachment Theorie	23
1.2.2 Die Investitions- und Austauschtheorien.....	25
1.2.3 Die Sozial-kognitive Lerntheorie - Gottmans Modell ehelicher Stabilität 27	
1.2.4 Das Vulnerabilitäts-Stress Adaptationsmodell.....	31
1.3 Substanzstörungen	36
1.3.1 Prävalenz und Diagnose	36
1.3.2 Neurobiologische Aspekte: Entstehung von Substanzkonsumstörungen	40
1.3.3 Aufrechterhaltung und Rückfall	41
1.3.4 Rückfallprävention	46
1.4 Partnerschaft und Substanzstörung.....	48
1.4.1 Expressed Emotion	49
1.4.2 „Co-Abhängigkeit“	50
1.4.3 Substanzkonsumstörung als „we-disease“	52
1.4.4 Eckpunkte für die Konzeption der Angehörigenseminare	53
1.5 Das Konzept der Angehörigenseminare	55
1.5.1 Rahmenbedingungen	56
1.5.2 Indikation.....	56
1.5.3 Settings und Techniken	56
1.5.4 Verlauf.....	57
2. Methoden	59
2.1 Forschungsgegenstand und Erkenntnisinteresse	59
2.1.1 Forschungsstand	59
2.1.2 Fragestellung	61
2.1.3 Hypothesen	62
2.2 Operationalisierung und Auswertung.....	63
2.3 Forschungsdesign und Erhebungsmethoden	64
2.3.1 Stichprobe.....	64
2.3.2 Messzeitpunkte	65
2.4 Versuchsanordnung und Testmaterial	66
2.4.1 Beschreibung der Fragebögen	66

2.4.2	Beschreibung der Interventionen.....	71
3.	Ergebnisse.....	72
3.1	Auswertung der soziodemographischen Daten	72
3.2	Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogen Kurzform (PFB-K).....	77
3.3	Ergebnisse des Brief Symptom Inventory (BSI)	80
3.4	Ergebnisse des Beck Depressions-Inventar Revision II (BDI II).....	81
3.5	Ergebnisse der Evaluation des Angehörigenseminars.....	82
4.	Diskussion.....	85
4.1	Limitationen	87
4.2	Ausblick.....	88
4.3	Fazit	88
5.	Literaturverzeichnis	89
6.	Anhang.....	98
6.1	Beschreibung von Techniken	98
6.1.1	Die Kugellagertechnik.....	98
6.1.2	Die Hausaufgaben	99
6.1.3	Evaluationsbogen	101
6.1.4	Transskripte	103
6.2	Abbildungen	104
6.3	Tabellen	105

Zusammenfassung: „Effekte des Angehörigenseminars der Saluslinik Hürth auf das Therapieergebnis bei RehabilitandenInnen in Partnerschaft“

Die Menschen im sozialen Nahraum von abhängigkeiterkrankten Menschen werden von der Forschung noch wenig in den Blick genommen (Klein & Bischof, 2013). Laut des Abschlussberichts der Studie *Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkrankter ein multi-modaler Ansatz (BEPAS)*, die 2017 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wurde (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), sind 10 Mio. Menschen als Angehörige suchtkrankter Menschen betroffen. Suchterkrankungen schädigen nicht nur Körper und Psyche der Betroffenen, sie schädigen auch ihr soziales Netzwerk und zerstören es, wenn die Suchtkrankheit lange genug wirkt (Petzold, 2004, S. 515). Das Angebot von Angehörigenseminaren soll diese sozialen Netzwerke stärken, auf mögliche Rückfälle vorbereiten sowie dysfunktionales Verhalten thematisieren. Es wird das Konzept der Angehörigenseminare der salus-klinik vorgestellt und auf der Grundlage sozialpsychologischer und klinischer Überlegungen begründet.

Ziel der quantitativen Untersuchung war es, mögliche Effekte der Angehörigenseminare zu belegen, indem Unterschiede zwischen der Gruppe der Teilnehmer_innen am Angehörigenseminar und Rehabilitanden_innen, die in einer Partnerschaft leben aber nicht am Angehörigenseminar teilgenommen haben, erfasst wurden.

In einem Zweigruppensdesign werden die Teilnehmer_innen am Angehörigenseminar und Patienten_innen die nicht teilgenommen hatten, miteinander verglichen. Neben der Anamnese der soziodemographischen Daten erhielten alle Patienten_innen zu den zwei Messzeitpunkten Behandlungsbeginn, Behandlungsende den PFB-K (Hahlweg, 2016) den BSI (Franke, 2000) und den BDI-II (Hauzinger, Keller, & Kühner, 2009). Als abhängige Variablen wurden die Werte des PFB-K, des GSI und des BDI zu Beginn der Behandlung (Eingangsdiagnostik) und zum Abschluss der Behandlung (Ausgangsdiagnostik) untersucht. Zusätzlich wurden die Patienten_innen bzgl. Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Arbeitssituation und Arbeitsfähigkeit zur Baseline verglichen. Die Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppe wurden mittels t-Test geprüft. Die Rehabilitanden_innen zeigten bei beiden Gruppen Verbesserungen in allen gemessenen Werten. Ein zusätzlicher Effekt des Angehörigenseminars wurde nicht gefunden.

Schlüsselwörter: Suchttherapie, Paartherapie, integrative Therapietheorie, bio-psycho-sozial-ökologischer Ansatz, Angehörigenseminar.

Summary: Effects of the seminar for relatives in the Saluslinik Hürth on the therapy results in rehabilitation of patients in partnership

The people in social vicinity of people with addiction are hardly little looked at by research. (Klein & Bischof, 2013). According to the final report of the study *Stress and Perspectives of Relatives of Addicts*, a multi-modal approach (BEPAS), which was created in 2017 on behalf of the Federal Ministry of Health (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), 10 million people are affected being relatives of addicted people. Addictive diseases not only damage the body and psyche of those affected, they also damage their social network and destroy it if the addiction is effective for a long enough period (Petzold, 2004, S. 515). The range of seminars for relatives is intended to strengthen these social networks, prepare them for possible relapses and address dysfunctional behavior. The concept of the family seminars of the salus clinic is presented and justified on the basis of social psychological and clinical considerations.

The aim of the quantitative investigation was to demonstrate the possible effect of the family seminars by recording differences between the group of participants in the family seminar and Patients who live in a partnership but did not take part in the family seminar.

In a two-group design, the participants in the family seminar (examination group) and patients who did not take part (comparison group) are compared. In addition to the medical history of the sociodemographic data, all patients received the PFB-K (Hahlweg, 2016), the BSI (Franke, 2000) and the BDI-II (Hauzinger, Keller, & Kühner, 2009) at the two measurement times start of treatment and end of treatment. The values of the PFB-K, the GSI and the BDI at the beginning of the treatment (initial diagnosis) and at the end of the treatment (initial diagnosis) were examined as dependent variables. In addition, the patients were compared to the baseline with regard to age, gender, marital status, school education certificate, work situation and work ability. The differences between the test group and the comparison group were checked by using the t-test. The Patients showed improvements in all measured values in both groups. An additional effect of the family seminar was not found.

Keywords: Addiction Treatment, Couples Therapy, *integrative Therapy* Theory, bio-psycho-social-ökologic Approach, family seminar.

Einleitung

Die salus klinik ist eine stationäre Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen oder mit psychosomatischen Erkrankungen. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, polyvalentem Substanzgebrauch, pathologischer Glücksspielabhängigkeit, Menschen mit assoziierten komorbiden Störungen (Angst, Depressivität, Zwang, Persönlichkeitsstörungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) sowie die begleitenden bio-psycho-sozialen Folgeerkrankungen behandelt. Die Therapie erfolgt auf der Grundlage eines individualisierten Behandlungsansatzes in interdisziplinärer Teamarbeit durch Ärzte_innen, Psychologen_innen, Suchttherapeuten_innen, Sozialarbeiter_innen, Ergotherapeuten_innen, Kreativtherapeuten_innen, Arbeitstherapeuten_innen und Sporttherapeuten_innen.

Das Behandlungskonzept bietet auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells eine integrative, kognitive Verhaltenstherapie an, dabei liegt ein Schwerpunkt auf dem Selbstmanagementansatz (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2006) und dem Ansatz der Salutogenese (Antonovsky, 1997). Abhängig von der Indikation werden tiefenpsychologische, systemische und gestalttherapeutische Ansätze hinzugezogen. Globalziel der Behandlung ist eine selbstbestimmte, abstinente Lebensführung der Rehabilitanden_innen. Die Regelbehandlungszeit sieht für Rehabilitanden_innen mit Substanzgebrauchsstörung 13-26 Wochen vor. Finanziert werden die Maßnahmen durch die gängigen Sozialversicherungsträger.

Im Rahmen des Gesamtkonzeptes der Klinik stellt die Arbeit mit dem Sozialen Netzwerk (Hass & Petzold, 1999/2011), wie Partnern_innen, Familienangehörigen als auch, in Einzelfällen, Freunden_innen der Rehabilitanden_innen einen wichtigen Baustein der Behandlung dar.

Nach Vollmer und Domma ist die „... Berücksichtigung der Familie bei der Behandlung Abhängiger ... unverzichtbar.“ (2005, S. 135). Das Therapieangebot der salus klinik hält zwei Formate von Angehörigenarbeit vor: die Angehörigengespräche, das sind geschäftstherapeutische Einheiten (Paar- oder Familiengespräch), die sich an einzelne Rehabilitanden_innen und deren Angehörige richten und die Angehörigenseminare, die als Gruppenangebot für Paare und Familien vorgehalten werden, und die Gegenstand dieser Masterthesis sind.

Professionelles Handeln erfordert eine kontinuierliche Reflexion und den Abgleich mit der aktuellen Forschung sowie den Erfordernissen der Zielgruppe. Darüber hinaus ist Rehabilitation im Auftrag öffentlicher Finanzierung den Prinzipien der Wissenschaftlichkeit, der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Die vorliegende Arbeit versucht diesen Anspruch für die Angehörigenseminare zu belegen und nimmt dabei Rehabilitanden_innen in den Fokus, die in einer Partnerschaft leben.

Soziale Nahraum-Beziehung spielt für die Gesundheit von Menschen eine wesentliche Rolle und hat einen signifikanten Effekt auf die Gesundheit und Krankheit des Individuums. So konnte nachgewiesen werden, „dass verheiratete Personen konsistent eine niedrigere Mortalitätsrate als Ledige, Geschiedene und Verwitwete aufweisen ...“ (Carr & Springer, 2010, in Bodenmann, 2016, S. 46f). Partnerschaft als die kleinste Einheit sozialer Nahraum-Beziehung kann also ein Resilienzfaktor sein. Ihr Fehlen kann einen Risikofaktor darstellen. In einer Partnerschaft zu leben, bringt im Vergleich zum Leben als Alleinstehende_r ein geringeres Risiko mit sich, an einer psychischen Störung zu erkranken. Dies gilt auch für substanzgebundene Störungen, wie Scott et al nachweisen konnten (2010; zitiert nach Bodenmann, 2016, S. 47). Von zentraler Bedeutung ist dabei die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung. Die sozialen Nahraumbeziehungen abhängigkeiterkrankter Menschen sind insgesamt noch zu wenig im Fokus der Suchtforschung noch (Klein & Bischof, 2013). Wie aus der BEPAS-Studie von 2017 hervorgeht (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), sind 10 Mio. Menschen als Angehörige suchtkrankter Menschen betroffen.

Im ersten Kapitel dieser Masterthese wird eine Begründung und Beschreibung des Konzepts der Angehörigenseminare auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit entwickelt.

Im Abschnitt 1.1 wird das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit vor dem Hintergrund der Theorie der Hierarchie der Systemebenen dargestellt. Ein zweiter Abschnitt beschreibt Partnerschaft als System. Grundlage der weiterführenden Überlegungen zu verschiedenen Ansätzen der Partnerschaftstheorie bildet die Theorie der Relationalität des integrativen Ansatzes (Petzold & Müller, 2007), die eine allgemeine Theorie menschlicher Bezogenheit konzeptioniert.

Von diesem allgemeinen Rahmen ausgehend, werden im Abschnitt 1.2 des Theorieteils ausgewählte, für das Thema dieser Masterthese bedeutsame Modelle von Partnerschaft vorgestellt und mit der Theorie der Relationalität verbunden. Unter Bezugnahme auf Erkenntnisse der klinischen Partnerschaftspsychologie werden Störungsmodelle von Partnerschaft erörtert. Hier wird ein Schwerpunkt auf den sogenannten Zwangsprozess und

auf die Theorie des systemisch transaktionalen Stress- und Copingmodells (Bodenmann, 2000a) sowie des Konzeptes der „we-disease“ (Kayser, Watson und Andrade 2007, Bodenmann, 2016, S. 59) gelegt.

Im Abschnitt 1.3 der theoretischen Überlegungen werden Substanzkonsumstörungen erörtert. Der Einfluss von Substanzstörungen auf Partnerschaften wird im Abschnitt 1.4 dargestellt.

Mit der Darstellung der Relevanz dieser Modelle ist eine Fundierung für die Konzeption des Angehörigenseminars gegeben. Diese Konzeption wird im Abschnitt 1.5 umrissen. Bezüge zwischen den Zielen, Inhalten und Techniken und den vorgestellten Theorien werden hergestellt.

Im zweiten Kapitel wird untersucht ob die Angehörigenseminare einen zusätzlichen Nutzen für den Therapieerfolg der Rehabilitanden hat. Es wird also angenommen, dass ein Mehrwert für Rehabilitanden_innen die am Angehörigenseminar teilnehmen besteht. Um dies zu untersuchen werden die Parameter Selbsteinschätzung der Partnerschaftsqualität, allgemeinen psychischen Belastung und Depressionswerte gemessen, um Kenntnisse über die Effekte des Angehörigenseminars zu erhalten. Es wird ein Zweigruppen-Forschungsdesign entwickelt und operationalisiert. Die Ergebnisse werden im dritten Kapitel vorgestellt und im vierten Kapitel diskutiert.

Theorie

1.1 Das bio-psycho-soziale Modell im integrativen Ansatz

Psychosoziale und therapeutische Arbeit mit suchtkranken Menschen muss die ihr zugrundeliegenden anthropologischen und erkenntnistheoretischen Grundannahmen darlegen und reflektieren, will sie nicht Gefahr laufen, unwissenschaftlich zu sein.

Im integrativen Ansatz wird der Mensch begriffen als ein Wesen, das grundlegend auf seine Umwelt und seine Mitmenschen, die Mitwelt, bezogen ist und mit diesen in ständigem Austausch steht. Er ist ein „Leib-Subjekt...“ „in einem ökologischen und sozialen Umfeld“ (Petzold, 2009c, S. 6). Menschsein ist nur auf einer körperlichen, organismischen Grundlage möglich und denkbar. Kognitionen, Emotionen und Volitionen - das Geistige - haben eine körperliche Basis, gehen aber über reine Körperfunktionen hinaus. Eine Umarmung als Ausdruck von Sympathie ist viel mehr als Hautkontakt, aber ohne die körperliche Grundlage „Haut“ auch nicht spürbar. Der für den integrativen Ansatz zentrale Begriff des Leibes bezeichnet dabei genau diese Verschränkung zwischen dem körperlich-materiellen Aspekt und dem darüber hinaus gehenden seelischen-geistigen Aspekt des Menschseins. Als Menschen sind wir mit unserer sozialen und ökologischen Lebenswelt untrennbar verwoben. Der Austausch mit der Umwelt wird durch Leiblichkeit ermöglicht und ist nur leiblich, d.h. ganzheitlich denkbar.

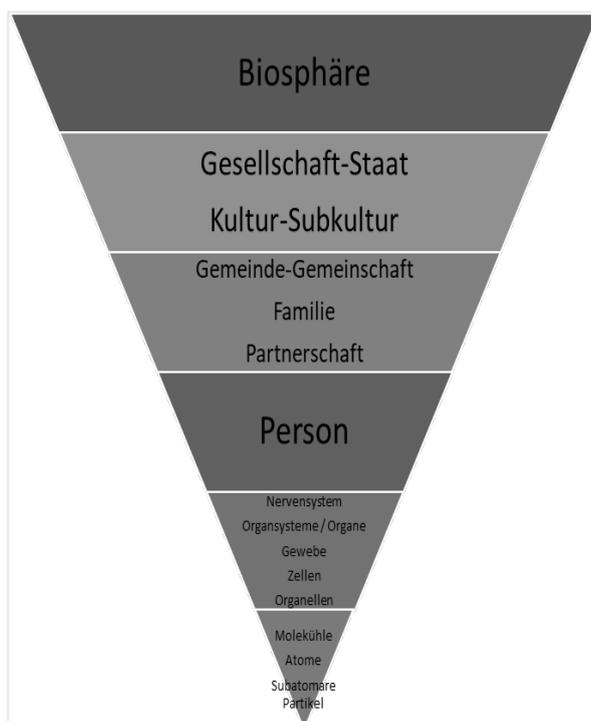


Abbildung 1 Hierarchie der Systeme nach Engel (Pauls, 2013, S. 40; Egger, 2015, S. 57)

Im bio-psycho-sozialen Modell erscheint diese Umwelt in unterschiedlichen Systemen, die hierarchisch aufgebaut sind, und zwar von kleinen, einfachen Systemen fortschreitend zu größeren, komplexeren Systemen.

Diese grundlegende Auffassung von Menschsein hat Auswirkungen auf das Verständnis der Genese, Therapie und Prävention von Krankheit einerseits und der Aufrechterhaltung von Gesundheit andererseits. Einem rein bio-medizinischen Verständnis, nach welchem Krankheit eine Störung der Funktionen des Organismus ist, setzte bereits gegen Ende der 1970er Jahre der Sozial-Mediziner Engel (1977) den umfassenden, integrationsorientierten „biopsychosozialen Gesundheitsbegriff“ (Egger, 2015, S. 247) entgegen. Petzold weist daraufhin, dass bereits in den 1920er Jahren von Vygotskij (1992/1932) und Lurija (2007) vergleichbare Modelle formuliert wurden.

Die systemische Sicht sieht die Person als System, das wiederum in übergeordnete, soziale Systeme eingebettet ist und selbst aus multiplen organischen Subsystemen besteht. Alle Systeme sind von der subatomaren Ebene bis zur Ebene der Biosphäre hierarchisch aufeinander aufgebaut, wobei die Komplexität von den kleineren zu den größeren Systemen zunimmt. Jede Ebene verweist auf ein organisiertes, dynamisches System mit spezifischen Eigenschaften, die für die jeweilige Ebene kennzeichnend sind. Dabei stehen alle Ebenen miteinander in Wechselwirkung. Veränderungen auf der einen Ebene bewirken Veränderungen in den anderen Ebenen, sowohl *Top Down* als auch *Bottom Up*. (Pauls, 2013a)

Vor dem Hintergrund des Modells einer zunehmend komplexeren Systemhierarchie stellt sich die Frage, nach welchen Gesetzmäßigkeiten die einzelnen Ebenen miteinander verbunden sind und wie sie miteinander interagieren. Hier ist das Problem der Emergenz angesprochen (Pauls, 2013b), denn höhere Ebenen sind nicht vollständig durch die darunterliegenden Ebenen erklärbar, ihre Qualitäten überschreiten die unteren Ebenen, sie sind emergent. Personale und soziale Systeme können daher nicht linear gedacht werden, sondern sind aufgrund ihrer Autopoiesis (Maturana), d.h. ihrer Selbstorganisation und Selbsterhaltung, dynamisch aufeinander bezogen.

1.1.1 Partnerschaft als System

Partnerschaft ist die dem personalen System übergeordnete nächste Systemstufe. Sie stellt einen speziellen, komplexen und für menschliche Individuen hoch bedeutsamen Aspekt menschlicher Relationalität dar. So zeigten verschiedene Untersuchungen, dass trotz verhältnismäßig hoher Trennungs- und Scheidungszahlen die große Mehrheit der Menschen sich eine gelingende Partnerschaft wünschen (Bodenmann, 2016, S. 25). Partnerschaft ist bio-psycho-sozial-ökologisch und dynamisch-prozesshaft zu verstehen und muss den jeweiligen

Kontext berücksichtigen. Denn das System „Partnerschaft“ interagiert seinerseits wiederum mit seinen übergeordneten Systemen auf Mikro-, Exo-, Meso- und Makroebene (Bronfenbrenner, 1981) wie z. B.: die Familie – auch die Herkunftsfamilie –, der Freundes- und Bekanntenkreis, Kollegen_innenkreis, Organisationen, Gesellschaft, Kultur. Die systemische Sichtweise unterscheidet bei Partnerschaften den distalen Kontext, der den Aspekt des Aufeinander-Bezogen-seins der Partner_innen zueinander betont – zwei Partner_innen sind für einander ein „Kontext“ – und den proximalen Kontext, der die Beziehungen des Systems Partnerschaft nach Außen, zu anderen Systemen bezeichnet (Schneewind & Wunderer, 2003, S. 241).

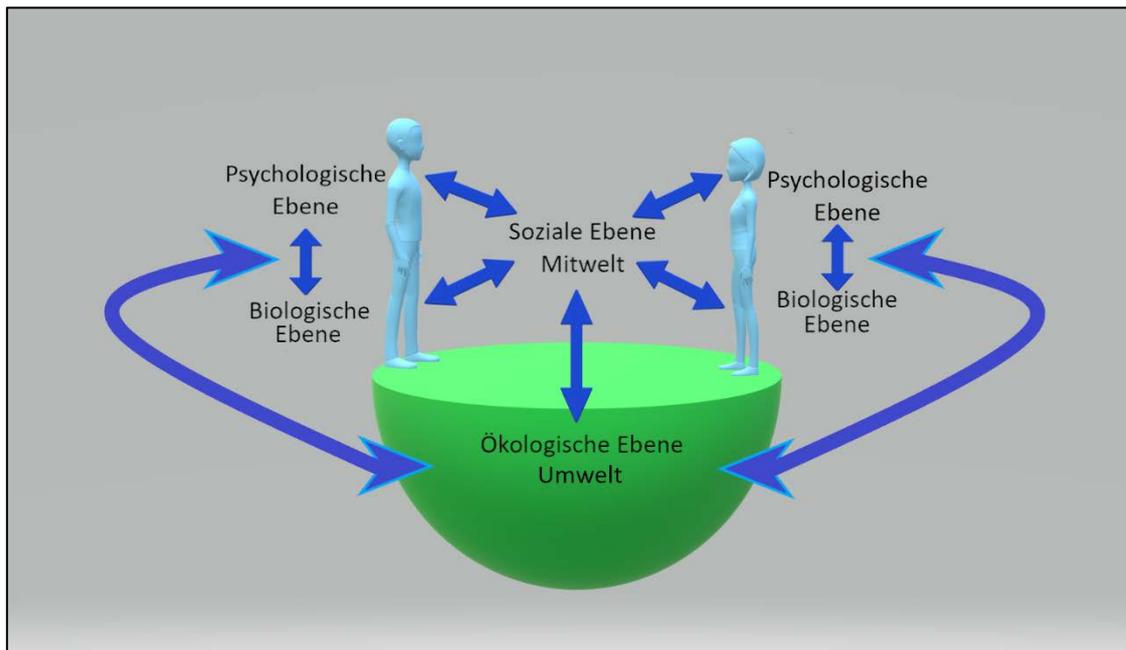


Abbildung 2 Die multiplen Interaktionsmöglichkeiten von Partnerschaft aus bio-psycho-sozial-ökologischer Perspektive.

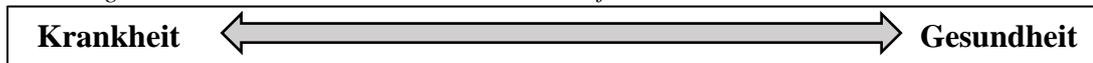
Vordem Hintergrund dieses systemischen Verständnisses kann Partnerschaft als kleinste Einheit eines sozialen Netzwerkes aufgefasst werden.

1.1.2 Partnerschaft im Bezug zu Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit können nicht dichotom, also als Gegenüberstellung von entweder krank oder gesund verstanden werden. Hier tritt die Frage nach den Ursachen von Krankheit in den Hintergrund zu Gunsten der Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, die Antonovsky mit der Theorie der Salutogenese beschreibt (Antonovsky, 1997). Krankheit, Leiden und Tod gehören zum Leben dazu. Gesundheit ist nicht die „Abwesenheit von Krankheit“ wie es im bio-medizinischen Paradigma verstanden wird. Im salutogenetischen Paradigma werden Gesundheit und

Krankheit als Pole eines Kontinuums unterschiedlicher Ausprägungen der Befindlichkeit, genauer des Wohlergehens verstanden. Beide Pole werden niemals vollständig erreicht, es kann sich ihnen lediglich angenähert werden.

Abbildung 3 Gesundheit und Krankheit als Pole des Befindlichkeits-Kontinuums.



Gesundheit und Krankheit sind in diesem Modell ein dynamischer Prozess von einander beeinflussenden Wechselwirkungsprozessen zwischen der biologischen, der psychologischen und der sozialen Ebene, der entweder benigne oder maligne Folgen hat. Eine Person ist nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich entweder näher am Krankheitspol oder näher an Gesundheitspol.

Egger (2015) weist daraufhin, dass die System-Ebenen nicht einfach nur in einer additiven Zusammenschau betrachtet werden dürfen, sondern miteinander integriert werden müssen, d. h. in diesem Verständnis gibt es weder psychosomatische Krankheiten noch nicht-psychosomatische Krankheiten. Gesundheit und Krankheit sind nur ganzheitlich, leiblich zu verstehen und wirken sich immer sowohl psychisch als auch somatisch aus (Egger, 2015). Beispiel: Ein gebrochenes Bein beeinträchtigt auch Stimmung und Befinden, andererseits wirkt eine Depression sich auch auf der neuronalen Ebene und der Ebene der Körperhaltung aus.

„Damit wird die Krankheit oder die Störung als ein Mehrebenengeschehen betrachtet bei dem genetische Aspekte sowie biologische, physiologische, psychologische und soziale Prozesse ineinander wirken und in ihrer Bedeutung und Wirkung nicht mehr klar voneinander abzugrenzen und zu trennen sind. Die Störung äußert sich entsprechend auf allen Ebenen und tangiert die Funktionstüchtigkeit des Individuums und seiner Umwelt in dynamischer Weise.“ (Bodenmann, 2016, S. 51)

Im integrativen Ansatz wird die Perspektive des Zeitbezuges, des Kontinuums in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit einbezogen. Es wird also beachtet, dass Krankheit und Gesundheit prozessual i. S. einer Entwicklung in der Lebensspanne gesehen werden muss:

"Der Prozeß [sic] der Persönlichkeitsentwicklung und die beständige Formung der Identität durch die Umwelt - bis ins hohe Alter - machen deutlich: Der Mensch ist kein Selbstversorger, er ist eingebunden in soziale Bezüge. Sind diese gut, kann er sich entfalten, sind sie belastend oder schädigend, wird er eingeschränkt, verletzt, krank. Im integrativen Ansatz vertreten wir dezidiert, daß [sic] Gesundheit und Krankheit nicht voneinander isoliert betrachtet werden dürfen. Menschliche Persönlichkeit ist das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen. Sie wird bestimmt durch die Interaktionen von Schutz- und Risikofaktoren, Ketten widriger, belastender Ereignisse [...] und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse [...] Diese Sicht überschreitet traditionelle, verkürzende ‚medizinische Modell‘ in der Psychotherapie." (Petzold, 1995g)

Petzold ergänzt zudem die drei Integrationsebenen „bio“, „psycho“, „sozial“ um eine vierte, die ökologische Ebene (Petzold, 2009c, S. 10), beispielsweise Umweltfaktoren wie

Lärm, Klimawandel oder –wie aktuell– bisher unerforschte Viren. Aber auch die Größe des zur Verfügung stehenden Wohnraums und die architektonische Gestaltung von Wohnquartieren –um nur einige Beispiele zu nennen– beeinflussen Gesundheit bzw. Krankheit. (Petzold, 2016).

In Anlehnung an Egger (2015, S. 62f) werden Gesundheit und Krankheit im integrativen Ansatz dimensional auf den drei Ebenen betrachtet: bio-medizinisch, psychologisch und ökosozial. Tabelle 1 stellt die drei Ebenen jeweils für den Gesundheitsbegriff und den Krankheitsbegriff dar und setzt sie in Beziehung zum Partnerschaftsbegriff.

Tabelle 1 Der dimensionale Gesundheits- und Krankheitsbegriff nach Egger (2015, S. 62f) ergänzt durch die Perspektive Partnerschaft

Gesundheitsmodell	Gesundheitsdimension	Krankheitsmodell	Krankheitsdimension
Gesundheit als somatische Unauffälligkeit; „Normalzustand“ Partnerschaft wird im Hinblick auf Generativität (Schwangerschaft, Geburt) betrachtet.	Bio-medizinisch (health)	Krankheit als somatische Störung organischer Befund Partnerschaft wird im Hinblick auf die sexuelle Funktion bzw. Funktionsstörungen betrachtet.	Bio-medizinisch (disease)
Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten Partner_in als Unterstützer_in im Genesungsprozess	Psychologisch (wellness)	Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens Partner_in als Co-Abhängig	Psychologisch (illness)
Gesundheit als Ergebnis einer salutogenen Mensch-Umwelt-Passform In Partnerschaften: Gesundheit als gemeinsame Aufgabe	Öko-sozial (public health) we-health/ funktionales Coping	Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform In Partnerschaften: Krankheit als gemeinsames Problem	Öko-sozial (sickness) we-disease/ dysfunktionales Coping

Gesundheit und Krankheit werden im integrativen Ansatz kontextuell und prozesshaft verstanden. Ihre Entstehung wird multifaktoriell gedacht, was in etwa der dritten Dimension Gesundheit/Krankheit als Ergebnis einer salutogenen oder pathogenen Mensch-Umwelt-Passform entspricht. Dieses Verständnis wird im Integrativen Ansatz im Modell der

Multifaktoriellen Genese von Gesundheit und Erkrankung verdeutlicht, wie in Abbildung 4 beschrieben wird.

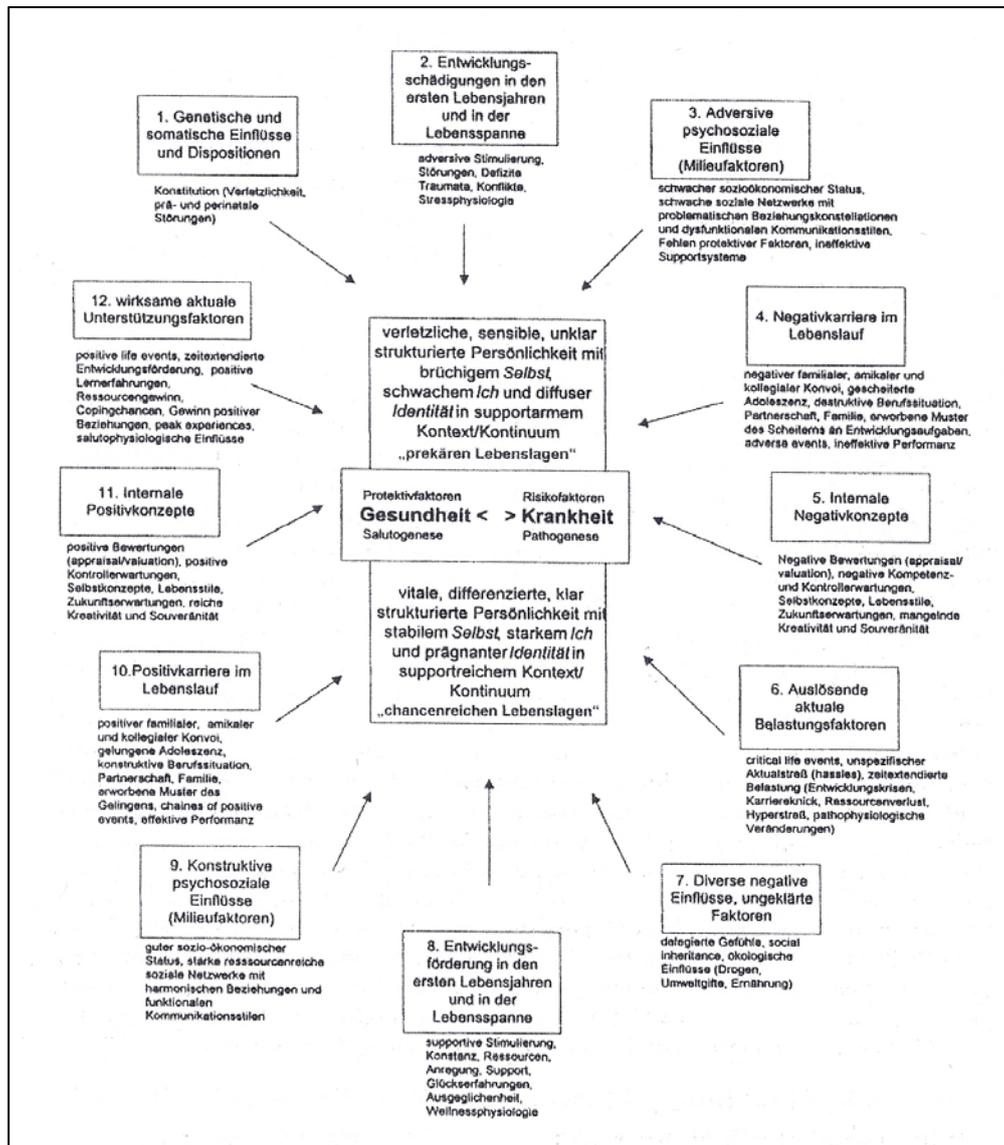


Abbildung 4 Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Erkrankungen im Konzept der Integrativen Therapie nach Petzold und Steffan. Aus (Ostermann, 2010, S. 109)

Bezogen auf Partnerschaften hat Bodenmann (2016) betont, dass bei bio-psycho-sozialen Ansätzen und Konzepten einerseits der Aspekt des sozialen berücksichtigt wird, andererseits häufig die Rolle der Partner_innen von psychisch erkrankten Menschen eng geführt und reduziert wird auf die Rolle des_der Unterstützer_in im Genesungsprozess. Die Bedeutung sozialer Beziehungen wird damit zwar in den Blick genommen, jedoch nur auf die Entstehung von Störung, ihren Schweregrad, den Krankheitsverlauf und der Rückfallwahrscheinlichkeit bezogen. Letztlich, so die Kritik, bleibt dieser Ansatz in Praxis und Forschung einem patientenzentrierten Verständnis verhaftet, wonach die Erkrankung letztlich als das alleinige Problem des Erkrankten gesehen wird. Dem stellt Bodenmann (2016)

eine interpersonelle Sicht von Gesundheit und Krankheit entgegen. Es stellt sich daher die Frage, welche Prozesse eine gute gesunde Partnerschaft fördern und welche Prozesse sich schädigend auf eine Partnerschaft auswirken.

1.1.3 Partnerschaft als Ausdruck von Relationalität

Die integrative Theorie hat bisher keine explizite Theorie der Partnerschaft bzw. Paartherapie vorgelegt. Petzold skizziert jedoch das Programm einer solchen Theorie (2016g) und betont die Bedeutung der Theorie der Relationalität im integrativen Ansatz. Relationalität meint die Art und Weise, wie die personale Ebene und die soziale Ebene aufeinander bezogen sind. Die Theorie der Relationalität beschreibt das Aufeinander-Bezogen-Sein von Individuum und Mitwelt. Der leib-theoretische Ansatz wurde bereits im Hinblick auf das bio-psycho-soziale Modell dargestellt. Aus der Perspektive der Relationalität ist Leiblichkeit immer als Zwischenleiblichkeit zu denken, denn als Leibwesen stehen Menschen in einem stetigen Austausch mit ihrer Mitwelt, also mit anderen Menschen, die ebenfalls leiblich zu denken sind. Bei diesem leiblichen Austausch handelt es sich laut integrativer Therapie wesentlich um einen Austausch von Information, weshalb der Leib als „informierter Leib“ (Petzold, 2009c) gedacht werden muss. Diesen „leibhaftigen“ Austausch beschreibt Petzold mit dem Begriff Ko-respondenz.

Das Ko-respondenzmodell beschreibt also das wechselseitige Sich-aufeinander-Beziehen und Aufeinander-Bezogen-Sein, das grundlegend ist für menschliche Existenz, es ist das Kernkonzept der Relationalität (Petzold, 2009c; Petzold, 2016).

„Ko-respondenz als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d.h. in Intersubjektivität, ist ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differenzieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene ...“ (Petzold & Müller, 2007, S. 396).

Dieses Kernkonzept der Integrativen Therapie ist die Grundlage der Theorie der Relationalität, die Petzold mit der beziehungstheoretischen Grundformel:

„**Du, Ich Wir** in Kontext/Kontinuum, **Wir, Du, Ich** in Lebenszusammenhang und Geschichte, **in diesen Konstellationen gründet das Wesen des Menschen**, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in Polylogen und Ko-respondenzen als Konsens-/Dissensprozessen, im Aushandeln von Grenzen und Freiräumen findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen.“ beschreibt (Petzold & Müller, 2007, S. 395).

Die Theorie der Relationalität ist ein Modell für das „Zwischen“, für Intersubjektivität (Petzold & Müller, 2007, S. 402; Petzold, 2016g).

„**Relationalität** ist ein Oberbegriff, basierend auf der anthropologischen Grundannahme koexistiver Intersubjektivität, unter dem die höchst differentiellen

Modalitäten zwischenmenschlichen Miteinanders bzw. Sich-Beziehens gefasst werden, die Menschen in dyadischen oder multidirektionalen, interaktiv-kommunikativen Situationen zu einem oder mehreren anderen Menschen aktualisieren können – also auch in Situationen der „**Multirelationalität**“ in Polyaden, zu denen wir von Säuglingszeiten an fähig sind. Über diese Relationalitätsmodalitäten belehrt uns die Sprache – z.B. mit Begriffen wie *Kontakt, Begegnung, Abhängigkeit, Hörigkeit* – oder informiert uns die klinische Erfahrung – mit *Übertragung/ Gegenübertragung* – oder die sozialpsychologische Forschung, etwa über *Affiliation, Reaktanz, Bindungsverhalten* usw. (Petzold 2000h)“ (zitiert nach Petzold, 2007, S. 405).

Es ist wichtig zu betonen, dass Relationalität im integrativen Ansatz grundsätzlich polyadisch verstanden wird. Menschen leben nicht nur als Paar in Paarbezügen, oder als Kind in Mutter-Kind Bezügen, sondern in multiplen Beziehungen zu vielen anderen Menschen schon von Geburt an (Petzold & Müller, 2007, S. 381). Die Theorie der Relationalität beschreibt in allgemeiner Form das „Aufeinander-Bezogen-Sein“ zwischen Individuen in den unterschiedlichen Arten von sozialen Beziehungen.

Grundlegend für Überlegungen zu menschlicher Relationalität ist die Annahme, dass im Menschen ein Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen angelegt ist. Dieses Bedürfnis wird mit dem Begriff Affiliation von Petzold beschrieben:

„Affiliation ist das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum, zu Menschengruppen mit Vertrauensqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt, grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhalts, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten. Mit diesem Affiliationsnarrativ als Grundlage der Gemeinschaftsbildung konnten die Hominiden gesellschaftliche und kulturelle Formen entwickeln, die sie zur erfolgreichsten Spezies der Evolution gemacht haben.“
(Petzold & Müller, 2007, S. 375)

Affiliation ist eine grundlegende Qualität, ein in der evolutionären Entwicklung ausgebildetes Muster menschlichen Verhaltens, welches das Überleben sichert und für die Gesundheit von Bedeutung ist (Stroebe, Jonas, & Hewstone, 2003, S. 425).

Affiliation kann verstanden werden als Bündel von Verhaltensmustern, die darauf zielen, Nähe herzustellen, auch wenn keine natürlichen Bezüge bestehen, wie es beispielweise in Familien der Fall ist. Evolutionsbiologisch wird angenommen, dass die Fähigkeit zu Affiliation einen Selektionsvorteil im Evolutionsprozess bietet. Im Verbund hat der/die Einzelne bessere Überlebenschancen als allein. Affiliation ist insofern die Fähigkeit, Fremdheit zu überwinden. Es wird beispielsweise angenommen, dass die Grundemotionen kulturübergreifend gleich sind und so Affiliation ermöglichen. Affiliationen unterscheiden sich im Ausmaß ihrer emotionalen Besetzung, sie sind dementsprechend unterschiedlich

intensiv. Affiliationen sind sozialer Klebstoff, der soziale Netzwerke zusammenhält. Damit kommt der Affiliation auch eine konformierende Funktion zu, die negative Aspekte beinhalten kann, als Beispiel seien hier Korpsgeist und Gruppendruck bis hin zu kriminellen Vereinigungen und organisiertem Verbrechen oder fundamentalistischen Gruppierungen erwähnt. Affiliation basiert auf einer genetisch angelegten Kompetenz des Menschen, Nähe-Distanz zu regulieren. Diese Kompetenz ist nicht statisch und unveränderbar zu verstehen, sondern dynamisch, sie ist im Entwicklungsprozess des Einzelnen veränderbar. Deshalb kommen in Affiliationsprozessen weitere Muster zum Tragen. Eines davon ist Reaktanz, sie bildet in gewisser Weise ein Gegenstück zu Affiliation, ist jedoch nicht komplementär zu verstehen. (Petzold 1999r zitiert nach Petzold & Müller, 2007, S. 379f)

„**Reaktanz** ist das intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach einem ungeteilten Eigenraum, d.h. eine hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Möglichkeit zur Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen Eigenständigkeit im Affiliationsraum - mit ihm, durch ihn und gegen ihn - gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegenstellt“ (Petzold, 2007, p. 375).

Affiliation und Reaktanz können als Konzepte zur Beschreibung von Regulationssystemen auf der interpersonalen Ebene begriffen werden, die mit den intrapersonalen Regulationsprozessen unlösbar verflochten sind und sich gegenseitig beeinflussen. Petzold spricht hier von *komplexen dynamischen Regulationsprozessen* (Petzold & Müller, 2007, S. 404), die in der Interaktion bzw. Ko-respondenz sozialer Systeme, also auf der Verhaltensebene zum Tragen kommen. Affiliation und Reaktanz können als Ausdruck der dynamischen Regulationsprozesse auf der interpersonalen, sozialen Systemebene, als Narrative (Schemata, Muster oder Scripts) verstanden werden, die menschliches Verhalten steuern (Petzold & Müller, 2007). Dahinter stehen auf der intrapersonalen, individuellen Ebene des Subjekts die Grundbedürfnisse, welche Grawe (2004) in seiner Konsistenztheorie beschreibt. Auf der Grundlage der Konsistenztheorie können Affiliation und Reaktanz als von je zwei Grundbedürfnissen „motivierte“ Schemata begriffen werden. Für Affiliation sind dies das Bedürfnis nach Bindung und das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Für Reaktanz sind es das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung sowie Selbstwerterhaltung, Reaktanz ist daher nicht in einem negativen Sinn zu verstehen. Sie ist kein Vermeidungsschema (vgl. Grawe, 2004, S. 189).

Die Erfüllung der Grundbedürfnisse steht im Mittelpunkt der Entwicklung von psychischer Gesundheit und Zufriedenheit. affiliative und reaktante Bedürfnisse können dabei jedoch in Widerspruch zueinander geraten. Das oberste Prinzip psychischen Funktionierens

ist daher die Herstellung und Erhaltung von Konsistenz also der Vereinbarkeit der verschiedenen Bedürfnisse. Grawe spricht hier von Konsistenzregulation. Besteht Inkonsistenz, sind die Regulationsprozesse unterbrochen oder gestört, dann führt diese Dysregulation zu psychischer Krankheit/Störung. Psychische Störungen können insofern als Regulationsstörung verstanden werden (Schär, 2016, S. 41).

Eine Störung bzw. Dysregulation auf der sozialen Systemebene betrifft in diesem Verständnis immer beide Partner_innen und es hängt von der Regulationsperformanz der Partner_innen ab, wie gut die Regulation gelingt, damit Gesundheit erhalten werden kann (Petzold & Müller, 2007, S. 402ff).

Menschen treten auf differenzierte Art und Weise zueinander in Beziehung z. B. als Bekanntschaften, Freundschaften und Partnerschaften. Diese Abstufung wird im integrativen Ansatz mit sieben Modalitäten beschrieben, die sich nach Intensität und Art der Regulation unterscheiden. Die Modalitäten sind Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit und Hörigkeit. Sie werden im Folgenden skizziert und wenn erforderlich, auf Partnerschaft hin konkretisiert.

„Konfluenz ist die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz, wie sie die Embryonalzeit, die vorgeburtliche Verbundenheit des Fötus mit der Mutter in „primordialer Zwischenleiblichkeit“ kennzeichnet, in der die Flut der Propriozeptionen und Exterozeptionen noch nicht durch differenzierende Wahrnehmung strukturiert wird, die das Eigene vom Anderen trennt.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 408)

Konfluenz hat einen salutogenen und einen pathogenen Aspekt, sie findet sich auch im Verhalten von Erwachsenen und Paaren. Die originäre, frühe Konfluenz ist die Grundlage für die Entwicklung von Grundvertrauen und die Fähigkeit zu Beziehung und Intimität.

Als pathologische Konfluenz kann sie ein Zeichen dafür sein, dass Entwicklungsschritte nicht vollzogen oder vollendet sind oder andere Pathologien vorliegen, z. B. die innere Überflutung bei depressivem Erleben, Panikstörung und psychotischem Erleben oder bei Drogen- und Rauscherfahrung. Auch schwere Abhängigkeiten und Hörigkeit haben einen konfluenten Aspekt

„Kontakt ist im Wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierter Wahrnehmung, der das Eigene vom Fremden scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität bildet.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 408)

Kontakt ist ein Begriff, der im Leibverständnis des integrativen Ansatzes gründet. Leib meint hier den belebten, organismischen und mit Bewusstsein ausgestatteten Körper. Kontakt ist eine basale Qualität von Relationalität, sie ist mehr als rein körperliches Anfassen. Kontakt

ist ein Berührt-sein und geht über die körperliche Berührung hinaus, da Kontakt z.B. auch mit Blicken (Blickkontakt) hergestellt werden kann. Kontakt bildet die Grundlage für Abgrenzung und Angrenzung, ist gleichzeitig Kontaktfläche und Trennungslinie. Kontakt ist die Voraussetzung für Begegnung (Petzold, 2007, p. 408) und bei Paaren die Basis für den Ausdruck von Intimität.

„Begegnung ist ein wechselseitiges empathisches Erkennen und Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einem leiblich-zwischenleiblichen (d.h. körperlich, seelisch, geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 408)

Begegnung hat eine höhere Qualität als Kontakt, denn hier kommt es zu Interaktion und Ko-respondenz, allerdings ohne Verbindlichkeit. Kommen Verlässlichkeit und Dauerhaftigkeit hinzu, spricht Petzold von Beziehung.

„Beziehung ist in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die freientchiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 409)

Beziehung wird hier in einer grundlegenden Weise verstanden als „Grad der Verbundenheit oder der Distanz zwischen Individuen, die in einem sozialen Prozess vereint sind.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 371) Beziehung ist der Grundbegriff zum Verständnis und zur Beschreibung sozialer Systeme.

„Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zu Gunsten einer frei gewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Leidensbereitschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 409)

Bindung und Beziehung als Ausdruck von Relationalität sind konstitutiv für Partnerschaft (s.u. 1.2), die von Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit bestimmt ist und die die Bereitschaft beinhaltet, auch Nachteile, um der Bindung willen, in Kauf zu nehmen (z.B. in Notzeiten oder bei Erkrankung). Partnerschaft kann verschiedene Grade oder Intensitäten von Bindung beinhalten, die sich im zeitlichen Verlauf entwickeln und abhängig von verschiedenen Kategorien sind, wie beispielsweise Alter, Gender und Ethnie sind (Petzold & Müller, 2007, S. 409).

Neben diesen für eine gesunde Partnerschaft förderlichen Modalitäten werden im integrativen Ansatz zwei weitere, pathologische Modalitäten von Relationalität beschrieben. Diese sind Abhängigkeit und Hörigkeit.

„Abhängigkeit ist eine Gebundenheit auf Kosten persönlicher Freiheit, was als naturwüchsiges „attachment“ bei Kindern strukturell vorgegeben ist, oder sie ist bindungsbegründetes sozial sinnvolles Verhalten etwa bei pflegebedürftigen Erwachsenen im Nahraum von sozialen Beziehungen und Netzwerken. Sie kann aber auch pathologische Qualitäten haben etwa bei neurotischen Abhängigkeiten, suchtspezifischen Koabhängigkeiten, Kollusionen.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 409)

Abhängigkeit unterscheidet sich von Bindung in der unfreiwilligen Einschränkung der Freiheit des Individuums aufgrund von äußeren oder inneren Umständen.

„Hörigkeit beinhaltet massive, pathologische Abhängigkeit noch überschreitende Qualitäten, weil Grundrechte und Rechte verletzende Freiheitseinschränkungen, psychische und z.T. reale Freiheitsberaubung bis zur Versklavung eintritt (oft auf sexueller Ebene bei Zuhälterprostitution, sadomasochistischen Abhängigkeiten oder auf wirtschaftlicher Basis bei Schuldklaverei, Erpressung usw.)“ (Petzold & Müller, 2007, S. 409)

Die Prozesse der dynamischen Regulation werden im Weiteren, mehrperspektivisch bezogen auf Partnerschaft, genauer erläutert. Aus dem bisher Ausgeführten ergeben sich für das Thema Partnerschaft zwei weitergehende Fragen. Einerseits muss dargestellt werden, wie in Partnerschaften gute, funktionierende Regulationsprozesse erreicht werden können, also welche Voraussetzungen für das Gelingen einer stabilen Partnerschaft notwendig sind. Andererseits stellt sich die Frage nach Faktoren, welche eine Dysregulation beziehungsweise Partnerschaftsstörung begünstigen. Dies erfolgt nun mehrperspektivisch unter Hinzuziehung ausgewählter Theorien und Erkenntnisse.

1.1.4 Exkurs: Die Theorie des Lernens im integrativen Ansatz

Aus drei Gründen soll in diesem Exkurs die integrative Lerntheorie skizziert werden: Erstens wird im Folgenden ein lerntheoretisches Prozessmodell von Partnerschaft vorgestellt (s. u. 1.2.3), der Exkurs ermöglicht es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der sozial-kognitiven Lerntheorie und der integrativen Lerntheorie darzustellen. Der zweite Grund für den Exkurs ist, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzstörungen im integrativen Ansatz als Lernprozess verstanden wird. Drittens liegt die integrative Lerntheorie der Konzeption des Angehörigenseminars als einer Mischform von Erwachsenenbildung und Suchttherapie zugrunde.

Die integrative Lerntheorie geht davon aus, dass der Mensch über die Lebensspanne hinweg grundsätzlich lernfähig ist. Petzold spricht vom „Basis-Narrativ“ der grundsätzlichen Lernfähigkeit von Hominiden und begründet seine Theorie menschlichen Lernens evolutionsbiologisch. Petzold beschreibt das „Basis-Narrativ“ wie folgt:

„Die grundsätzliche und umfassende Lernfähigkeit der Hominiden, die Veränderbarkeit von Genexpressionen und Genregulationen, die Neuroplastizität des

menschlichen Gehirns und Nervensystems und die damit gegebene Modifizierbarkeit von kognitiven Landkarten, emotionalen Stilen, Mustern der Regulationskompetenz aufgrund von „exzentrischer und reflexiver“ Auswertung und volitionaler Umsetzung von Erfahrungen sind die wesentlichsten, evolutionsbiologisch höchst sinnvollen Selektionsvorteile der Hominiden vom Sapiens-Typus. Diese exzentrische Lernfähigkeit und modulierbare Regulationskompetenz muß [sic] als das zentrale Programm, als das „Basisnarrativ“ des Homo Sapiens angesehen werden, von dem alle anderen Narrative (Brutpflege-, Paar-, Aggressionsverhalten etc.) bestimmt werden können.“ (Petzold & Müller, 2007, S. 402)

Der Prozess der Evolution selbst wird in der integrativen Lerntheorie als Lernprozess verstanden, welchem der Mensch als „être au monde“ (Merleau-Ponty) und als Leib-Subjekt zugehört. Der Mensch kann daher charakterisiert werden als „Homo discens“ – Mensch der lernt.

1. Lernen ist Ko-respondenz

Der Prozess des Lernens wird im integrativen Ansatz als Wechselwirkung aufgefasst. Die integrative Therapie spricht hier von „Ko-respondenz“, einem sich gegenseitig beeinflussenden Austausch von Informationen des lernenden Subjektes mit seiner Umwelt. Bezogen auf die Lerntheorie könnte man eine Variation der anthropologischen Grundformel im integrativen Ansatz so formulieren: Der Mensch ist ein Leib-Subjekt, er lernt in Ko-respondenzprozessen, im Austausch bzw. in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und Mitwelt, dem Kontext und in Auseinandersetzung mit seiner biographischen Entwicklung, seinem Kontinuum. Lernen ist mehrdimensional zu betrachten:

1. Die ökologische Dimension des Lernens: Ko-respondenz mit der unbelebten Umwelt/Natur und belebten/organismischen „Mitwelt“.

2. Die soziale Dimension des Lernens: Ko-respondenz mit den Mitmenschen, Familie, Gruppe, Gemeinschaft, Gesellschaft. Dem_der Partner_in kommt hier aufgrund der großen Nähe eine besondere Bedeutung zu, denn Partner_innen lernen aneinander, voneinander und miteinander. Aber diese Lernprozesse sind offen. Sie können positive oder negative Effekte zur Folge haben. Dies wird, bezogen auf Paare unten weiter ausgeführt.

3. Die kulturelle Dimension des Lernens: Ko-respondenz mit der vom Menschen geformten Umwelt und Funktionen „höherer Ordnung“ wie Spracherwerb und Kulturtechniken, die ebenfalls in Ko-respondenzprozessen gelernt werden.

4. Hinzu kommt die Kontinuums Dimension des Lernens, denn Menschen lernen auch in der Ko-respondenz (Auseinandersetzung) mit ihrer Biografie und, wie unten gezeigt wird, hat in einer Partnerschaft die gemeinsame Geschichte des Paares eine Bedeutung.

Lernen geschieht auf mehreren Ebenen: organismisch/körperlich, emotional, volitiv und kognitiv und zwar in Ko-responzenz mit jeder Dimension des Kontextes/Kontinuums. Daraus ergeben sich multiple Verbindungen, in welchen die Lernprozesse wirken. Lernen ist daher im integrativen Ansatz als *komplexes Lernen* zu begreifen.

2. Lernen zielt auf Performanz

Mit dem Referenzrahmen der Evolutionsbiologie kann das integrative Konzept des lebenslangen Lernens (life-span-developmental Approach) erklärt werden. Der life-span-developmental Approach gründet im Basisnarrativ der grundsätzlichen und umfassenden Lernfähigkeit der Menschen. Auf der Basis eines evolutionären Lernbegriffes kann das Leben an sich als Lernprozess aufgefasst werden. Leben ist Lernen und Lernen bedeutet zu leben. Lernen ist ein Verhalten und bezieht sich auf Verhaltensmodifikation und Verhaltensänderung. Der Begriff Verhalten wird in den einzelnen Teildisziplinen der Psychologie nicht einheitlich verwendet. Für den integrativen Ansatz kann gesagt werden, dass Verhalten ein nach außen gezeigtes, für Andere wahrnehmbares Geschehen (Agieren und Reagieren) ein „overt Behavior“ (Sieper & Petzold, 2002, S. 6) eines Organismus ist:

1. Verhalten ist ein „Geschehen“ und somit eine temporär veränderbare Gegebenheit. Verhalten muss im Unterschied zu Fähigkeiten, Eigenschaften oder Dispositionen prozessual gedacht werden. Fähigkeiten, Eigenschaften und Dispositionen ermöglichen allenfalls Verhalten. Im integrativen Verständnis wird Verhalten auch Performanz genannt, um den prozessualen, dynamischen Aspekt zu betonen.

2. Verhalten ist ein allgemeines Phänomen lebender Organismen. Alles Lebendige zeigt Verhalten. Im Unterschied dazu sind Empfinden, Wahrnehmen, Denken und Fühlen kein Verhalten, sondern Aspekte des Bewusstseins, welche wiederum die Voraussetzung für menschliches Verhalten bilden. Empfinden, Wahrnehmen, Denken und Fühlen sind demnach nicht allen Organismen im gleichen Maße zu eigen.

3. Verhalten ist von außen beobachtbar. Sachverhalte, die nur in indirekter Weise, also nur introspektiv erfassbar sind, sind nach dieser Definition kein Verhalten. Wohl aber das Lernen selbst ist als Verhalten zu verstehen. Performanz / Verhalten meint die Summe aller Handlungspraktiken und Fertigkeiten, die zur erfolgreichen Umsetzung / Realisierung von Zielen notwendig sind. (Sieper & Petzold, 2002)

3. Lernen ist kreativ - konnektiverendes Lernen

Vor dem Hintergrund der bisher skizzierten integrativen Auffassung von Lernen als Ko-responzenzprozess zwischen Individuum und Umwelt bzw. sozialer Mitwelt sieht sich der Mensch einem permanenten Fluss von Informationen ausgesetzt, welche laufend verarbeitet

werden. In diesem Verarbeitungsprozess werden die unterschiedlichen Informationen miteinander verknüpft und als Mentalisierungen im Gedächtnis gespeichert. Diese Prozesse werden im integrativen Ansatz als Emergenz verstanden. Durch die permanente Verknüpfung und Speicherung der Informationsflüsse entsteht demnach etwas Neues. Insofern ist Lernen auch ein kreativer Prozess, denn die Verknüpfungen erfolgen auf der Grundlage subjektiver Erfahrungen in Kontext und Kontinuum und generieren Sinnzusammenhänge und Bedeutungen (Sieper & Petzold, 2002; Lukesch, 2011, S. 29). Ein weiterer Aspekt kreativen Lernens ergibt sich aus dem Konzept der Ko-respondenz, die nicht nur in Bezug auf die Umwelt zu denken ist, sondern auch und besonders als Ko-respondenz mit der sozialen Mitwelt. Lernen geht dabei über Dialoge hinaus und wird von Petzold als Polylog verstanden, als „vielstimmiges Sprechen nach vielen Seiten“ (Sieper & Petzold, 2002) und in diesem Polylog wird Ko-kreativität möglich. Das gilt auch für Paare, die ebenfalls als Paar mit den vielen anderen Menschen in ihrem Umfeld einen Polylog führen.

4. Lernen heißt Erfahrungen speichern (einleiben) - Informierter Leib -.

Weiterhin wird mit der Charakterisierung von Lernen als Ko-respondenzprozess deutlich, dass Lernen nicht nur bewusst/explicit, sondern auch unbewusst/implicit erfolgt. Lernen ist insofern ganzheitlich und holographisch aufzufassen. Lernen geschieht nicht nur kognitiv, lernen geschieht auch emotional, mnestisch und mit allen Sinnesqualitäten. Der Leib wird als umfassendes Sinnesorgan begriffen. Gelernt werden immer ganze Atmosphären, Szenen und Eindrücke, die als mentale Repräsentationen im Gedächtnis gespeichert werden. Dieser Prozess des Memorierens geschieht auf einer leiblichen, organismischen Basis. Information aus der ökologischen und sozialen Mitwelt wird im integrativen Verständnis durch Lernprozesse nicht nur verinnerlicht, sondern durch den Leib „eingeleibt“, interiorisiert, also im Leib gespeichert. Um etwas zu „begreifen“ braucht es tatsächlich eine körperlich – haptische Erfahrung, um etwas zu „erfassen“ muss ich es anfassen. Ein Beispiel: Kinder, die noch nicht lesen können, lernen den Text eines Liedes besser und schneller, wenn sie das Lied mit Gesten, sozusagen in Bewegung, lernen. Gedächtnis ist daher immer als „Leib-Gedächtnis“ zu denken. Auch die Redewendung „es ist mir in Fleisch und Blut übergegangen“ verdeutlicht dies (Sieper & Petzold, 2002).

5. Lernen im Kontinuum – Biographisches Lernen

Ko-respondierendes Lernen ist auch als ein innerer, intrapsychischer Prozess aufzufassen, denn die Erfahrungen, die wir im Verlauf unseres Lebens gemacht haben und die im Leibgedächtnis als mentale Repräsentationen (Narrative, Schemata) gespeichert sind, können immer wieder abgerufen werden. Dies kann absichtlich geschehen durch bewusstes

Erinnern oder unbeabsichtigt durch äußere Stimuli hervorgerufen, „getriggert“ werden. Was wiederum die Schemata beeinflussen und verändern kann (Sieper & Petzold, 2002). Auch Negatives und Belastendes wird verkörpert und im Leibgedächtnis gespeichert mit der Folge von psychischen und somatischen Störungen die demnach Ergebnis von Lernprozessen sind (Petzold, 2009c; 2002).

1.2 Partnerschaft und Partnerschaftsstörungen

Zum Thema Partnerschaft existiert bereits ein breites Spektrum von Forschungsergebnissen und Theorie-Ansätzen sowohl aus der Sozialpsychologie als auch aus der klinischen Psychologie. Die wesentlichen Forschungsbereiche sind die Partnerschaftsdiagnostik, Theorien und Modelle von Partnerschaft, Einflussfaktoren auf Partnerschaften, Inhalte und Prozesse von Partnerschaft und Prävention sowie Konflikt und Trennung (Grau & Bierhoff, 2003).

Der Begriff Partnerschaft wird hier weit und offen gefasst, um der Pluralität der Lebensentwürfe und den vielfältigen Formen von Paarbeziehungen gerecht zu werden. Ehe, eingetragene Lebenspartnerschaften, nichteingetragene Lebensgemeinschaften, heterosexuelle oder homosexuelle Partnerschaften können unter den Begriff Partnerschaft subsumiert werden. Diese Auflistung ist keinesfalls als vollendet zu verstehen. Alle Formen intimer, dyadischer Beziehungen sind in den Begriff einbezogen. Letztlich ist demnach eine Partnerschaft dann gegeben, wenn zwei Menschen sich als Paar und als einander zugehörig begreifen.

Partnerschaft wird definiert als nahe, intime Beziehung mit Bindungscharakter. Sie ist gekennzeichnet durch die Merkmale:

„(a) hohe Interdependenz und emotionale Nähe (stärker als zu Freunden), (b) Langfristigkeit des Beziehungsentwurfs und der Wunsch nach Kontinuität mit diesem Menschen, (c) Exklusivität der Beziehung (der Partner ist nicht leicht austauschbar durch andere Personen) und (d) sexuelle Intimität“ (Bodenmann, 2016, S. 26).

Wie oben dargestellt basieren menschliche Beziehungen auf dynamischen Regulationsprozessen, die den Austausch zwischen Individuum und sozialer Mitwelt steuern. Diese Vorstellung des integrativen Ansatzes soll nun im Hinblick auf Partnerschaft konkretisiert werden. Es werden Theorien vorgestellt und im Hinblick auf funktionale, gesunde und resiliente Prozesse sowie im Hinblick auf dysfunktionale, das Krankheitsrisiko erhöhende Prozesse beschrieben.

1.2.1 Die Attachment Theorie

Eine Theorie, die im Zusammenhang mit dem Begriff der Bindung von Paaren häufig in der wissenschaftlichen Literatur erwähnt wird, ist die Attachment Theorie. Ihre Begründer sind Bowlby, Robertson und Ainsworth. Die Theorie geht davon aus, dass Säuglinge eine angeborene Tendenz dazu haben, die Nähe zu einer vertrauten Person zu suchen. Ihr Bindungsbedürfnis äußern sie durch Bindungssignale wie Lächeln, Blicke, Laute, Schreie, Weinen etc. Die Art und Weise, wie auf diese Signale von Bezugspersonen reagiert wird, ist entscheidend für die Beziehungsqualität. Dabei kommt es wesentlich darauf an, dass die Bezugsperson einfühlsam und angemessen reagiert, also passend auf die vom Kind gesendeten Signale eingeht. Diese frühen dyadischen Erfahrungen in der Beziehung mit der Bezugsperson werden verinnerlicht. Bowlby nimmt an, dass sich „innere Arbeitsmodelle“ bilden (Grawe, 2004, S. 193), die den motivationalen Schemata oder den intrapersonalen Repräsentationen (Schneewind & Wunderer, 2003, S. 228) ähnlich sind und das Bindungsverhalten prägen.

Auf der Grundlage ihrer Forschung mit dem Fremde-Situationen Test konnte Ainsworth drei Bindungsstile identifizieren, die später durch einen vierten ergänzt wurden: (a.) Sicherere Bindung mit sicherem Beziehungsverhalten, (b.) unsichere Bindung mit vermeidendem Beziehungsverhalten, (c.) unsichere Bindung mit ambivalentem Beziehungsverhalten und (d.) unsichere Bindung mit desorganisiertem /desorientiertem Beziehungsverhalten. Diese Bindungsstile wirken, so die Annahme der Attachment Theorie, über die gesamte Lebensspanne stabil weiter und beeinflussen auch das Bindungsverhalten im Erwachsenenalter und in Partnerschaften (vgl. Grawe, 2004, S. 193f; vgl. Lösel & Bender, 2003, S. 61; vgl. Schneewind & Wunderer, 2003, S. 228ff).

Für Erwachsene wurden von Hazan und Shaver (1987; zit. n. Schneewind & Wunderer, 2003, S. 229) Bindungsstile von Erwachsenen entwickelt, die sich eng an das Konzept der Bindungsstile im Kindesalter anlehnt. Cohn et al beschreiben auf der Grundlage ihrer Forschungen mit dem Adult Attachment Interview drei mögliche Paarkonstellationen: je zwei sicher gebundene Partner_innen, je zwei unsicher gebundene Partner_innen, und eine Mischform aus jeweils einem sicher gebundenen und einem_einer unsicher gebundenem_n Partner_in. Ihre Forschungen ergaben, dass die Konstellation von zwei unsicher gebunden Partnern_innen mehr Konflikte und weniger positive Interaktionen aufweisen als die beiden anderen Konstellationen (zit. nach Schneewind & Wunderer, 2003, S. 229).

Der Verdienst dieses Ansatzes ist es, Bindungsstile als Produkt von Interaktions- und Regulierungsprozessen zu verstehen, die zur Bildung eines Bindungsschemas führen, das

wiederum Grundlage für das Bindungsverhalten ist und insofern für die Qualität der Partnerschaft von Bedeutung.

Der Einfluss der Kindheitserfahrungen und der daraus entstandenen Repräsentationen ist jedoch nicht statisch und linear, sondern dynamisch und plastisch zu verstehen, das bedeutet Bindungsstile und Bindungsverhalten sind im Verlauf der *Entwicklung in der Lebensspanne* veränderbar, wie der integrative Ansatz in seiner klinischen Entwicklungstheorie darlegt (Petzold, 1994r; vgl. Schindler, Hahlweg, & Revenstorf, 2019, S. 25; Lösel & Bender, 2003 S. 62f). Die integrative Relationalitätstheorie geht im Unterschied zur Attachment Theorie davon aus, dass Affiliation – als Bindungsnarrativ – plastisch ist, Bindungsstile müssen demnach als veränderbar verstanden werden. Im Verlauf der Entwicklung über die Lebensspanne wird ein Mensch in den verschiedenen Lebensphasen mit unterschiedlichen Kontexten konfrontiert, die jeweils ein eigenes Potenzial für positive, korrigierende oder maladaptive Erfahrungen haben (Petzold & Müller, 2007, S. 389f; Grawe, 2004, S. 204). Petzold spricht hier von dynamischer Regulation d. h. Bindungsverhalten ist eine Antwort auf die Erfordernisse, der in den jeweils aktuellen Lebensphasen gegebenen Anforderungen an das Individuum. Es kommt daher darauf an, in den verschiedenen Lebensphasen die passenden Lernerfahrungen zu machen.

Keller weist darauf hin, dass Bindungsstile nicht universell verstanden werden dürfen sondern kulturbedingt und kontextabhängig sind.

„Bindungsentwicklung vollzieht sich in Kontexten von Raum und Zeit. Vom heutigen Wissenstand aus würde der Versuch, einer bestimmten kulturellen Beziehungsgestaltung den alleinigen Anspruch auf gelingende Entwicklung von Kinder Zuschreiben, als hegemonial, übergriffig und persönlichkeitsverletzend bewertet.“ (Keller, 2019, S. 89)

Neuere Ansätze der Attachment-Theorie berücksichtigen auch die individuelle Beziehungsgeschichte als Einflussfaktor auf frühkindlich erworbene Bindungsstile (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 577ff). Dies muss nach Petzold jedoch kritisch betrachtet werden (Petzold & Müller, 2007, S. 390; Schneewind & Wunderer, 2003, S. 230), da die Forschung der Bindungstheorie sich hauptsächlich auf das Adult Attachment Interview stützt, dem die starre Vorstellung von früh erworbenen und überdauernden Bindungsstilen zugrunde liegt. Damit soll es möglich sein, Bindungsstile retrospektiv im Erwachsenenalter zu erfassen, was aufgrund der Möglichkeit von kognitiven Verzerrungen zweifelhaft ist. Im Integrativen Ansatz wird davon ausgegangen, dass Bindungsstile lebensalterspezifisch aktualisiert werden. Diese aktualisierten Bindungsstile sind durch Vorerfahrung beeinflusst, jedoch nicht mit

vorhergegangenen Bindungsstilen identisch, denn zu der erwachsenen Tochter besteht eine andere Bindung als dem Säugling, der sie einmal war.

Für die Angehörigenseminare liegt die Bedeutung der Bindungstheorie vor allem im Entwicklungsaspekt und den Fragen, welche Bindungserfahrungen im Verlauf des individuellen Lebensgeschichte gemacht wurden, wie sie die gemeinsame Beziehungsgeschichte beeinflusst haben und welche Bindungsstile aktuell gezeigt werden.

Für Grawe (2004, S. 216) ist das Bindungsmuster ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung.

Schneewind & Wunderer (2003) heben hervor, dass in Partnerschaften mit zwei unsicher gebundene Partnern_innen deutlich häufiger Konflikte ausgetragen werden, weniger positive Interaktion geschieht und allgemein eine reduzierte partnerschaftliche Funktionsfähigkeit vorhanden ist, als in Partnerschaften mit zwei sicher gebundenen oder einer sicher und einem unsicher gebundenen Partner_in.

1.2.2 Die Investitions- und Austauschtheorien

Zu den wichtigsten Theorien über Partnerschaft gehört die Austauschtheorie. Sie basiert auf verhaltensökonomischen Modellen, wonach die Partner_innen in einer Beziehung kontinuierlich ihre Interaktionen, d. h. ihre Ko-respondenz, nach Kosten - Nutzen Erwägungen bewerten (Mikula, 1992 zitiert nach Lösel & Bender, 2003, S. 51).

Der Grad der Realisierung dieser „Belohnungen“ beziehungsweise Vorteile, die sich aus der Partnerschaft ergeben, beeinflussen die Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Je mehr Vorteile realisiert werden, desto größer ist die Partnerschaftszufriedenheit. Eine Partnerschaft ist jedoch nicht nur mit Vorteilen verbunden, sie generiert auch „Kosten“ und Nachteile. Das Individuum muss dementsprechend etwas für die Beziehung aufwenden und investieren, wie beispielsweise Zeit, Aufmerksamkeit, Verantwortungsübernahme oder Zurückstellung widersprüchlicher Strebungen und Ziele. Kosten und Nutzen werden nach der Austauschtheorie von den Partnern_innen einer Bilanzierung unterzogen. Je günstiger die Kosten-Nutzen Relation ausfällt, umso höher ist die Zufriedenheit der einzelnen Partner_innen mit der Beziehung. Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft hängt demnach davon ab, inwieweit die Bedürfnisse des Individuums vom Gegenüber befriedigt werden.

Die Bilanzierung wird jedoch nicht nur auf der Grundlage des jeweiligen Gewinns des Einzelnen vorgenommen. Die Equity-Theorie besagt, dass es vor Allem auf die wahrgenommene Ausgeglichenheit zwischen den Partnern_innen ankommt. Wird also die Kosten-Nutzen Relation der Beziehung als gerecht bzw. fair erlebt, wirkt sich dies positiv auf die Partnerschaftszufriedenheit aus. Wird sie im Gegensatz als unfair bzw. ungerecht

empfundene, führt dies zu Spannungen zwischen den Partner_innen und zu Inkongruenz bei den Einzelnen. Auch die Bevorteilten erleben diese Spannungszustände. Wenn die Spannungen als zu belastend erlebt werden, kann dies durch eine neue Art der Interaktion oder kognitive Umstrukturierung oder durch Abbruch gelöst werden (Lösel & Bender, 2003, S. 51).

Partner_innen vergleichen die Beziehung mit ihren jeweiligen Standardvorstellungen von Partnerschaft, um einzuschätzen, inwieweit die Beziehung attraktiv und befriedigend ist. Der Bewertungsmaßstab oder Anspruch, der individuell zugrunde gelegt wird, wirkt sich auf die Partnerschaftszufriedenheit aus. Von Partnerschaftszufriedenheit kann jedoch noch nicht auf die Partnerschaftsstabilität geschlossen werden. Die Stabilität einer Partnerschaft hängt zusätzlich von den gegebenen Alternativen ab und auch diesbezüglich haben die Partner_innen einen individuellen Vergleichsmaßstab. Sinkt die Bilanz der Partnerschaft unter das Vergleichsniveau, dann steigt das Trennungsrisiko.

Nach Rusbult (1983) spielt neben den Aspekten Zufriedenheit und Verfügbarkeit von Alternativen, auch das Ausmaß der Investitionen in die Partnerschaft eine wichtige Rolle. Investitionen werden dabei sowohl materiell etwa gemeinsamer Besitz, vor allem aber immateriell wie beispielsweise der gemeinsame Freundeskreis, investierte Zeit oder auch der Aufbau der gemeinsamen Familie verstanden. Im Falle einer Trennung wären diese Investitionen nichtig oder sogar von Verlust bedroht (vgl. Schneewind & Wunderer, 2003, S. 231).

Rusbult et al. (1994) sehen drei Faktoren, die Partnerschaftszufriedenheit, das Vorhandensein von attraktiven Alternativen und die Investitionen als Grundlage des Commitment, also der Verbindlichkeit an. Gemeint ist der Grad der Verbindlichkeit, der Loyalität und der Bindung (s. o. 1.1.3) an den_die Partner_in, kurz, wie sehr fühlt sich der_die Einzelne als Teil der Partnerschaft. Das Commitment ist um so höher, je höher die Partnerschaftszufriedenheit sowie die Investitionen und je niedriger die verfügbaren, attraktiven Alternativen sind. Ein hohes Commitment wird als aufrechterhaltender Faktor für eine Beziehung gesehen. Bei hohem Commitment steigt die Bereitschaft, auch höhere Kosten im Kauf zu nehmen, um die Beziehung zu erhalten oder es erhöht sich die Bereitschaft eigene Interessen zugunsten der Beziehung zurückzunehmen.

Eine weitere Rolle bei der Aufrechterhaltung und Stabilisierung einer Partnerschaft spielen soziale Vergleiche. Im sozialen Vergleich kommt es bei hohem Commitment zu einer Aufwertung der eigenen Beziehung gegenüber anderen Beziehungen. Alternativen werden unterbewertet oder abgewertet, während die eigene Beziehung überbewertet bzw. aufgewertet

wird (Schneewind & Wunderer, 2003, S. 232). Charakteristisch für diesen Ansatz ist der Begriff der Reziprozität als der Gegenseitigkeit und Ausgewogenheit in Paarbeziehungen.

Kritisch anzumerken ist, dass der Ansatz der Austausch- und Investitionstheorien Kontexteinflüsse nur insofern berücksichtigt, als dass Beziehungsalternativen, gemeinsamer Besitz und gemeinsamer Freundeskreis lediglich unter dem Aspekt „Investition“ Beachtung finden. Weitere Faktoren, wie beispielsweise Erwerbstätigkeit und Kultur der Partner_innen, bleiben hier unberücksichtigt. Auch die Entwicklung der persönlichen Beziehungsgeschichten der Partner_innen bleibt unberücksichtigt, weil nur das aktuelle Beziehungsgeschehen in den Blick genommen wird. Für das Verständnis der individuellen Bewertungsmaßstäbe sind die persönlichen Beziehungsgeschichten der Partner_innen jedoch unerlässlich.

1.2.3 Die Sozial-kognitive Lerntheorie - Gottmans Modell ehelicher Stabilität

Unter den sozial-kognitiven Theorien von Partnerschaft stellt das Modell ehelicher oder auch partnerschaftlicher Stabilität nach Gottman (1994) einen wichtigen heuristischen Ansatz zur Erklärung gelingender und scheiternder partnerschaftlicher Entwicklung dar. Das Modell nimmt nicht nur intrapersonelle Aspekte, sondern auch interpersonelles Beziehungsgeschehen in den Blick. Die Grundannahme von Gottmans Balancetheorie ist das Postulat einer Wechselwirkung von Kommunikation / Interaktion, Wahrnehmung und psychophysiologischen Prozessen. Dieser Wechselwirkungsprozess wird als Lernprozess aufgefasst.

Gottman (1994) geht davon aus, dass die interaktionalen Erfahrungen eines Paares deutlich positiver erlebt werden müssen, damit die Beziehung ausbalanciert ist und stabil bleibt. Eine negative Interaktion in der Partnerschaft kann von fünf positiven Interaktionen ausbalanciert werden. Positive und negative partnerschaftliche Interaktionen müssen in einem Verhältnis von 5:1 zu einander stehen. Wird dieses Verhältnis von positiv zu negativ unterlaufen, verschlechtert sich die Beziehungsqualität. Wichtig ist, dass in dem Modell nicht die absolute Anzahl von Interaktionen betrachtet wird. So können Paare mit wenig Interaktion genauso glücklich sein, wie Paare, die sich häufig und intensiv streiten und versöhnen. Es ist lediglich unabdingbar, dass die 5:1 Regel eingehalten wird (Hallweg & Bodenmann, 2003; Hallweg & Baucom, 2008, S. 20ff).

Der Aspekt Wahrnehmung in Gottmans Modell kann als selektive Wahrnehmung verstanden werden. Er versteht darunter die individuellen Einstellungen, Kognitionen, Erwartungen und Bewertungen, die der Partnerschaft entgegengebracht werden. Sie wirken wie eine Brille, die das Bild des Einzelnen von der Beziehung bestimmen. Die Partnerschaft wird von den Einzelnen solange als befriedigend wahrgenommen, wie das Verhältnis von 5:1

eingehalten wird. Sinkt das Verhältnis unter diesen Wert, kann sich, nach Gottmann, die Wahrnehmung schlagartig verändern. Der_die Partner_in wird nicht mehr als zugewandt und wohlwollend, sondern als bedrohlich wahrgenommen. Die Beziehung gerät aus der Balance und die grundsätzliche Haltung zur Beziehung „kippt“ ins Negative (Hahlweg & Baucom, 2008, S. 20ff).

Schließlich muss als dritter wichtiger Aspekt der Balancetheorie die psychophysiologische Reaktion der Partner_innen berücksichtigt werden. Kommunikation und Wahrnehmung sind mit den physiologischen Reaktionen eng verknüpft. Gemeint ist die körperliche Reaktion, die die Gegenwart des_der Partner_in zu Beginn einer Partnerschaft auslöst. Gerade zu Beginn einer Partnerschaft ist diese Reaktion positiv, ein Wohlbefinden. Unter der Voraussetzung, dass die 5:1 Regel eingehalten wird und die Partnerschaft als zufriedenstellend wahrgenommen wird, bleibt dieses Wohlgefühl auch über die Anfangsphase der Beziehung hinaus bestehen. Der_die Partner_in wird im Sinne des klassischen Konditionierens zunehmend zu einem Auslöser für Wohlbefinden. Negative Interaktionen verursachen zwar eine physiologische Erregung, Petzold und Müller sprechen hier von affilialem Stress (2007, S. 378; Hahlweg & Baucom, 2008, S. 21), bei günstigen Bedingungen regulieren sich die Erregungszustände jedoch schnell wieder und beruhigen sich.

Sinkt der Interaktionsquotient unter das 5:1 Verhältnis und verschlechtert sich die Zufriedenheit mit der Partnerschaft, dann bedeutet dies Stress, der auf Dauer in ein Phänomen mündet, das Gottman „Überflutung“ nennt. Aus der Überflutung entwickeln sich negative Attributionen auf den_die Partner_in. Der_die Partner_in wird für alles Negative der Partnerschaft verantwortlich gemacht, was zunehmend zu Distanz und Isolation, sogar bis zu Einsamkeit führt. Schließlich führt dieser Prozess zu einer veränderten Wahrnehmung und Umdeutung der bisherigen Beziehungsgeschichte ins Negative, die bisherige Beziehung wird als Fehler wahrgenommen. Die letzte Stufe dieses Prozesses ist die Trennung.

Auf der Grundlage seines Interaktionsquotienten entwickelte Gottman fünf Muster von Partnerschaften, die in drei funktionale und zwei dysfunktionale Partnerschaftsmuster differenziert werden können. Dabei zählen konflikt-vermeidende Partnerschaften, lebhaft impulsive Partnerschaften und konstruktive Partnerschaften zu den stabilen Mustern, und feindselig-engagierte Partnerschaften und feindselig-distanzierte Partnerschaften zu den instabilen Mustern. Außerdem wird das Interaktionsverhältnis von fünf zu eins als der Aspekt des Austausches besonders betont und zum bestimmenden Moment für das Verhalten der Partner_innen. Hinzu kommen jedoch noch geschlechtstypische und organismischen Reaktionen.

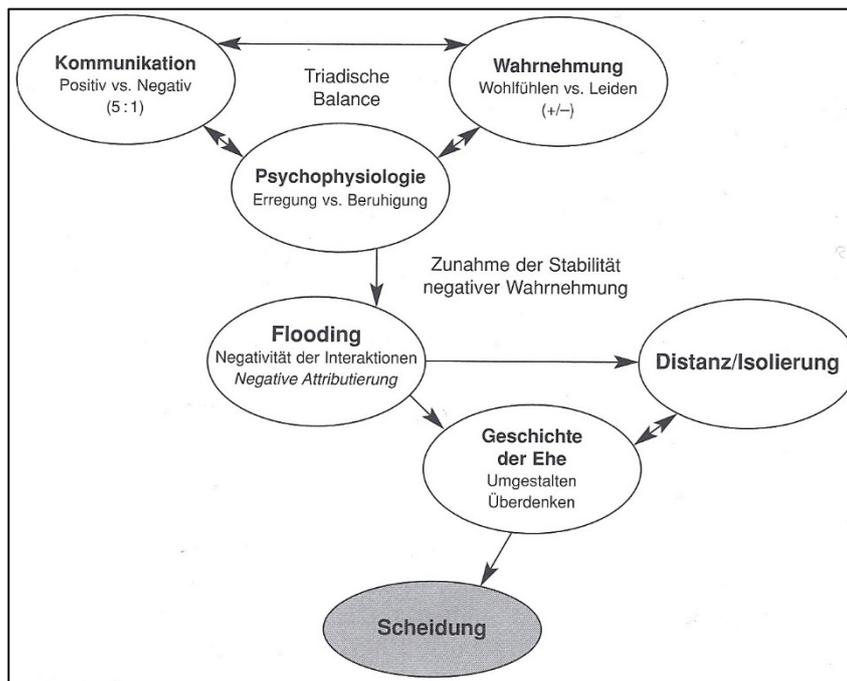


Abbildung 5 Balancetheorie (nach Gottman, 1994) aus Hahlweg und Baucom (2008, S. 20)

Die Balancetheorie wurde als sozial-kognitive Lerntheorie vorgestellt und wird im nun mit der Theorie des Lernens im Integrativen Ansatz (s.o. 1.1.4) in Beziehung gesetzt. Folgende Gemeinsamkeiten von Gottmans Theorie und Integrativer Theorie lassen sich identifizieren: (a) Die Auffassung, dass Lernen als Wechselwirkungsprozess beziehungsweise Korrespondenzprozess begriffen wird. (b) Die Annahme dynamischer Regulation und die Vorstellung partnerschaftlicher Balance sind anschlussfähig, da beiden Ansätzen die Annahme von Reziprozität, der Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen zugrunde liegt. Gottmann betont die Bedeutung der Kommunikation für die Entwicklung der Partnerschaft.

Die Entwicklungsdimension des Einzelnen, das persönliche „Geworden-sein“ wird als Einflussgröße auf die Partnerschaft in diesem Modell nicht berücksichtigt. Die gemeinsame Beziehungsgeschichte kommt retrospektiv in den Blick, wenn es zu den beschriebenen Umdeutungsprozessen kommt.

Weiterhin bleibt auch der gegenwärtige soziale Kontext auf der Mikro-, Meso-, und Makro-Ebene unberücksichtigt. Gottmans Balancetheorie stellt dennoch ein Arbeitsmodell dar, das wissenschaftlich gut begründet ist und für die klinische Praxis wichtige Anregungen bietet (Schneewind & Wunderer, 2003, S. 238).

1.2.3.1 Zwangsprozesse in Partnerschaften

Aus den Ansätzen der sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelten Patterson und Reid (1970; zitiert nach Hahlweg & Baucom, 2008, S. 18f) das Modell des Zwangsprozesses.

Grundgedanke dieses Modells ist, dass Partner_innen in einer Partnerschaft nur selten den Vorstellungen des Anderen entsprechen. Versuche, den_die Partner_in zu ändern, können in Zwangsprozesse münden. Das sind dysfunktionale Verhaltensweisen um bei der_dem Partner_in, Verhaltensveränderungen zu bewirken.

In Partnerschaften mit schlechter Partnerschaftsqualität werden dabei häufig negative Verstärker eingesetzt, während Paare mit guter Partnerschaftsqualität häufiger positive Verstärker einsetzen. Zum Zwangsprozess kommt es, wenn beispielsweise die Partner_in A sich wünscht, Partner_in B möge eine bestimmte Verhaltensweise ändern z. B. den Feierabend nicht in der Kneipe verbringen. A spricht dieses Thema häufig an. Würde B sein Verhalten nun tatsächlich ändern, entstünde kein Konflikt. Häufig verläuft der Prozess jedoch anders: B gelobt zwar Besserung, ändert das Verhalten jedoch nicht oder nur für kurze Zeit. A hat nun zwei Möglichkeiten zu versuchen, B zur Verhaltensänderung zu bewegen: durch negative Konsequenzen, also Bestrafung, z. B. durch Kritisieren, Nörgeln, Drohen oder Schreien. Die zweite Möglichkeit, eine Verhaltensänderung zu bewirken, besteht darin, positive Verstärker wie gemeinsame Unternehmungen, Zärtlichkeit und Nähe oder Sex vorzuenthalten (Paterson & Reid, 1970; zitiert nach Hahlweg & Baucom, 2008, S. 18f).

Ein Zwangsprozess entwickelt nun folgende Dynamik. Da A sein negatives Verhalten solange aufrechterhält bis B sich wie erwünscht verhält also nicht mehr in die Kneipe geht, wird B negativ verstärkt. Ändert sich B dann tatsächlich, wird jedoch A positiv verstärkt, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass A zukünftig aversive Strategien erneut einsetzen wird, um sich durchzusetzen. Aufgrund der Reziprozitätstheorie („wie du mir, so ich dir“), nämlich dass Bestrafung mit Bestrafung und Belohnung mit Belohnung beantwortet wird und B zusätzlich von A lernt, dass aversive Strategien zum Erfolg führen, wird zukünftig auch B wahrscheinlich seine Interessen aversiv durchsetzen.

Bestrafung und negative Verstärkung bewirken jedoch keine dauerhaften Veränderungen. Der Konflikt wird also nicht nachhaltig gelöst. Außerdem stellt sich ein Gewöhnungseffekt ein, was zur Folge hat, dass die Strafreize in ihrer Intensität zunehmen müssen, um eine Wirkung zu erzielen. (Paterson & Reid, 1970; zitiert nach Hahlweg & Baucom, 2008, S. 18f) Es kommt zu einer negativen Entwicklung der partnerschaftlichen Kommunikation und Interaktion (Abwärtsspirale). Zwangsprozesse können demnach als eine dysfunktionale Form der oben genannten Regulationsprozesse (s.o. 1.1.3) gesehen werden.

„Durch solche Interaktionen entstehen Verletzungen und es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die beiden Partner vermehrt auf ihre alten kommunikativen Überlebensstrategien zurückgreifen, inkongruenter kommunizieren und immer weniger bekommen, was sie eigentlich bräuchten. Die Paarkonflikte werden häufiger

und intensiver und die Liebe und positiven Gefühle füreinander bleiben auf der Strecke.“ (Schär, 2016, S. 23)

Nach dem lerntheoretischen Modell des Zwangsprozess sind mangelnde Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten die Ursachen, die zur Verschlechterung der Partnerschaftsqualität und letztlich Trennung führen (Hahlweg & Baucom, 2008, S. 19).

1.2.4 Das Vulnerabilitäts-Stress Adaptationsmodell

Mit seinem systemisch-transaktionalen Stressmodell erweitert und vertieft Bodenmann die interpersonelle, soziale Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells, welches sich im Wesentlichen auf die Rolle der Partner_innen, Angehörigen, Freunde_innen, also das soziale Netzwerk (Hass & Petzold, 1999/2011) im Hinblick auf Auslösung der Störung, die Aufrechterhaltung der Symptomatik, das Rückfallrisiko, und die schützende Wirkung von sozialer Unterstützung bei der Bewältigung von Stress bezieht.

Bodenmann betont die Bedeutung der Stressbewältigungsmechanismen für den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit oder Krankheit. Sein systemisch transaktionales Modell der Stressbewältigung ist eine Erweiterung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984), welches individuumszentriert angelegt ist. „Obwohl der transaktionale Ansatz von Lazarus und Folkman (1984) von einer Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt ausgeht, wurden soziale Austausch- und reziproke Beeinflussungsprozess vernachlässigt.“ (Bodenmann, 2003, S. 483)

Tabelle 2 zeigt die Implikationen der drei Modelle in der Zusammenschau und im Hinblick auf Partnerschaften.

Tabelle 2 Störungsmodelle und ihre Implikationen aus Bodenmann (2016, S. 52)

Störungsmodell	Annahme	Konsequenzen
Medizinisches Krankheitsmodell	Der Patient hat die Störung bzw. Krankheit. Die Störungsursachen liegen im Patienten, und die Behandlung erfolgt entsprechend <i>patientenzentriert</i> mittels Medikamenten oder Individualtherapie.	Defizitorientierung, einseitige Sicht von Störungen und reduktionistische Behandlungskonzepte
Bio-psycho-soziales Störungsmodell	Eine Störung wird auf verschiedene Ursachen und deren Zusammenspiel zurückgeführt, wobei genetische, biologische, psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Bei der Behandlung werden verschiedene Komponenten einbezogen, die für die Aufrechterhaltung der Störung bedeutsam sind.	Trotz der Berücksichtigung von Ressourcen des Patienten ist die Gesamtbilanz weiterhin defizitär. Soziale Aspekte werden in der Form sozialer Unterstützung einbezogen.
Störung/Krankheit als «we-disease»	Eine Störung wird als gemeinsames Problem des Paares gesehen, als gemeinsame Aufgabe definiert. Beide leiden darunter auf ihre Weise, beide können aber auch zur Bewältigung beitragen. Beide sind aufgefordert, «an einem Strick zu ziehen» und ihre jeweiligen Ressourcen ins Spiel zu bringen.	Die Gesamtbilanz fällt nun häufig zugunsten der Ressourcen aus. Beide Partner werden regelmäßig in die Behandlung einbezogen oder sie erfolgt im Rahmen einer Paartherapie. Der Partner ist nicht mehr nur Unterstützender, sondern wird ebenfalls als Leidender gesehen. Der Patient ist nicht mehr nur Empfänger von Unterstützung, sondern soll auch dem Partner Unterstützung geben.

Die Verknüpfung des sozialen Kontextes mit einem Modell von Partnerschaftsprozessen und ihrer Wirkweise wird in stresstheoretischen Modellen beschrieben. Das von Bodenmann entwickelte systemisch-transaktionale Modell (Bodenmann, 2000a) kann als das am fortschrittlichsten entwickelte Stressmodell der Partnerschaft angesehen werden, es hat sich im internationalen Vergleich mit anderen theoretischen Ansätzen allgemein durchgesetzt (Bodenmann, 2016, S. 53). Dieses Modell ist eine Erweiterung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984). Das systemisch-transaktionale Modell geht von folgenden Grundannahmen aus:

1. Stress muss systemisch und prozessual verstanden werden. In Partnerschaften ist Stress ein dyadisches Phänomen, von dem immer beide Partner_innen betroffen sind („we-stress“).

2. Die Bewältigung von Stress – das Coping – wird systemisch gedacht. Der soziale Kontext und die Wechselwirkung oder Ko-responzenz wird in der Konzeption von Coping-Prozessen mitberücksichtigt. Die gemeinsame Bewältigung von Belastungen wird dyadisches Coping genannt.

3. Es gibt einen typischen Verlauf (Kaskadenmodell) des Stress-Coping Prozesses i. S. einer aufeinander folgenden Aktivierung verschiedener Coping-Ressourcen je nach Stressprofil, Coping-Kapazitäten und äußeren Ressourcen. (Bodenmann, 2016, S. 53)

Dyadisches Coping kann nach den folgenden Formen unterschieden werden:

- „*Stressäußerung* (problem- oder emotionsbezogene verbale oder nonverbale Mitteilung der eigenen Belastung)
- *problembezogenes supportives dyadisches Coping* (Unterstützung des Partners durch Mithilfe bei der Problemlösung, Ratschläge, konkrete Hilfestellungen)
- *emotionsbezogenes supportives dyadisches Coping* (Unterstützung des Partners bei der Emotionsregulation durch einfühlsames Zuhören, Empathie, Verständnis, guten Zuspruch, Mithilfe zum Umbewerten, Zusprechen von Mut, Solidarisieren, Bekunden des Glaubens an den Partner, Signalisieren von Zusammenhalt)
- *delegiertes dyadisches Coping* (Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten, welche der Partner sonst ausübt, um ihn zu entlasten, ihm Freiräume zu schaffen und ihn zu stärken)
- *negatives dyadisches Coping* (oberflächliche Unterstützung, hostile, abwertende Bemerkungen oder ambivalente Unterstützungsangebote)
- *problembezogenes gemeinsames dyadisches Coping* (gemeinsame Problemlösung, gemeinsame Informationssuche)
- *emotionsbezogenes gemeinsames dyadisches Coping* (gemeinsame Emotionsregulation durch gemeinsame klärende und verständnisvolle Gespräche, gemeinsame beruhigende Aktivitäten, gemeinsame Zerstreuung, gemeinsame Meditation oder Entspannungsrituale, körperliche Nähe und Ausdruck von Verbundenheit).“ (Bodenmann, 2000a; 2016, S. 54f)

Stress kann sowohl indirekt das Paar betreffen, etwa dann, wenn ein Partner_in individuell von Stress betroffen ist und dieser Stress in die Beziehung hineinwirkt. In diesem Fall handelt es sich um indirekt dyadenrelevanten Stress wie z. B. bei Arbeitsstress eines_einer Partners_in. In diesem Fall wird supportives dyadisches Coping, welches positiv oder negativ sein kann, oder delegiertes dyadisches Coping angewandt. Denn der Stress von A wird auch von B wahrgenommen und hat eine (indirekte) Wirkung auf B.

Gemeinsames dyadisches Coping tritt auf, wenn der Stress beide Partner_in gleichermaßen betrifft, entweder wenn beide Partner_innen vom Stressor gleichermaßen betroffen sind, wie z. B. bei einer Viruspandemie, oder wenn der Stressor des einen auch den anderen betrifft, wie z. B. bei Krankheit oder psychischer Störung. In diesen Fällen handelt es sich um direkt dyadenrelevanten Stress.

Die Art und Weise des Umgangs mit diesen Stresssituationen hängt von individuellen und gemeinsamen Bewertungen der Situation ab:

- „wer direkt vom Stress betroffen ist (Partner A, Partner B, beide Partner)
- wer den Stress verursacht hat (Partner A, Partner B, beide Partner, Dritte, Umstände)
- welche Coping-Ressourcen zur Verfügung stehen (von Partner A, Partner B, dyadenexterne Ressourcen)
- welche individuellen und dyadischen Ziele bestehen (assimilative, akkommodative Ziele, individuelle, dyadische Ziele)
- welche temporalen Aspekte vorliegen (beide Partner simultan, sequenziell überlappend oder sukzessiv betroffen)
- welche Motivation vorliegt (von Partner A, Partner B, beiden Partnern). Die Motivation hängt von der aktuellen Stimmung, situativen Variablen wie eigener aktueller Belastung, eigenen Prioritäten, aber auch vom generellen Commitment und von der Partnerschaftszufriedenheit ab“ (Bodenmann, 2016, S. 56).

Bodenmann benennt weiterhin drei Funktionen des dyadischen Copings: Die Wiederherstellung des individuellen Gleichgewichts, des dyadischen Gleichgewichtes sowie die Verstärkung des gegenseitigen Vertrauens, des Wir-Gefühl, der Intimität und Verbundenheit. In verschiedenen Studien konnte die Bedeutung des dyadischen Copings belegt werden. Dyadisches Coping bei Paaren wirkt demnach positiv auf die Partnerschaftszufriedenheit und -stabilität (Bodenmann & Cina 2006, nach Bodenmann, 2016).

1.2.4.1 Psychische Störungen als „we-disease“

Bezogen auf Partnerschaften hat Bodenmann (2016) betont, dass bei bio-psycho-sozialen Ansätzen und Konzepten einerseits der Aspekt des sozialen berücksichtigt wird, andererseits häufig die Rolle der Partner_innen von psychisch erkrankten Menschen eng geführt und reduziert wird auf die Rolle des/der Unterstützer_in im Genesungsprozess. Die Bedeutung sozialer Beziehungen wird damit zwar in den Blick genommen, sowohl bezogen auf die Entstehung der Störung, ihren Schweregrad, den Krankheitsverlauf und die Rückfallwahrscheinlichkeit. Letztlich, so die Kritik, bleibt dieser Ansatz in Praxis und Forschung einem patientenzentrierten Verständnis verhaftet, wonach die Erkrankung letztlich als das alleinige Problem des_der Erkrankten gesehen wird. Diese Sichtweise beinhaltet auch ein Gefälle in der Rollenverteilung, der_dem Erkrankten und damit Bedürftigen steht die_der Gesunde gegenüber und gibt seine Unterstützung (2016, S. 57f).

Einer solchen unidirektionalen Betrachtungsweise stellt Bodenmann (2016) eine interpersonelle, ganzheitliche Sicht von Gesundheit und Krankheit entgegen. Er versteht die psychische Störung auf der Ebene der Partnerschaft als gemeinsames Problem beider

Partner_innen. Mit diesem systemisch-transaktionalen Störungsmodell erweitert und vertieft Bodenmann die interpersonelle, soziale Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells, welches die Rolle der Partner_innen, Angehörigen, Freunde_innen also des sozialen Netzwerks (Hass & Petzold, 1999/2011) auf die Auflösung der Störung, die Aufrechterhaltung der Symptomatik, das Rückfallrisiko und den Schutz des Erkrankten durch soziale Unterstützung reduziert. Bodenmann betont aber, dass beide Partner_innen gleichermaßen bei Krankheit oder psychischer Störung betroffen und gleichermaßen zur Bewältigung herausgefordert sind.

Aus zwei Gründen muss die Rollenverteilung Empfänger_in / Unterstützer_in, wie sie den meisten bio-psycho-sozialen Ansätzen zugrunde liegt, kritisch gesehen werden. Aus der Perspektive der austausch- und equity-theoretischen Ansätze (Walster, Walster, & Berscheid, 1978) kommt es bei einer Festlegung der Rollen auf einerseits den_die Hilfegebende_n und andererseits den_die Hilfeempfangende_n zu einem Gefälle mit verhängnisvollen Folgen für die Beziehung. Die Kosten-Nutzen Bilanz kann nicht mehr ausgeglichen werden, was sich langfristig negativ auswirkt. Es kommt zu Belastungen, Spannungen und abnehmender Partnerschaftszufriedenheit (Bodenmann, 2016, S. 60).

Zum anderen erleben Menschen den Empfang von sozialer Unterstützung zwiespältig, denn Hilfe annehmen zu müssen wirkt sich selbstwertschädigend aus. Partner_innen, die Unterstützung empfangen, sehen sich als gescheitert, wertlos oder weniger nützlich bis hin zum Erleben von Sinnlosigkeit. Versagens-, Abhängigkeits- und Schuldgefühlen. Aber auch für den gebenden Part wirkt sich das Ungleichgewicht negativ aus. Erschöpfung und Ausbrennen (Burn out) können eine mögliche Konsequenz sein mit der Folge einer erhöhten Expressed Emotion (s. u. 1.4.1).

„Soziale Unterstützung von Anderen oder supportives dyadisches Coping ist dann ungünstig, wenn die Reziprozität fehlt und Einseitigkeit im Geben entsteht. ... Daher sollte in der Partnerschaft auch im Falle einer Krankheit auf ein ausgewogenes Geben und Nehmen geachtet werden. Eine Konzeption der Störung als «we-disease» erleichtert dies und trägt der hohen Interdependenz zwischen Patient und Partner Rechnung. Es wird anerkannt, dass beide unter der Störung leiden, aber auch beide Ressourcen haben, zur Bewältigung beizutragen.“ (Bodenmann, 2016, S. 61)

1.3 Substanzstörungen

In diesem Abschnitt wird auf die Theorie von Substanzkonsumstörungen¹ eingegangen. Neben Diagnose und Entstehungsbedingungen werden neurologische Zusammenhänge und die Theorien der Aufrechterhaltung und der Rückfälligkeit dargestellt.

1.3.1 Prävalenz und Diagnose

Prävalenz

Substanzkonsumstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Laut des Jahrbuch Sucht 2020 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020) sind in Deutschland 1,5 Mio. Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren von Alkoholmissbrauch (nach DSM IV) betroffen. Schätzungsweise 1,7 Mio. leiden an einer Abhängigkeit i. S. der Kriterien des DSM IV (DHS Jahrbuch Sucht 2020, S. 16). 4,4 Mio. Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren sind Tabakabhängig (DHS Jahrbuch Sucht 2020, S. 21). 1,5 bis 1,9 Mio. der 18- bis 64-Jährigen sind abhängig von psychotropen Medikamenten. Bei 309000 Menschen liegt eine Cannabisabhängigkeit vor, bei 41.000 eine Kokainabhängigkeit und bei 103000 Personen eine Amphetaminabhängigkeit (DHS Jahrbuch Sucht 2020, S. 26).

Nach Schätzungen der BEPAS-Studie von Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof (Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker ein multi-modaler Ansatz (BEPAS), 2017) sind 10 Mio. Menschen als Angehörige von den Auswirkungen einer Suchterkrankung oder -gefährdung durch suchtkranke Partner_innen oder Angehörige betroffen. Partner_innen und Angehörige von abhängigkeiterkrankten Menschen sind häufig selbst hochbelastet. Die WHO wies 2004 auf die Folgen des Alkoholkonsums für das soziale Umfeld der Konsumierenden hin (WHO, 2004, S. 59ff).

Bei einer Befragung von Patienten_innen in Arztpraxen und Krankenhäusern (n= 2.773) fanden Bischof et al, dass 12,7 % der Befragten in den letzten 12 Monaten einen suchtkranken Angehörigen mit bestehender Suchterkrankung hatten, zusätzliche 6,5 % (95 % CI 5,6–7,4) hatten einen Angehörigen, dessen Suchterkrankung länger als 12 Monate zurücklag (Bischof, et al., 2018).

¹ Der Terminus „Substanzkonsumstörungen“ ist dem DSM 5 entlehnt und wird hier, trotz seiner „Sperrigkeit“ in aller Regel verwendet. Zur besseren Lesbarkeit werden in Einzelfällen die Termini Abhängigkeitserkrankung und Substanzstörung verwandt, sie sind synonym zu verstehen.

Schild (2012) skizziert die Situation von Paaren mit einer Belastung durch Alkoholabhängigkeit mit folgenden Zahlen, die hier beispielhaft angeführt werden. Für andere Substanzkonsumstörungen kann vermutlich von einem ähnlichen Bild ausgegangen werden:

Tabelle 3 Belastungen von Angehörigen

- „Zwischen 81% und 84 % der Angehörigen haben Sorgen wegen mangelnder Information, sind unsicher und überfordert mit den Symptomen.
- 64 – 78 % sorgen sich um die Behandlung, fühlen sich hilflos und ohnmächtig, einsam, alleinverantwortlich und nicht ernst genommen.
- 72 % leiden an gesundheitlichen Problemen als Folge der Abhängigkeit.
- 73 % berichten von Angst und Depression.
- 66 % der Angehörigen haben Zukunftsängste.
- 54 % der PartnerInnen (44% für Behandlung, 57% für Alltag und 15% für Außergewöhnliches) und Eltern tragen finanzielle Belastungen.
- 44 % erleben Trauer und Verlust.
- 41 % haben Angst vor Rückfall und Suizid.
- 31 % empfinden Scham und Stigmatisierung.
- 22 % haben Schuldgefühle.
- Viele Angehörige verbringen viel Zeit mit der Betreuung der Kranken (21%: 6-10 Std./Woche) etc.“ (Schild, 2012, S. 24)

Diagnose

Im Jahr 2013 wurde die fünfte und jüngste Überarbeitung des Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, kurz DSM 5 von der American Psychiatric Association veröffentlicht. Das DSM 5 verfolgt das Ziel, empirische Erkenntnisse bei der Klassifizierung von psychischen Störungen stärker einzubeziehen. Es beschreibt den derzeit aktuellsten Begriff von Suchterkrankungen. Im Unterschied zum Vorläufer Manual DSM IV wird die Differenzierung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit verworfen zugunsten des Begriffes Substanzgebrauchsstörung. Diese neue Auffassung betont den Aspekt der Ausprägung von Konsumverhalten. Einem kategorialen Verständnis von entweder Missbrauch oder Abhängigkeit, wird die Vorstellung eines kontinuierlichen Übergangs mit unterschiedlichen Schweregraden entgegengesetzt. Die bisher eigenständigen Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit werden aufgrund empirischer Befunde zu einem einzigen Störungsbild zusammengeführt. Der Fokus liegt bei dieser Sichtweise auf der jeweiligen Ausprägung: moderat oder schwer (Rumpf & Kiefer, 2011). Die DSM 5 Kriterien der Substanzgebrauchsstörung stellen dabei eine Kombination der bisherigen Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit dar. Es wird ein neues Kriterium ergänzt, das Craving, einem starken Verlangen nach der Substanz. Das bisherige Kriterium „substanzbezogene Probleme mit dem Gesetz“ ist hingegen nicht mehr im Kriterienkatalog des DSM5 enthalten, weil es

sich empirisch als unbrauchbar erwiesen hat. Obwohl die Diagnosen immer spezifisch für die jeweilige Substanz vergeben werden, sind die Kriterien substanzübergreifend deckungsgleich.

Tabelle 4 zeigt die Veränderungen und Unterschiede der Kriterien von DSM IV und DSN 5 in einer Synopse:

Tabelle 4 Synopse der Suchtkriterien in DSM IV und DSM 5 (Wiesbeck, 2011)

DSM-IV-Kriterien für Missbrauch	DSM-IV-Kriterien für Substanzabhängigkeit	DSM-5-Kriterien für Substanzgebrauchsstörung
A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:	Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestieren:	Mindestens zwei Merkmale müssen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein. 2-3 Kriterien: moderat ≥ 4 Kriterien: schwer
<p>1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (Arbeit, Schule, Haushalt usw.)</p> <p>2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer oder beim Bedienen von Maschinen)</p> <p>3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch</p> <p>4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Probleme</p> <p>B. Die Kriterien der Abhängigkeit sind nicht erfüllt</p>	<p>1. Toleranzentwicklung</p> <p>2. Entzugssymptome</p> <p>3. Einnahme in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt</p> <p>4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Gebrauch zu verringern oder zu kontrollieren</p> <p>5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sich zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.</p> <p>6. Wichtige soziale berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt</p> <p>7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems</p>	<p>1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.</p> <p>2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.</p> <p>3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme</p> <p>4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis</p> <p>5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum</p> <p>6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant</p> <p>7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.</p> <p>8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen</p> <p>9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums</p> <p>10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme</p> <p>11. Craving, das starke Verlangen nach der Substanz</p>

Eine moderate Substanzgebrauchsstörung erfordert nach DSM 5 mindestens zwei bis drei, eine schwere Substanzgebrauchsstörung vier und mehr erfüllte Kriterien.

Substanzgebrauchsstörungen sind bio-psycho-sozial zu verstehen. Dies bildet sich auch in den Kriterien des DSM 5 ab, wie in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 Zuordnung der Diagnosekriterien zu den Aspekten des bio-psycho-sozialen Modells

Kriterien des DSM 5	Aspekte des Suchtverständnis	
Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.	Aspekt: Veränderung der Neurobiologie und körperliche Schädigung	Bio
Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.	Aspekt: Kontrolle bzw. Kontrollverlust	Psycho
Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme Craving, das starke Verlangen nach der Substanz.	Aspekt: Zwang	
Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.	Aspekt: Schädigung des sozialen Systems	sozial
Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums	Aspekt: sozialer Rückzug/Isolation	

Das zweite Klassifikationssystem, die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, die von der WHO herausgegeben wird (WHO, 2011), befindet sich derzeit in der Endphase der Revision und wird am 1. Januar 2022 in Kraft treten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020). Das derzeit gültige ICD-10 nennt folgende Kriterien zur Kodierung einer Abhängigkeit:

„starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom“. (WHO, 2011)

Im Gegensatz zum DSM IV und DSM 5 wird im ICD-10 kein Zeithorizont genannt. Die Kriterien sind jedoch miteinander vergleichbar.

Im Integrativen Ansatz wird der traditionelle, statische Diagnosebegriff der Statusdiagnostik (DSM5, ICD 10) durch den dynamischen, prozessorientierten Begriff der prozessualen Diagnostik ergänzt. Diese Auffassung von Diagnostik basiert auf der Theorie der empirischen „klinischen Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“ (Osten, 2004).

1.3.2 Neurobiologische Aspekte: Entstehung von Substanzkonsumstörungen

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Substanzstörung wird von der Hirnforschung mit bildgebenden Verfahren auf der biologisch-organismischen Ebene erforscht. Substanzstörungen können ohne Rückgriff auf Erkenntnisse der modernen Neurobiologie und ohne Kenntnis von neurobiologischen Zusammenhängen und Prozessen nicht verstanden werden. Die Arbeit von Yalachkov, Kaiser, Roeper und Naumer (2012) gibt einen Überblick über den Forschungsstand. Demnach spielen Motivation, Gedächtnis, automatisierte Handlungen und beeinträchtigte exekutive Funktionen des Gehirns eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Substanzstörung. Es wird eine prozesshafte Entwicklung in Phasenverläufen beschrieben.

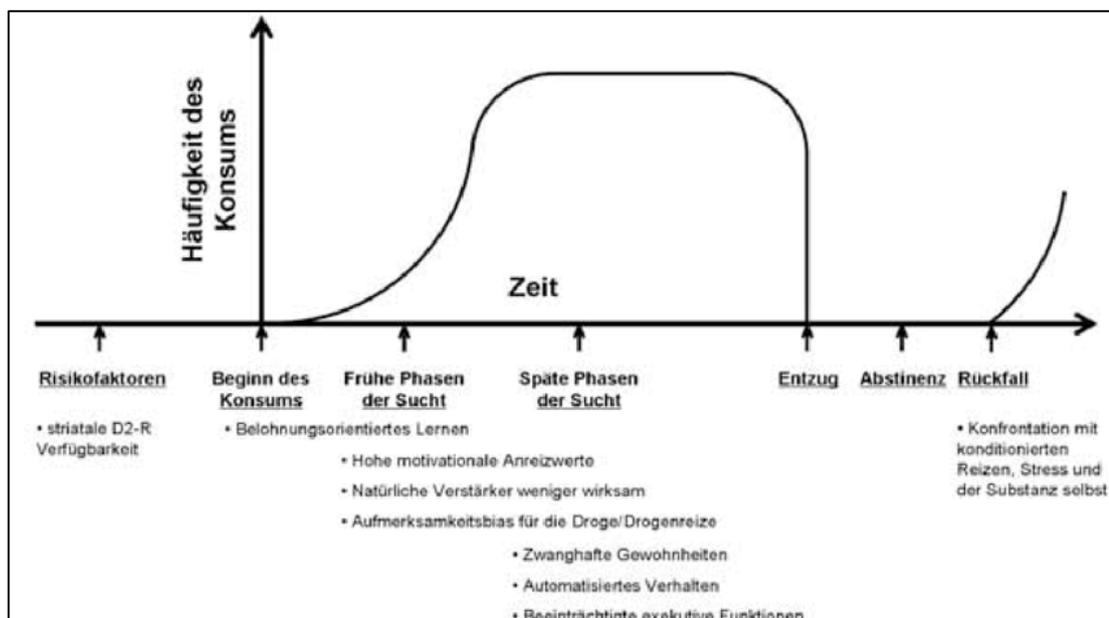


Abbildung 6 Differentielle Beteiligung der neurobiologischen/-kognitiven Systeme zu den unterschiedlichen Zeitphasen der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Sucht (Yalachkov, Kaiser, Roeper, & Naumer, 2012)

In der Vorphase stellt eine reduzierte Verfügbarkeit der Dopamin D2 Rezeptoren einen neurobiologischen Risikofaktor dar. Derart vulnerable Gehirne reagieren schwächer auf

natürliche Verstärkerreize wie ein gutes Essen, Sex, aber auch Sport oder ein Lächeln. Menschen mit diesem Risikofaktor empfinden demnach natürliche Glücksgefühle weniger intensiv und sind daher anfälliger für Substanzkonsum, der die Dopaminausschüttung natürlicher Reize um ein Vielfaches übersteigt. Am Beginn einer Störungsentwicklung steht, nachdem einige Male konsumiert wurde, eine überhöhte Erwartung an den neuronalen Belohnungseffekt – die Belohnung ist besser als erwartet – und gleichzeitig werden substanzbezogene Reize konditioniert.

Durch einen dauerhaften Konsum verändern sich allmählich die neuronalen Prozesse. Die substanzbezogene Motivation wird verstärkt und die Empfindlichkeit für Reize (Cue Reactivity), die mit Substanzkonsum verbunden sind, wird stark gesteigert. Das wiederum trägt zu einer Veränderung im Verhalten bei, welches nun von der Substanz und den damit verbundenen Hinweisreizen gelenkt wird. Die Motivation zu alternativen Beschäftigungen mit natürlichen Reizen wird vermindert, was wiederum die mit der Substanz assoziierten Stimuli weiter verfestigt. Mit der Zeit führen neuroplastische Prozesse zu einer Verankerung der substanzbezogenen Repräsentationen in den Gedächtnisstrukturen des Cortex, weshalb auch die verknüpften Verhaltensmuster stabil bleiben und auch nach Zeiten der Abstinenz reaktivierbar sind.

In späteren Phasen der Substanzstörung wird das automatisierte und wiederholt eingeübte Verhalten zur Ursache für zwanghaften Substanzgebrauch. Die exekutiven Funktionen, welche die Impulse aus dem Belohnungs- und Motivationssystem steuern und kontrollieren, werden mit der Zeit geschwächt. Das führt dazu, dass die Hemmung von substanzbezogenen Impulsen nur unzureichend gelingt, was dann die Veränderung des Konsumverhaltens erschwert und das Rückfallrisiko erhöht. (Yalachkov, Kaiser, Roeper, & Naumer, 2012)

1.3.3 Aufrechterhaltung und Rückfall

Die aufrechterhaltenden Bedingungen einer Substanzkonsumstörung wurden im Zusammenhang mit häufig zu beobachtender Rückfälligkeit erforscht. Im Folgenden werden dazu ausgewählte Modelle und Theorien vorgestellt.

Nach dem klassischen Verständnis werden drei Modelle unterschieden. Im ersten Modell sind Rückfälle ein Ausdruck von Willens- oder Charakterschwäche, auch als moralisches Rückfallmodell bekannt. Des Weiteren wurden Rückfälle als unausweichliche Kontrollverluste aufgrund physiologischer Vorgänge, die bei Alkoholkranken anders verlaufen als bei gesunden Menschen verstanden. Hierbei handelt es sich um das organisch-medizinische Rückfallmodell. In einem dritten Modell stellt die Uneinsichtigkeit der

Patienten_innen die Verursachung des Rückfalls dar, obwohl der_die Patient_in in der Therapie alle notwendigen Informationen und Fertigkeiten für ein abstinentes Leben bekommen hat. Im Verständnis dieser rationalistischen Rückfalltheorie ist jeder Rückfall ein erneutes Hervortreten der Krankheit oder ein Scheitern am Abstinenzgebot, welches als unverzichtbar und notwendig gilt. Der Rückfall beweist hier das Versagen des_der Patienten_in, des_der Therapeuten_in und der Behandlung. Diese veralteten Vorstellungen besonders das moralische Rückfallverständnis, finden sich noch häufig bei Angehörigen und Partner_innen von abhängigkeiterkrankten Menschen, was für die Konzeption des Angehörigenseminars von Relevanz ist.

Neuere Modelle betonen dagegen, dass es „den Rückfall“ genauso wenig gibt wie „den_die Substanzabhängige_n“. Ein Rückfall wird weder als Katastrophe noch als Bagatelle gesehen. Vielmehr wird die Aufmerksamkeit auf die Chance zum Lernen gelenkt, die in einem Rückfall steckt. Dem individuellen Rückfallgeschehen kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Moderne Erklärungsmodelle nehmen die Einflussfaktoren in den Blick, die das Risiko eines Rückfalls positiv oder negativ beeinflussen. Diese Ansätze zielen darauf ab, den Betroffenen ein größeres Maß an Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen.

Das verhaltensökonomische Rückfallmodell (Vuchinich, 1999) ist ein Modell, das die soziale Ebene und deren Einfluss auf das Rückfallgeschehen beschreibt, indem Modelle der Verhaltensökonomie auf den Rückfallprozess übertragen werden. Zentraler Gedanke ist, dass das Verhalten mit dem geringsten Aufwand zur Erreichung eines Ziels mit höherer Wahrscheinlichkeit gezeigt wird als alternative Verhaltensweisen. Der Aufwand kann sich beispielsweise an der benötigten Zeit oder der faktischen Erreichbarkeit orientieren. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ergibt sich demnach aus dem Verhältnis der kurzfristigen Vorteile des Suchtmittelkonsums wie beispielsweise „Problemgedanken verdrängen“, Erleichterung, Entspannung spüren, im Vergleich zur Verfügbarkeit alternativer Ressourcen, wie Partner_innen, Familie, Sport, soziale Kontakte, Erfolg. Dabei spielen die Faktoren Zeit, also wie rasch die alternative Ressource zur Verfügung steht, Umfang und Aufwand zur Umsetzung der Alternative und die zuverlässige Erreichbarkeit des abstinenten Verhaltens eine zentrale Rolle. Zum Rückfall kommt es nach diesem Modell, wenn der Konsum einfacher bzw. mit weniger Aufwand zur Erreichung des Ziels führt als dies für alternative, abstinenzstabilisierende Ressourcen der Fall wäre.

Das informationstheoretische Rückfallmodell (Shiffrin & Schneider, 1977) betont die Bedeutung der menschlichen Informationsverarbeitung für das Rückfallgeschehen. In diesem Modell werden die automatische Informationsverarbeitung und die bewusste

Informationsverarbeitung einander gegenübergestellt. Informationsverarbeitung umfasst sowohl die kognitiven Prozesse als auch die daraus resultierenden Verhaltensreaktionen. Beide Modi der Informationsverarbeitung haben zunächst ihre Berechtigung und Bedeutung für das Leben und Überleben des Menschen. Bewusste Informationsverarbeitung verläuft langsam, ist gekennzeichnet durch hohe Flexibilität. Sie bindet große Kontingente der zur Verfügung stehenden kognitiven Kapazität und ist von Intention bestimmt. Bewusste Informationsverarbeitung hat den Vorteil, dass sie dem Menschen das Lernen ermöglicht. Automatisierte Verarbeitungsprozesse haben den Vorteil, bei der alltäglichen Routine zu entlasten. Diese Art der Informationsverarbeitung zeichnet sich durch hohe Geschwindigkeit, verminderte Variabilität, geringe Willensanstrengung aus und läuft unbewusst. Sie bindet kaum kognitive Kapazität, ist an bestimmte Auslösesituationen gebunden und ist schwer zu unterbrechen, wenn sie einmal in Gang gesetzt wurde. Ihr Vorteil zeigt sich vor allem in Not- und Gefahrensituationen, mit anderen Worten bei Stressreaktionen. Im informationstheoretischen Rückfallmodell verkehrt sich nun der Vorteil der automatisierten Informationsverarbeitung in einen Nachteil, denn auch das Konsumverhalten und somit das Rückfallverhalten verläuft bei Suchtkranken automatisiert. Hier ist die Theorie des „informierten Leibes“ sehr gut anschlussfähig. Aus der Perspektive der Leibtheorie des integrativen Ansatzes ist die Informationsverarbeitung allerdings nicht nur kognitiv zu verstehen, sondern als ganzheitlich, leiblicher Prozess (s.o. 1.1.3 und 1.1.4).

Die weiteste Verbreitung in der Fachwelt erfuhr das sozial-kognitive Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985), welches auf den Konzepten Banduras zur sozialkognitiven Lerntheorie aufbaut und sich auf die Ansätze der Gesundheitspsychologie und Psychoedukation stützt. Dieses Modell stellt das bislang differenzierteste und am gründlichsten erforschte Erklärungsmodell für das Rückfallgeschehen dar und soll im Folgenden genauer vorgestellt werden. Marlatt entwickelte bereits in den 1970er und 80er Jahren ein Prozessmodell zur Erklärung des Rückfallgeschehens, in das „kognitive, soziale, und verhaltensbezogene Bedingungsfaktoren“ (Marlatt & Gordon, 1985) eingearbeitet wurden. Tabelle 6 verdeutlicht diese Faktoren in einer Gegenüberstellung der „Klassischen Rückfalltheorie“ und der „Sozial-Kognitive Rückfalltheorie“.

Tabelle 6 Gegenüberstellung Klassische Rückfalltheorie und Sozial-Kognitive Rückfalltheorie (Körkel & Schindler, 2003)

	Klassische Rückfalltheorie	Sozial-Kognitive Rückfalltheorie
Rückfalldefinition	Enge Definition: jeder Konsum des Suchtmittels nach einer Therapie bzw. Phase der Abstinenz	dynamischer Rückfallbegriff (Unterscheidung von Trinkmengen, Analyse von Veränderung)
Vorhersagbarkeit von Rückfällen	Abstinenz ist der notwendige Normalfall	Rückfall ist der zu berücksichtigende Normalfall
Rückfallbedingungen	Fehlende Abstinenzmotivation, Suchtverlangen, Uneinsichtigkeit	V.a. unangenehme Gefühle, soziale Konflikte und Verführungssituationen
Rückfallbewertung	Der Rückfall ist negativ zu werten. (Scheitern, Misserfolg, zu vermeidendes Übel).	Der Rückfall hat in der Möglichkeit etwas daraus zu lernen auch einen positiven Aspekt. („Lerngeschenk“, „Rückfall als Chance“)
Rückfallverläufe	Der „erste Schluck“ endet, biologisch bedingt, unweigerlich im Verlust der Kontrolle über den Konsum des Suchtmittels	Der „erste Schluck“ ist ein Ausrutscher (Lapse), welcher unter der Voraussetzung ungünstiger kognitiv-emotionaler Verarbeitung im schweren Rückfall (Relapse) endet. (Abstinenz-Verletzungseffekt)
Vorbeugung von Rückfällen	Warnung, „erhobener Zeigefinger“. Das erste Glas soll und muss vermieden werden.	Hält eine breite Palette von geeigneten Maßnahmen zu primären (Vermeidung des ersten Schlucks) und sekundären (zügiger Ausstieg aus dem Konsumverhalten) Rückfallprävention. V.a. Erkennen von Risikosituationen, Aufbau von Bewältigungsstrategien (Coping) auch für den Fall eines Ausrutschers.
Umgang mit dem Thema Rückfall	Schambesetztes, spannungsgeladenes, gemiedenes Tabuthema	Offensives, offenes und gelassenes Ansprechen als notwendigem Teil der Suchtbehandlung
Umgang mit Rückfällen im stationären Setting	Disziplinarische Entlassung (Vergehen gegen die Haus- bzw. Behandlungsordnung)	Möglichkeit der Weiterbehandlung. In der salus klinik Hürth unter der Voraussetzung, dass der_ die Patient_in den Rückfall von sich aus offenlegt.

Der Prozess eines Rückfalls kann in drei Phasen unterteilt werden:

1. Vorboten eines Rückfalls: Marlatt geht davon aus, dass am Beginn des Rückfallgeschehens die Balance zwischen Belastungen und Anforderungen und ausgleichenden, stabilisierenden Aktivitäten und Entlastungsmöglichkeiten verlorenght. Das Rückfallrisiko steigt in diesem Fall an. Ein untrügliches Zeichen für diese Entwicklung ist das Zurückkehren zu alten Gewohnheiten wie beispielsweise sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Interessen und sportlichen Aktivitäten oder hoher Medienkonsum. Die daraus resultierende Unzufriedenheit lässt den Wunsch nach unmittelbarer „schneller“ Bedürfnisbefriedigung stärker werden. Es tauchen Gedanken an das Suchtmittel und Konsumverlangen auf, die jedoch verharmlost oder verdrängt werden, um Schuld und Angst nicht spüren zu müssen. Trotzdem kann es zu einer „schleichenden“ Hinwendung zu Risikosituationen kommen. Diese werden dann als „scheinbar harmlose Entscheidungen“ empfunden, um die tatsächlich davonausgehende Gefahr zu relativieren (Marlatt & Gordon, 1985). Beispiele dafür sind: Gründe finden, warum die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe nicht mehr notwendig ist, Alkohol für den Fall eines Besuches von Freunden_innen zu bevorraten oder häufiger in bekannte Trinksituationen zu „geraten“ (Marlatt & Gordon, 1985).

2. Konfrontation mit Risikosituationen: Mit der oben geschilderten Voraussetzung trifft der_die Patient_in dann auf sogenannte Hochrisikosituationen, für die ihm_ihr keine oder unzureichende Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Solche Hochrisikosituationen entstehen, wie verschiedene Studien sehr gut belegt haben, vor allem bei unangenehmen Gefühlszuständen, sozialen Konflikten und in Verführungssituationen. In ungefähr drei Viertel aller Rückfälle sind dies die Auslöser für erneutes Suchtverhalten (Lindenmeyer, 2018, S. 621). Fehlen nun die entsprechenden Fertigkeiten, die Situation abstinent zu meistern, sinkt die Erwartung des_der Betroffenen, ohne erneuten Suchtmittelkonsum die Situation bestehen zu können. Automatisch wird die Vorstellung der (kurzfristig) positiven Wirkung des Suchtmittelkonsums aktualisiert. Die gestiegene Wirksamkeitserwartung „Wenn ich trinke, geht es mir sofort besser“ führt in Verbindung mit der gesunkenen Kompetenzerwartung „Ich schaffe es nicht ohne...“ zu erneutem Konsum. Erkenntnisse der Lerntheorie haben gezeigt, dass die langfristigen negativen Konsequenzen in diesem Moment nicht relevant sind. Lernprozesse werden von der unmittelbar eintretenden Wirkung bestimmt. Die unmittelbar eintretende, positiv erlebte Wirkung des Suchtmittels ist dementsprechend hoch lernwirksam. Dagegen haben nach Marlatt die langfristigen negativen Wirkungen keinen Einfluss auf die Ausprägung der Wirkungserwartung. Positive Wirkungserwartungen sind daher unabhängig von später erfolgenden negativen

Konsequenzen gespeichert und stellen für die Betroffenen ein hohes Risiko dar (Marlatt & Gordon, 1985).

3. Psychische Verarbeitung von Ausrutschern – der Abstinenzverletzungseffekt: Wenn es nun zu einem erneuten Konsum von Alkohol kommt, so besteht kein Grund für Panikreaktionen. Nach dem „ersten Glas“ ist die sofortige Rückkehr zur Abstinenz möglich. Aus dem Konsumereignis kann etwas gelernt werden beispielsweise wie es zu der Hochrisikosituation kam, inwiefern sie zukünftig vermieden werden kann und was bisher eventuell bei den Risiken übersehen oder nicht bedacht wurde. Marlatt unterscheidet *Lapse* - den sogenannten Ausrutscher - und *Relapse* - den dauerhaften Rückfall. Die Bedingung für die Entstehung eines schweren Rückfalls ist die dysfunktionale, also problematische psychische Verarbeitung des Vorfalls. Marlatt nennt dies den Abstinenzverletzungseffekt und beschreibt zwei Faktoren, die diesen Effekt charakterisieren. Zunächst kommt es zu einem Widerspruch zwischen dem „abstinenten“ Selbstbild des Betroffenen und seinem „rückfälligen Verhalten“. Es entsteht ein intrapersonaler Konflikt, eine kognitive Dissonanz zwischen den Positionen „Ich will doch abstinent leben“ versus „Ich bin rückfällig“. Für die Lösung des Konfliktes stehen nun zwei Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung: erstens die Veränderung und Anpassung des Verhaltens an das positive Selbstbild, was zum Ausstieg aus dem Konsumverhalten führt. Zweitens die Veränderung des Selbstbildes in eine negative Sichtweise „Ich bin halt ein_e Suchtkranke_r, ich schaffe es nicht“. Sofern sich das negative Selbstbild durchsetzt, führt dies zu der Annahme des_der Betroffenen, sich selbst als Ursache für den Rückfall zu sehen „Ich bin selbst schuld, ich bin ein_e Versager_in, jetzt ist sowieso alles egal“. Schuldgefühle und Selbstwertverlust führen dann zu einem Kontrollverlust. Die Wahrscheinlichkeit für eine Eskalation des Suchtverhaltens steigt enorm an. Wird der Ausrutscher jedoch konstruktiv verarbeitet, kann der Rückfall aufgefangen werden und ein einmaliger Vorfall bleiben. (Marlatt & Gordon, 1985)

1.3.4 Rückfallprävention

Auf der Grundlage dieser Theorien wurden in der darauffolgenden Zeit verschiedene Konzepte zur Rückfallprävention von Marlatt selbst, aber auch von deutschsprachigen Suchttherapeuten_innen vorgelegt. Exemplarisch seien hier die Manuale von (Körkel & Schindler, 2003) sowie von (Altmansberger, 2004) erwähnt.

Eine Erweiterung und Neuausrichtung des sozial-kognitiven Ansatzes erfolgte durch Bowen, Chawla und Marlatt mit der Integration des Achtsamkeitskonzeptes in das sozial-kognitive Rückfallmodell. (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2012)

Achtsame Wahrnehmung spielt in vielen Therapieschulen eine bedeutende Rolle. Die Integrative Therapie und die Gestalttherapie kennen das Prinzip der „Awareness“ (Perls). Die Akzeptanz orientierten Ansätze wie ACT (Hayes) und die dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan) beziehen sich ebenfalls auf den achtsamkeitsbasierten Ansatz, der von Kabat-Zinn in den 1990er Jahren die Praxis der Achtsamkeits-Meditation für die Psychotherapie fruchtbar gemacht wurde (Kabat-Zinn, et al., 1992; Kabat-Zinn, 1994). Auf seine Konzepte der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion greifen (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2012) mit der Konzeption einer „Achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit“ (MBRP-Programm, Mindfulness Based Relapse Prevention) zurück. Damit wird die von Marlatt und Gordon (1985) vorgelegte Konzeption der Relapse Prevention um das Konzept der Achtsamkeitsmeditation ergänzt. Außerdem stützen sich die Autoren_innen des MBRP-Programms auf die Erkenntnisse der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie nach Seagal, Williams und Teasdale (2002). Die folgende Grafik verdeutlicht Marlatts Prozessmodell.

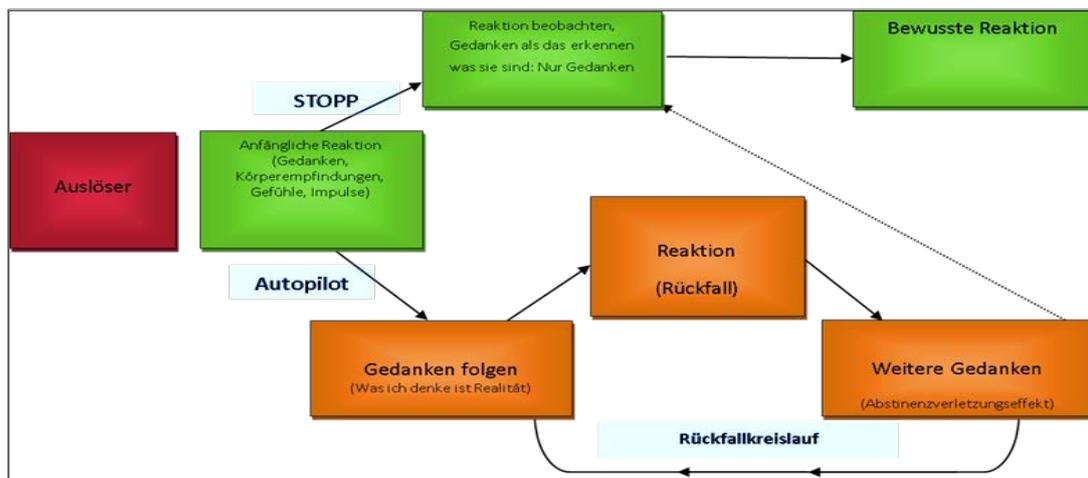


Abbildung 7 Rückfallmodell nach Bowen, Chawla & Marlatt, (2012, S. 117)

Bowen, Chawla und Marlatt verweisen darauf, dass in Hochrisikosituationen bestimmte Stress-Reize, die sogenannten Auslöser, den Beginn des Rückfalls einleiten. Zunächst reagierte der_die Betroffene mit Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen und Handlungsimpulsen. Achtsamkeitsübungen sollen die Rehabilitanden_innen in die Lage versetzen ihre Reaktionen bewusst wahrzunehmen, um so automatisierte Reaktionen zu vermeiden und eine bewusst abstinente Reaktion zu zeigen. Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention setzt also am Scheideweg zwischen bewusstem „Stopp“ und „Autopilot“ an um zu verhindern, dass Rehabilitanden_innen in unbewusste Verhaltensweisen abgleiten. Das Konzept „Autopilot“ meint in diesem Zusammenhang die im informationstheoretischen

Rückfallmodell beschrieben automatisierten Verarbeitungs- und Verhaltensprozesse (s. o.1.3.3). Die spezielle Art der Aufmerksamkeit – „bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen“ soll den Betroffenen die Möglichkeit geben, die Lücke zwischen Reiz und Reaktion zu erkennen und für die Rückfallvorbeugung zu nutzen. Die herkömmlichen Themen der Rückfallprävention wie: Psychoedukation, Motivation (Pro und Kontra Abstinenz), Umgang mit Craving (Suchtverlangen), Erkennen von (Hoch)-Risikosituationen, ausgewogener Lebensstil, Notfallstrategie werden hier nicht um ein weiteres Thema ergänzt, sondern in einem bestimmten Licht betrachtet. Achtsamkeit richtet sich dementsprechend auf die Haltung der Patienten_innen. Die Frage der Gelassenheit und des nicht Urteilens im Umgang mit körperlichen Reaktionen, Emotionen (auch und besonders mit negativen Gefühlen), sowie Gedanken rückt in den Fokus. Mit Achtsamkeits- und Meditationsübungen sollen die Patienten_innen in die Lage versetzt werden, Hochrisikosituationen ernst zu nehmen, aber nicht in Panik zu verfallen, sondern bewusst abstinenz zu handeln.

Im Konzept des Angehörigenseminars wird das Modell der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention (s. o. Abbildung 7) nach Bowen, Chawla und Marlatt (2012, S. 117) im Rahmen einer psychoedukativen Einheit vorgestellt und erläutert (s. u. 1.5.4.)

Für den deutschsprachigen Raum wurde die Möglichkeiten und Grenzen in einer Pilotstudie hinsichtlich ihrer Möglichkeiten evaluiert. Die Ergebnisse sind interessant, da sie nachgewiesen haben, dass das Konzept als zusätzliches Behandlungsmodul durchaus einen „Mehrwert“ für die therapeutische Behandlung erbringt (Beigelböck, Mayr, & Waigmann-Pözl, 2013).

Neuere Entwicklungen der Integrativen Therapie integrieren den achtsamkeitsbasierten Ansatz in die *Neuen Naturtherapien*, beispielsweise die Integrative Green Meditation® oder die Integrative Waldtherapie. Ein Überblick findet sich bei Petzold und Mathias-Wiedemann (2020). Eine Adaption der *Neuen Naturtherapien* für die Rückfallprävention von abhängigkeitskrankten Menschen steht aus.

1.4 Partnerschaft und Substanzstörung

In diesem Kapitel sollen nun Partnerschaft und Substanzstörung interpersonell auf der Ebene der Partnerschaft betrachtet werden.

Im Integrativen Ansatz werden die Bedeutung und der Einfluss des sozialen Umfelds für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsumstörungen besonders betont. Petzold definiert Substanzgebrauchsstörungen im Integrativen Ansatz wie folgt:

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netz-werk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.“ (Petzold, 2004, S. 515)

Dem liegt eine mehrperspektivische Sichtweise zugrunde, die den substanzabhängigen Menschen in seiner Ganzheit „in und mit seinem Kontext /Kontinuum des Lebens“ (Petzold, 2004, S. 515) sieht und neben den pathogenen Anteilen auch auf Ressourcen und Potentiale achtet, also auch den salutogenetischen Aspekt in die Therapie einbezieht.

In einer Studie von Whisman (1999) konnte gezeigt werden, dass in Partnerschaften mit niedriger Ehequalität für die Partner_innen ein höheres Risiko besteht, an einer psychischen Störung zu erkranken, als in Partnerschaften mit hoher Partnerschaftsqualität. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für einen der Partner_innen, eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln, in Partnerschaften mit niedriger Partnerschaftsqualität um das Zweifache erhöht. Die Odds Ratio betrug in dieser Studie 2.0 für Substanzabhängigkeit (Whisman, 1999; Hahlweg & Baucom, 2008, S. 6f). Diese Korrelation ist jedoch bidirektional, denn eine Substanzstörung trägt auch umgekehrt zu einer Verschlechterung der Partnerschaftsqualität bei. Die Ursachen für die Verschlechterung der Partnerschaftsqualität sind die krankheitsbedingte Rückzugstendenz, die verschlechterte und verminderte Kommunikation und negatives dyadisches Coping.

Im nächsten Abschnitt werden die Prozesse beschrieben, die sich ungünstig auf die Partnerschaft auswirken, zur Verschlechterung der Partnerschaftsqualität führen und insofern das Risiko zur Entwicklung von psychischen Störungen erhöhen. Es sind die Konzepte der Expressed Emotion, der sog. „Co-Abhängigkeit“ und das Konzept der Substanzkonsumstörung als „We-disease“.

1.4.1 Expressed Emotion

Im Zusammenhang mit Rückfällen ist für die Partnerschaften mit Substanzstörung die Expressed-Emotion-Theorie von Bedeutung. Sie erklärt die Bedeutung des sozialen Nahraums für das Rückfallrisiko. Dieser Theorie zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie Partner_innen auf ihr von einer psychischen Störung betroffenes Gegenüber reagieren und dem Rückfallrisiko. Hooley (2007) beschreibt drei Elemente von Expressed Emotion (EE) (a) criticism: Kritik (i. S. von Tadel oder Missbilligung), (b) hostility:

Feindseligkeit und (c) emotional overinvolvement: emotionale Verstrickung bzw. emotionale Überengagiertheit. Kritische Äußerungen oder Tadel sind dann problematisch, wenn sie in einem abwertenden geringschätzenden Tonfall geäußert werden. Im Unterschied zur Feindseligkeit beziehen sie sich jedoch auf bestimmte Verhaltensweisen des_der psychisch Kranken. Feindseligkeit hingegen ist generalisierender und bezieht sich auf die Person, insofern ist auch Zurückweisung als Feindseligkeit zu verstehen. Emotionale Verstrickung kann als übertrieben besorgte Haltung des_der Partner_in, als eine überzogen dramatisierte Besorgnis verstanden werden. Das Konstrukt der Expressed Emotion bezieht sich auf die Haltung, die ein_e Partner_in gegenüber dem_der Erkrankten einnimmt. Unterschieden werden hohe und niedrige EE. Es konnte in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an EE und dem Rückfallrisiko gezeigt werden, wobei ein höheres Ausmaß an EE ein höheres Rückfallrisiko bedeutet. (Hooley, 2007).

Die Ergebnisse der Forschung können im Hinblick auf Substanzstörungen wie folgt zusammengefasst werden: (a) ein hohes Ausmaß an Expressed Emotion ist ein unabhängiger Prädiktor für Rückfälligkeit bei verschiedenen psychischen Störungen, so auch bei Substanzstörungen. (b) Expressed Emotion ist ein von anderen klinischen Variablen unabhängiger Prädiktor für Rückfälligkeit. (c) Expressed Emotion ist sowohl eine Reaktion auf die Störung des/der Patienten_in als auch ein Ausdruck der Persönlichkeit des Angehörigen. Ein hohes Ausmaß an Expressed Emotion ist das Ergebnis eines Wechselwirkungsprozesses. Im Verlauf dieses Prozesses kommt es bei Angehörigen mit hoher Expressed Emotion zu einer weiteren Steigerung der Expressed Emotion, was möglicherweise eine Konsequenz der dauerhaften Beziehung zu einem_einer psychisch Kranken ist. (d) Interventionen, die auf eine Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten und der Problemlösefertigkeiten abzielen, tragen zu einer Verringerung der Expressed Emotion und zu einer generellen Verbesserung der Atmosphäre in sozialen Nahraum bei. Sie reduzieren außerdem die Rückfallhäufigkeit. (e) die Interaktionen zwischen Angehörigen mit hohem Expressed Emotion und Patienten sind mit mehr negativen und weniger positiven Verhaltensweisen verbunden und umgekehrt. (f) Patienten_innen zeigen eine höhere Anspannung in der Interaktion mit Familienangehörigen mit hoher Expressed Emotion. Sie zeigen höhere Stressreaktionen als Patienten_innen von Angehörigen mit niedrigem Expressed Emotion (Hooley, 2007).

1.4.2 „Co-Abhängigkeit“

Die spezifischen Auswirkungen, die der Substanzgebrauch eines_einer Partners_in auf eine Beziehung hat, wird in Theorie und Praxis unter dem Begriff Co-Abhängigkeit (Rennert,

2012) diskutiert, um den in jüngerer Vergangenheit eine Kontroverse entstanden ist. Klein & Bischof (2013) führen an, dass die verschiedenen Definitionen von Co-Abhängigkeit in der Fachdiskussion sehr heterogen und unpräzise seien. Sie reichen von der Vorstellung spezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen im sozialen Umfeld, die zur Aufrechterhaltung des Substanzkonsums beim Betroffenen beitragen (Fengler, 1994) bis hin zum Postulat von Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung (Cermak, 1986). Besonders problematisch ist, dass aus dem Konzept der Co-Abhängigkeit oft eine Mit-Verantwortung für die Entwicklung der Krankheit abgeleitet wird, beispielsweise mit der Rollenzuschreibung als „Enabler“ (Rennert, 2012). Letztlich, so Klein & Bischof, sei das Konzept der Co-Abhängigkeit empirisch kaum belegt und somit sei der Begriff obsolet (2013). Empirische Befunde stützen ein Phasen-Verlaufsmodell der Verhaltensweisen bei Angehörigen von Abhängigkeitserkrankten (Jackson, 1954). Jackson stellte ein 7-Phasen Modell vor, davon konnten drei empirisch bestätigt werden (Lemmert, 1960). Es sind die Phasen der Verleugnung, der Kontrolle und der Anklage.

Die Verleugnungsphase, die auch Beschützer- oder Erklärungsphase genannt wird, zeichnet sich dadurch aus, dass in dieser Phase die belastenden Folgen des Konsums für den_ die Betroffenen und den sozialen Nahraum „übersehen“, verharmlost und „gedeckt“ werden. Angehörige vermeiden die Konfrontation, damit es nicht zu Konflikten kommt und die Harmonie gewahrt bleibt.

Die Kontrollphase ist gekennzeichnet durch den Versuch mittels Kontrolle und Auflagen das Verhalten des_ der Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren. Jeglicher Substanzkonsum wird in dieser Phase tabuisiert.

Die Anklagephase beinhaltet, dass nun der unterdrückte Ärger und angesammelte Wut in Form von Vorhaltungen und Abwertungen gegenüber dem_ der Betroffenen zum Ausdruck gebracht werden. Der_ die Betroffene wird nicht selten für alle möglichen Probleme im sozialen Umfeld verantwortlich gemacht.

Klein & Bischof bestreiten nicht, „dass es im Umfeld von Suchtkranken zu auffälligen Interaktions- und Verhaltensmustern kommt, die jedoch nicht im Sinne eines uniformen Krankheitsmodells der Co-Abhängigkeit zu interpretieren sind.“ (2013, S. 66) Sie schlagen vor, die genannten Auffälligkeiten im Rahmen des Stress-Adaptionsmodells zu erklären (2013). Eine Substanzkonsumstörung muss als „we-disease“ verstanden werden, denn beide Partner sind vom gleichen, gemeinsamen Problem betroffen.

1.4.3 Substanzkonsumstörung als „we-disease“

Der Ansatz von Bodenmann, wonach psychische Störungen als gemeinsames Problem der Partner_innen zu verstehen sind, kann auch auf Substanzkonsumstörungen angewendet werden. Das Verständnis einer Substanzkonsumstörung als „we-disease“ kann zur Lösung der mit dem Begriff der Co-abhängigkeit verbundenen Probleme, vor allem der Pathologisierung der Angehörigen, beitragen, indem nicht mehr auf die Ebene des Individuums fokussiert wird, sondern auf die Ebene der Partnerschaft geschaut wird und die Substanzstörung als gemeinsames Problem der Partner_innen verstanden wird.

Die bereits oben beschriebenen Probleme, die ein Gefälle im Rollengefüge einer Partnerschaft mit sich bringen, also negative Austauschbilanz und Beschädigung des Selbstwertes des_der Hilfeempfangenden mit der Folge einer immer schlechter werdenden Partnerschaftszufriedenheit, können auch für Paare mit einer Substanzstörung angenommen werden. Die von Klein und Bischof (2013) genannten problematischen Interaktions- und Verhaltensmuster können vor diesem Hintergrund neu erklärt werden. Versteht man Substanzstörungen als „we-disease“ auf der Paarebene, dann können diese Interaktions- und Verhaltensmuster als dysfunktionale Formen des partnerschaftlichen Copings verstanden werden. Die entsprechenden Formen sind das emotionsbezogene-supportive dyadische Coping, das delegierte dyadische Coping und das negative dyadische Copings (Bodenmann, 2016, S. 54f). Hier sind auch die erwähnten Phasen nach Jackson (Jackson, 1954) anschlussfähig. Tabelle 7 verdeutlicht dies.

Tabelle 7 Phasenmodel und dysfunktionales Coping

Phase	Form des Copings
Verleugnungsphase (Beschützer- oder Erklärungsphase): die belastenden Folgen des Konsums werden „übersehen“, verharmlost und „gedeckt“. Vermeidung von Konfrontation und Konflikt, „Schutz“ der Harmonie	Dysfunktionales, emotionsbezogenes, supportives dyadisches Coping: Unterstützung des_ der Partner_in bei der Emotionsregulation durch einfühlsames Zuhören, Empathie, Verständnis, guten Zuspruch, Mithilfe zur Umbewertung, Zusprechen von Mut, Solidarisieren, Bekunden des Glaubens an den_ die Partner_in, Signalisieren von Zusammenhalt. Dysfunktional ist diese Form des Copings, weil es emotionsbezogen ist, was die Eigenverantwortung des Konsumenten torpediert (Schär, 2016, S. 29)
Kontrollphase: Versuch mittels Kontrolle und Auflagen das Verhalten des_ der Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren	Dysfunktionales, delegiertes dyadisches Coping: Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten, welche der_ die Partner sonst ausübt, um ihn_ sie zu entlasten, ihm_ ihr Freiräume zu schaffen und ihn_ sie zu stärken. Dysfunktional ist diese Form des Copings, wenn dem_ der Partner_in die Bewältigung abgenommen wird, bevor er_ sie eigene Bewältigungsversuche unternommen hat (Schär, 2016, S. 29)
Anklagephase: Ärger und Wut werden destruktiv zum Ausdruck gebracht, Vorhaltungen und Abwertungen	Negatives dyadisches Coping: oberflächliche Unterstützung, hostile, abwertende Bemerkungen oder ambivalente Unterstützungsangebote.

1.4.4 Eckpunkte für die Konzeption der Angehörigenseminare

Schär schlägt vier thematische Bereiche vor, die in der Arbeit mit Paaren, die mit einer Substanzstörung belastet sind, zum Tragen kommen sollten: Kommunikation, Stressbewältigung, Entwicklung und Grundbedürfnisse (Schär, 2016).

Hallweg und Baucom schlagen Kommunikationstrainings, Problemlösetrainings, Steigerung der positiven Interaktion, Bereicherung der Sexualität, bewältigungsorientierte Interventionen (Dyadisches Coping) und die Steigerung von Akzeptanz und Toleranz vor.

Klein & Bischof betonen bei Partnerschaften, die von Substanzkonsumstörungen betroffen sind, die Bedeutung von Maßnahmen zur Verbesserung a) der Abgrenzungsfähigkeit, b) der Stressbewältigung und c) der Vermittlung von Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeiten (Klein & Bischof, 2013).

Für den Bereich der Alkoholkonsumstörungen haben False et al. (2012) gezeigt, dass paarbezogene Interventionen gegenüber der Individualtherapie stärkere Effekte haben und zwar bezüglich der Trinkfrequenz, der Dauer der Abstinenzphasen, der Delinquenz, der substanzbedingten Krankenhausaufenthalte, des Ausmaß der häuslichen Gewalt und der

Partnerschaftszufriedenheit (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Códova, & Kelly, 2005; zitiert nach Bodenmann, 2016, S.320).

Bodenmann schlägt einen bewältigungsorientierten Ansatz vor, der einen Akzent auf die Förderung von Nähe, Bindung und Vertrauen, sowie dem „Wir-Gefühl“ legt (Bodenmann, 2012; 2016, S. 311). Ziel des bewältigungsorientierten Konzeptes ist die Verbesserung des Wissens der Partner_innen voneinander damit die Störung besser verstanden werden kann. Im bewältigungsorientierten Ansatz wird dies durch Psychoedukation erreicht. Bodenmann legt einen Schwerpunkt auf die Bedeutung von paarexternem Stress, denn häufig treten Spannungen und Konflikte in der Partnerschaft erst auf, wenn externe Stressoren auf die Partnerschaft „überspringen“ und die Atmosphäre beeinträchtigt wird, was in der Folge die Wahrscheinlichkeit für Zwangsprozesse und Störungen der Regulationsprozesse erhöht (Bodenmann, 2016, S. 312). Ein solcher äußerer Stressor kann eine Substanzkonsumstörung sein, die für Partnerschaft eine Herausforderung an das dyadische Coping stellt, damit die Störung angemessen bewältigt werden kann. Bodenmann integriert Reziprozitätstraining, Kommunikationstraining und Problemlöse Training zur der von ihm entwickelten 3-Phasen-Methode, auch Trichtermethode genannt. Mit der Trichtermethode soll

„die stressbezogene Selbstexploration seitens des Sprechers (Person mit Stresserleben) sowie die Empathie und Unterstützung des Partners (Zuhörer) gefördert werden. Beim Zuhörer soll insbesondere das empathische Mitschwingen verstärkt werden, um den Stress des anderen besser verstehen und nachvollziehen zu lernen. Dies bildet die Grundlage für mehr Akzeptanz und Wohlwollen für die (schwierigen) stressbedingten Reaktionen des Partners, aber auch die Voraussetzung für eine seinen Bedürfnissen angepasste Unterstützung (emotionsbezogenes dyadisches Coping). Durch die tiefe wechselseitige Selbstöffnung (es werden in einer Therapiesitzung immer beide Partner in der Sprecher- und Zuhörer-Rolle sein) werden zudem Vertrauen, Intimität und das Wir-Gefühl erhöht und die Voraussetzungen für angemessene, bedürfniskompatible Unterstützung (3-Phasen-Methode) geschaffen.“ (Bodenmann, 2016, S. 312)

Gerade der Aspekt der Stärkung von Vertrauen ist für das Konzept der Angehörigenseminare bedeutsam, da das Vertrauen durch den Substanzkonsum oft erheblich gestört wurde. Dies zeigt die klinische Erfahrung der Angehörigenseminare. Im Anhang finden sich zwei Transkripte (s. u. 6.1.4) aus den Angehörigenseminar mit Aussagen von Partner_innen und Rehabilitanden_innen die diesen Vertrauensverlust belegen. Der bewältigungsorientierte Ansatz bietet somit die theoretische und praxeologische Grundlage für die Konzeption der Angehörigenseminare.

1.5 Das Konzept der Angehörigenseminare

Die Angehörigenseminare sind ein Angebot für Partner_innen, Eltern oder Kinder und ggf. gute Freunde_innen oder Bekannte der Rehabilitanden_innen. Nach der Kategorisierung von Bischof, et al. (2019) gehören Angehörigenseminare in die Kategorie „Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung im stationären Setting“. Das Konzept des Angehörigenseminars sieht sechs aufeinander aufbauende Einheiten vor, die auf eineinhalb Tage Kompaktseminar verteilt sind. Die einzelnen Einheiten sind auf 90 Minuten Dauer angelegt, wobei diese Zeitangabe einen Richtwert darstellt.

Die folgende Aufzählung stellt die Bezüge zwischen der bisher erläuterten Theorie und dem Angehörigenseminar her, indem Themenbereiche, Leitfragen und globale Zielsetzungen verknüpft werden.

(a) Thema: Beziehungsgeschichte. Leitfrage: Wie hat sich die Beziehung entwickelt und welche Rolle spielt dabei die Substanzstörung? – Globalziel: Die Substanzstörung als Stressor für die Beziehung erkennen und als gemeinsame Bewältigungsaufgabe verstehen. (dyadisches Coping)

(b) Thema: Reziprozität – Leitfrage: Wie kann Ausgewogenheit in der Partnerschaft wiederhergestellt werden? Welche Erwartungen an den_die Partner_in gibt es? Globalziel: Erwartungen und Bedürfnisse an- und aus sprechen.

(c) Thema: Kommunikation – Leitfrage: Welche Beziehungs- und Kommunikationsstile kommen zum Tragen? Welche positiven Aspekte finden sich in der Kommunikation des Paares? Was kann noch besser werden? Globalziel: Kenntnisse über konstruktive Kommunikation erwerben.

(d) Thema: Information über Substanzkonsumstörungen – Leitfragen: Welches Verständnis von Sucht haben die Partner_innen der Rehabilitanden_innen? Wie sind Rückfälle zu verstehen und wie können die Partner_innen damit zukünftig umgehen? Globalziel Vermitteln von Wissen - Psychoedukation.

Diese Bereiche stellen eine Auswahl dar, die vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen, v. a. des zeitlichen Rahmens, und der Anforderungen der Zielgruppe in den konkreten Einheiten des Programms der Angehörigenseminare hinsichtlich der Feinziele und Inhalte weiter spezifiziert und angepasst werden. Dazu dient der weiter unten vorgestellte Verlaufsplan (s. u. 1.5.4).

1.5.1 Rahmenbedingungen

Die Angehörigenseminare werden einmal pro Monat angeboten, geleitet von zwei Bezugstherapeuten_innen im Team. Inzwischen wurden etwa 70 Angehörigenseminare nach diesem Konzept an der Salus Klinik durchgeführt. Die Angehörigenseminare finden in einem großen, hellen Raum mit ausreichend Platz für bis zu 30 Teilnehmer_innen statt. Der Raum ist mit Flipchart, Metaplanstellwänden und Präsentationstechnik ausgestattet.

1.5.2 Indikation

Eine Indikation für das Angehörigenseminar besteht für alle Rehabilitanden_innen, die zum Zeitpunkt des Seminars emotional stabil sind. Rehabilitanden_innen mit der Diagnose „F60.3 emotional instabile Persönlichkeit“ können nach Rücksprache und Zustimmung der Behandlungskonferenz teilnehmen, wenn sie hinreichend emotional stabil sind. Emotionale Instabilität wäre auch bei Angehörigen kontraindiziert. Um dies einschätzen zu können, werden alle teilnehmenden Rehabilitanden_innen mit ihren Angehörigen zu einem Vorgespräch mit dem_der Bezugstherapeuten_in eingeladen.

Auch nicht verwandte Angehörige, wie gute Freunde_innen, können am Angehörigenseminar teilnehmen, sofern dies therapeutisch sinnvoll erscheint. Dabei wird besonders die Frage des Umgangs mit Substanzkonsum des_der Freundes_in beachtet.

1.5.3 Settings und Techniken

Bei Angehörigenseminare kommt eine große Palette von Settings und Techniken zur Anwendung. Die Settings sind Gruppe/Plenum, Teilgruppe/Kleingruppe und Triaden, die in dieser Form der 3 Phasen Methode ähnelt und auch in der Integrativen Therapie in Variation als wichtiges Therapiesetting zum Einsatz kommt. Im Angehörigenseminar coacht der Therapeut das Paar in diesem Setting, wenn sich die Paare über ihre Hausaufgaben austauschen. Das Triadensetting kommt am Vormittag des zweiten Tages zum Einsatz (s. u. 1.5.4).

In der Verhaltenstherapie sind sog. Hausaufgaben eine bewährte Technik im therapeutischen Prozess (Fehm & Fehm-Wolfsdorf, 2018). In den Angehörigenseminaren bekommen die Teilnehmer_innen zum Ende des ersten Tages eine Hausaufgabe mit drei Fragen (s. u.1.5.4), die der Vorbereitung auf die Vormittagseinheit des nächsten Tages dienen.

Die Technik des „Kugellagers“ (Beschreibung im Anhang, s.u. 6.1.1) dient der Herstellung einer guten Arbeitsatmosphäre. Die Teilnehmer_innen sind sich zu Beginn noch fremd, deshalb wird mit dieser Technik ein affiliativer Prozess initiiert, der in der Regel sehr zügig gute Bezüge zwischen den Teilnehmer_innen herstellt.

Psychoedukative Elemente sind Kurzreferate der Seminar-Leitung mit anschließendem Gruppengespräch im Plenum, die sich inhaltlich mit der Entstehung von Substanzstörungen (bio-psycho-soziales Modell), dem Rückfallmodell nach Marlatt und dem Thema „funktionale und dysfunktionale Verhaltensweisen bei Rückfälligkeit“, befassen.

Tabelle 8 und Tabelle 9 geben in einem Verlaufsplan einen Überblick über die einzelnen Seminareinheiten.

1.5.4 Verlauf

Tabelle 8 Verlaufsplan Angehörigenseminar erster Tag

Erster Tag			
Einheit	Zeit/Dauer	Ziel	Inhalte/Techniken
1. t	14.00/60`	Kennenlernen	Begrüßung, Formalia, Namensrunde
		Affiliation fördern	Kugellagertechnik (s. Anhang)
		Klären von Erwartungen an das Seminar	Erwartungen, Fragen und Themenwünsche sammeln und auf Moderationskarten festhalten. Jeder_jede Teilnehmer_in präsentiert sein_ihr Kärtchen der Gruppe.
Pause	15.00/20`		Kaffee
2. Einheit	Ca. 15.20/90`	Austausch ermöglichen Solidarität erfahrbar machen.	Kleingruppenarbeit: Es werden zwei Gruppen gebildet a) Angehörige, b) Rehabilitanden_innen Thema: Wie habe ich die Konsumzeit erlebt? Wie hat der Konsum unsere Beziehung verändert? Ergebnisse auf Flip-chart festhalten.
	17.00		Plenum: Austausch über die Arbeit in den Gruppen, Vorstellen der Ergebnisse
3. Einheit	90`	Information über Substanzkonsumstörungen und Verständnis von Abhängigkeit vermitteln	Psychoedukation: Kurzvortrag: Suchtverständnis, Suchtentstehung, Neurobiologische Zusammenhänge.
	Bis ca. 18.30	Reflektion des Tages und Einstimmung auf den nächsten Tag	Abschlussrunde: Ampeltechnik und Hausaufgabe (s. Anhang 6.1.2)

Tabelle 9 Verlaufsplan Angehörigenseminar zweiter Tag

Zweiter Tag			
Einheit	Zeit/Dauer	Ziel	Inhalte/Techniken
4. Einheit	9.45/150` Mehrere Kurze Pausen 12.30	Aussprache ermöglichen, Zukunftsperspektiven aufbauen	Begrüßung, Ampelrunde Kleingruppenarbeit: Angehörige/Partner und Rehabilitanden gemeinsam ungefähr gleich auf zwei Gruppen verteilt. Jeweils eine Dyade tauscht sich über die Hausaufgabe aus. Die anderen Gruppenmitglieder haben die Beobachterrolle. Kommunikationstraining: Kontrollierter Dialog
Pause	60`		Mittagessen und Freizeit
5. Einheit	13.30/90` 15.00	Information über Rückfallverständnis und dysfunktionales wie funktionales Verhalten vermitteln	Psychoedukation als Impulsreferat zum Thema Rückfallprävention Gruppendiskussion
Pause			Kaffee
6. Einheit	Ca. 15.30/75 Ca. 16.00		Auswertung der Erwartungskärtchen aus der ersten Einheit. Abschlussrunde, Evaluation, Kaffee

Methoden

Zur Untersuchung der Effekte des Angehörigenseminars auf das Therapieergebnis, wurde eine quantitative Untersuchung durchgeführt, um objektive Daten zu erheben. Damit wird es möglich, ein Phänomen empirisch zu erfassen. Quantitative Forschung ermöglicht Rückschlüsse auf die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung der Phänomene. Die statistische Auswertung quantitativer Forschungsergebnisse bietet die Möglichkeit, Hypothesen zu überprüfen und kausale Zusammenhänge zu erklären. Qualitative Forschungsansätze hingegen dienen der Entwicklung von Hypothesen und sind deshalb für die Erforschung der Effekte therapeutischen Interventionen weniger geeignet.

1.6 Forschungsgegenstand und Erkenntnisinteresse

Die partnerschaftliche Beziehung im sozialen Nahraum hat für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen eine wichtige Bedeutung, denn eine Substanzkonsumstörung wirkt sich negativ auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit der Betroffenen aus (Petzold, 2004). Als zentraler Faktor zeigt sich dabei die Partnerschaftsqualität. Bodenmann betont:

„Während eine glückliche Partnerschaft einen Resilienzfaktor darstellt, erweist sich eine nicht zufriedenstellende Partnerschaft als Risikofaktor für diverse somatische Krankheiten ... und psychische Störungen ...“ (Bodenmann, 2016, S. 51)

Dieser bidirektionale Zusammenhang kann auch für Substanzkonsumstörungen angenommen werden. Eine schlechte Partnerschaftsqualität wirkt sich dementsprechend ungünstig auf die Substanzstörung und auf das Rückfallrisiko aus und umgekehrt hilft eine gute Partnerschaftsqualität das Rückfallrisiko zu mindern. Diesbezüglich mögliche Effekte der Intervention „Angehörigenseminar“ aufzuzeigen ist das Ziel dieser Untersuchung.

1.6.1 Forschungsstand

Wichtige Interventions- und Präventionsprogramme für von Substanzstörungen betroffene Partnerschaften sind im deutschsprachigen Raum die klassischen Konzepte „Ein Partnerschaftliches Lernprogramm“ (EPL) (Thurmair, Engl, Eckert, & Halweg, 1992), und das „Freiburger Stresspräventionsprogramm für Paare“ (FSP) (Bodenmann, 2000b). Neuere Ansätze finden sich bei Bodenmann (Verhaltenstherapie mit Paaren – ein bewältigungsorientierter Ansatz, 2012), Sanders und Kröger (Die Partnerschule als schematherapeutisch orientierter und emotionsfokussierender Beratungsansatz für Paare.,

2013), Schär (Paarberatung und Paartherapie. Partnerschaft zwischen Problemen und Ressourcen., 2016), Engl und Thurmaier (Vertrauen aufbauen – Verständnis ermöglichen – Verzeihen einleiten., 2017) und Schindler, Hahlweg, und Revenstorf (Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie., 2019).

Die klinische Forschung konzentrierte sich bisher vor allem auf die Untersuchung der Bereiche „Partnerschaft und Depression“, „Partnerschaft und Essstörungen“ sowie „Partnerschaft und Angststörungen“ wie Bodenmann aufzeigt (2016).

Bei einem Vortrag für den Deutschen Suchtkongress 2019 referierte Bischof den Forschungsstand für das Thema Partnerschaft und Abhängigkeitserkrankung (Bischof, et al., 2019). Das noch unveröffentlichte EVIFA Review ist eine Metastudie zur Forschung im Themengebiet Partnerschaft und Substanzstörung. Ihre Recherche der PubMed-Datenbank ergab folgende Ergebnisse: Es konnten 48 Studien identifiziert werden, welche Interventionen für Partner_innen von Suchtkranken untersuchen. Von diesen 48 Studien kam eine aus dem deutschsprachigen Raum. Von diesen 48 Studien beziehen sich 17 Studien auf die Behavioral Couples Therapy, sieben Untersuchungen beschäftigen sich mit dem CRAFT-Ansatz, vier Studien untersuchen das 5-Step Programm und weitere vier untersuchen verschiedene Skills-Trainings. Jeweils drei Studien untersuchen die Intervention Pressure to Change und Network Therapy. Die verbleibenden Studien betrafen andere Interventionsformen und Behandlungsansätze, die von Bischof nicht näher beschrieben werden.

In ihrem Vortrag identifizierte Bischof drei Kategorien, in welche die verschiedenen Interventionsansätze eingeordnet werden können: a) Ansätze und Konzepte, die sich an das ganze soziale Netzwerk (Familie) richten, b) Ansätze, die die Angehörigen in die Behandlung mit einbeziehen und c) Ansätze, die sich ausschließlich an Angehörige (Eltern, Partner_innen) richten (Bischof, et al., 2019). Sinnvoll erscheint auch eine Unterscheidung der Ansätze hinsichtlich des Settings, also ambulant oder stationär, zu sein. Denn die Rahmenbedingungen unterscheiden sich in diesen Settings erheblich.

Klein & Bischof (2013) verweisen für den deutschsprachigen Raum auf die vorhandenen Programme zur Förderung der Abstinenz bzw. Therapiebereitschaft, wie das CRAFT Family Training (Smith & Meyers, 2013) und die Multidimensionale Familientherapie (Spohr, Gantner, Bobbink, & Liddle, 2011). Diese Konzepte können der bereits genannten Kategorie „Ansätze und Konzepte, die sich an das ganze soziale Netzwerk (Familie) richten“ zugeordnet werden.

Das CRAFT-Training ist für die ambulante Arbeit entwickelt worden und soll Angehörige befähigen, auf sich selbst zu achten und geeignete Verhaltensweisen zu erlernen,

die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der_die Substanzkonsument_in eine Therapie in Anspruch nimmt. Zum CRAFT-Training ist positiv anzumerken, dass hier die Angehörigen als Zielgruppe erkannt und mit ihren eigenen Problematiken ernst genommen werden. Letztlich werden die Angehörigen jedoch in der Rolle als Unterstützer_in bei der Motivation zur Therapie gesehen.

Die Multidimensionale Familientherapie verfolgt einen weitergehenden Ansatz, welcher über die Systemebene des Individuums hinaus geht. Dieser Ansatz richtet sich aber im Wesentlichen an minderjährige Substanzkonsumenten_innen. Beide Programme sind nicht für ein stationäres Setting in der Klinik gedacht.

Insgesamt seien, so Klein und Bischof (2013), Angehörige von Suchtkranken in der Praxis noch zu wenig im Fokus und paar- und familientherapeutische Ansätze noch wenig in die unterschiedlichen Bereiche der Suchtkrankenhilfe (ambulant, stationär, komplementär) integriert. Sie sehen die „Verankerung regelhafter Hilfen für Angehörige in Form von individuums-, paar- und familienorientierten Maßnahmen ...“ (S. 67) als wichtige Weiterentwicklung der Suchthilfe, die jedoch noch aussteht.

Für den deutschsprachigen Raum ist die Arbeit von Schild (2012) erwähnenswert. Sie gibt in ihrer Monografie einen Überblick über die psychologischen, neurobiologischen und soziologischen Aspekte von Partnerschaften mit Alkoholabhängigen.

Im Bereich der Integrativen Therapie wurde 2006 sechs eine explorative Studie zur sozialen Netzwerk- und Angehörigenarbeit in einer Fachklinik vorgelegt (Ochs, 2006). Schünemann, Lindenmeyer und Heinrichs (2018) untersuchten im deutschsprachigen Raum in einem Zweigruppensdesign die Effekte der Behavioral-Couples-Therapy im klinischen Kontext. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind auf Grund des vergleichbaren Studiendesigns ein Bezugspunkt für die vorliegende Arbeit.

1.6.2 Fragestellung

Die Konzeption der Angehörigenseminare wurde auf der Grundlage sozialpsychologischer und klinischer Theorien dargestellt und beschrieben. Angehörigenseminare sind ein wichtiger Bestandteil moderner Behandlungskonzepte für Menschen mit Substanzkonsumstörung. Ziel der vorliegenden empirischen Studie ist es, mögliche Effekt der Intervention „Angehörigenseminar“ unter Versorgungsbedingungen einer stationären Rehabilitation aufzuzeigen. Es wird angenommen, dass die Partnerschaftsqualität und die psychische Befindlichkeit durch das Angehörigenseminar verbessert werden können.

Vor dem Hintergrund eines Verständnisses von Substanzkonsumstörungen als „we-disease“ ergab sich für die Untersuchung der Angehörigenseminare die folgende Forschungsfrage:

Hat die therapeutische Intervention „Angehörigenseminar“ einen Effekt auf den Therapieerfolg i. S. der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Partnerschaftsqualität, der allgemeinen psychischen Belastung und der Depressionswerte der Rehabilitanden_innen?

Es wurde angenommen, dass sich die Werte beider Gruppen im Verlauf von t_1 zu t_3 verbessern. Weiterhin wurde angenommen, dass die Teilnehmer_innen des Angehörigenseminars zu t_3 gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant bessere Werte zeigen, was einen Effekt des Angehörigenseminars belegen würde. Da das Angehörigenseminar nur einen Bruchteil der Gesamtbehandlung umfasst, war von einem kleinen Effekt auszugehen.

1.6.3 Hypothesen

Aus dem Gesagten ergeben sich folgende Hypothesen:

H₁: Es besteht ein Unterschied im Therapieergebnis zwischen Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die am Angehörigenseminar teilnehmen und Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die nicht teilnehmen.

H_{1a}: Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Partnerschaftsqualität,

H_{1b}: Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung,

H_{1c}: Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Depressionswerte.

Die Nullhypothese lautet folglich:

H₀: Es besteht kein Unterschied im Therapieergebnis zwischen Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die am Angehörigenseminar teilnehmen und Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die nicht teilnehmen.

H_{0a}: Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Partnerschaftsqualität,

H_{0b}: Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung,

H_{0c}: Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Depressionswerte.

1.7 Operationalisierung und Auswertung

Zur Untersuchung der Effekte der Angehörigenseminare auf den Therapieerfolg wurden die Daten der Eingangsdiagnostik, der Ausgangsdiagnostik und die Daten der Seminarevaluation herangezogen. Diese Datenerhebung ist Klinikstandard und dient sowohl der Anamnese und Diagnostik der Rehabilitanden_innen als auch der Forschung und Evaluation des therapeutischen Gesamtbehandlungsergebnisses sowie, im Fall der Evaluation des Angehörigenseminars, einzelner therapeutischer Interventionen.

Die Eingangsdiagnostik besteht aus einer Sammlung verschiedener Fragebögen, die von den Rehabilitanden_innen innerhalb der ersten Woche der Behandlung ausgefüllt werden. Neben der Anamnese der soziodemographischen Daten erhielten alle Patienten_innen zum Behandlungsbeginn den Partnerschaftsfragebogen-Kurzform (PFB-K) (Hahlweg, 2016), das Brief Symptom Inventory II (BSI II) (Franke, 2000) und das Beck Depressions Inventar (Hauzinger, Keller, & Kühner, 2009) (BDI). Den PFB-K wurde für die Untersuchung zu Beginn des Untersuchungszeitraums neu eingeführt und nur an Rehabilitanden_innen gegeben die in einer Partnerschaft leben. Zusätzlich wurden bei der Eingangsdiagnostik Fragebögen erhoben, die für die Diagnostik jedoch nicht für die Untersuchung relevant sind. Bei der Abschlussdiagnostik, die in den letzten beiden Behandlungswochen durchgeführt wird, wurden der PFB-K, das BSI II und das BDI wiederholt.

Zum Abschluss des Angehörigenseminars erhalten die Teilnehmer_innen einen Evaluationsbogen, der vom Qualitätsmanagement-System der Klinik vorgegeben ist.

Die Daten wurden für die Studie vom Klinikträger freigegeben. Die Rehabilitanden_innen stimmten der Nutzung der anonymisierten Daten für Forschungszwecke zu. Hauptdiagnosen und komorbide Diagnosen wurden im Peer-Review durch die Behandlungskonferenz gestellt. Die Teilnahme am Angehörigenseminar wurde den Rehabilitanden_innen bei der Behandlungskonferenz angeboten und im Behandlungsverlauf mit dem Bezugstherapeuten_in konkretisiert. Die Teilnahme der am Angehörigenseminar ist freiwillig und wird von den zeitlichen, beruflichen und familiären Möglichkeiten der Partner_innen bestimmt. Die Untersuchungsgruppe stellt daher eine Gelegenheitsstichprobe dar.

Als abhängige Variablen werden die Werte des BSI, des BDI und des PFB-K zu Beginn der Behandlung und zum Abschluss der Behandlung untersucht. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die einzelnen Werte der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe miteinander verglichen. Es wird angenommen, dass ein Effekt des

Angehörigenseminars durch signifikante Unterschiede der Messwerte dieser drei Messgrößen sichtbar wird. Die Daten der Evaluation der Angehörigenseminare werden auszugsweise in die Untersuchung einbezogen.

Die statistische Auswertung der Stichprobe wurde mit der Statistiksoftware „R“ berechnet. Die grafischen Darstellungen wurden mit dem Office-Programm Microsoft Excel erstellt. Für die Auswertung der Evaluationsdaten wurde ebenfalls Microsoft Excel verwendet. Die Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe wurden mittels t-Test, χ^2 -Test und U-Test (Wilcoxon-Mann-Whitney-Test / Rangsummentest) überprüft.

1.8 Forschungsdesign und Erhebungsmethoden

In einem Zweigruppensdesign werden die Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die am Angehörigenseminar teilnahmen (Untersuchungsgruppe) und die Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die nicht teilnahmen (Vergleichsgruppe) in einem quasi-experimentellen Forschungsdesign miteinander verglichen. Die Vergleichsgruppe erhielt dabei das Standard-Therapieprogramm (Treatment as usual, TAU) und die Untersuchungsgruppe nahm zusätzlich am Angehörigenseminar (AS) teil.

Um einen Effekt der Angehörigenseminare zu belegen, wurde versucht, Unterschiede zwischen den Teilnehmer_innen am Angehörigenseminar und den übrigen Nicht-Teilnehmer_innen zu erfassen. Bei Behandlungsbeginn (t_1) und bei Behandlungsende (t_3) erhielten alle Patienten das BSI II (Franke, 2000), das BDI (Hauzinger, Keller, & Kühner, 2009) und den PFB-K (Hahlweg, 2016). Zu (t_2) erhielten die Rehabilitanden_innen und ihre Partner_innen den Evaluationsfragebogen (s.u. 6.1.3.)

1.8.1 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus Rehabilitanden_innen der salus klinik zusammen. Die Grundgesamtheit bildeten alle Rehabilitanden_innen, die bei ihrer Aufnahme angaben, in einer Partnerschaft zu leben. In die Untersuchung einbezogen wurden Patienten_innen, die a) an einer Substanzstörung F10.2 bis F19.2 nach ICD10 (WHO, 2011) erkrankt waren, b) die zu Beginn der Behandlung angaben, in einer Partnerschaft zu leben, c) im Behandlungszeitraum am Angehörigenseminar teilnahmen und d) ihr Einverständnis zur Nutzung der Daten gaben.

Der Untersuchungszeitraum umfasste die Zeit von Februar 2019 bis Februar 2020. Dazu wurde aus den im Rahmen der Diagnostik und der Qualitätssicherung vorhandenen

Daten ein anonymisierter Datensatz erstellt. Einbezogen wurden die Daten, die bis März 2020 vollständig vorlagen.

Die Vergleichsgruppe (VG) wurde als Gelegenheitsstichprobe gebildet und umfasste alle Rehabilitanden_innen, die die Einschlusskriterien erfüllten und die nicht am Angehörigenseminar teilnahmen. Die Untersuchungsgruppe (AS) wurde gebildet aus Rehabilitanden_innen, die am Angehörigenseminar teilnahmen und die Einschlusskriterien erfüllten. Ausgeschlossen wurden Rehabilitanden_innen, von welchen kein vollständiger Datensatz erhoben werden konnte. Eine Randomisierung der Stichprobe war nicht möglich, da die Teilnahme der Rehabilitanden_innen von der Möglichkeit und Bereitschaft ihrer Angehörigen zur Teilnahme abhängig ist. Abbildung 8 gibt Aufschluss über die Zusammensetzung der Stichprobe.

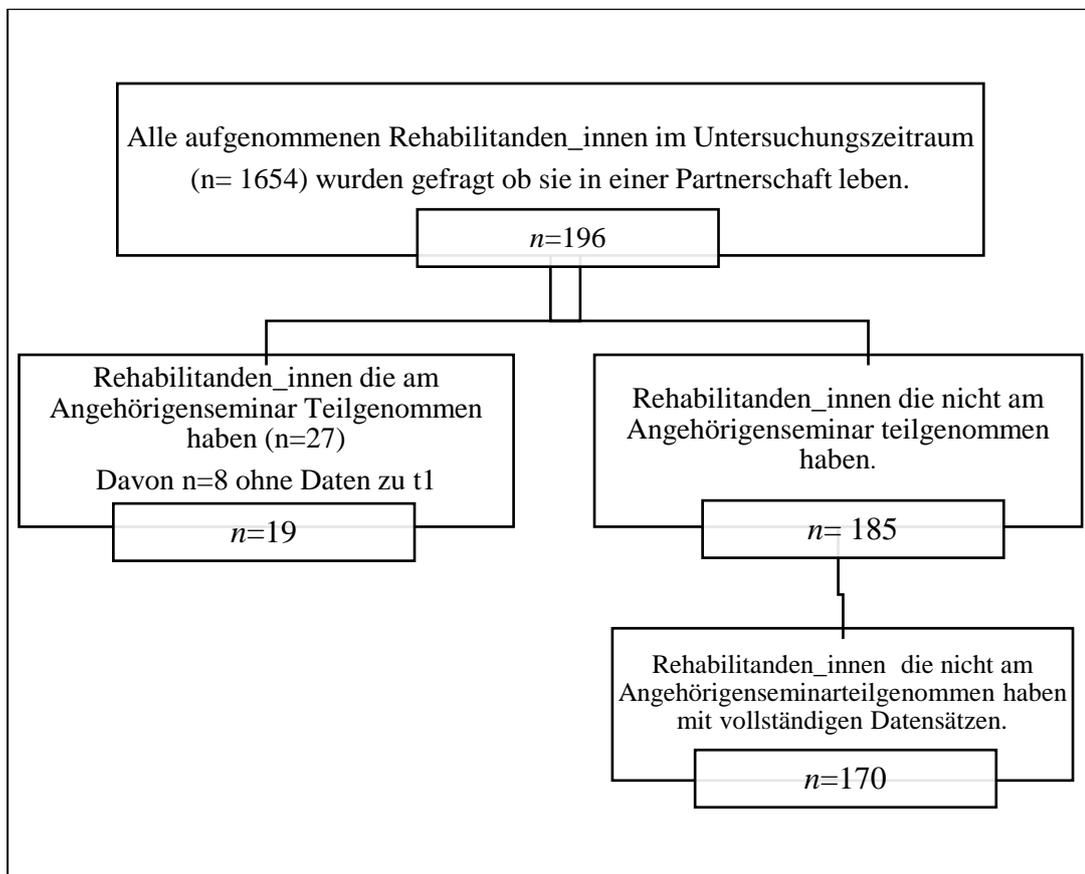


Abbildung 8 Stichprobenbeschreibung

1.8.2 Messzeitpunkte

Die Messzeitpunkte sind:

t₁: Beginn der Behandlung mit Durchführung der Eingangsdiagnostik.

t₂: Bei Teilnahme am Angehörigenseminar Durchführung der Evaluation.

t₃: Ende der Behandlung mit Durchführung der Ausgangsdiagnostik.

Die Durchführung und die Ergebnisse der Angehörigenseminare werden obligatorisch und kontinuierlich über einen vom Qualitätsmanagementsystem vorgegebenen Evaluationsfragebogen (s. u. 6.1) evaluiert. Mit diesem Instrument werden Zufriedenheitswerte und der Wert (Terman-Item) der Partnerschaftszufriedenheit erfasst.

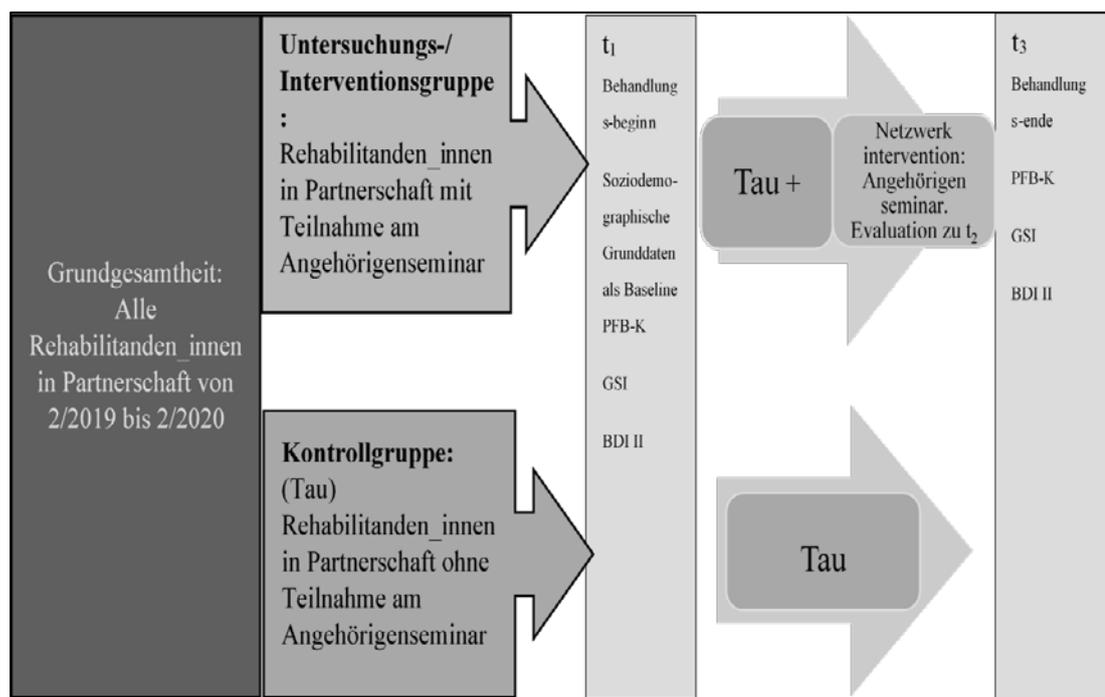


Abbildung 9 Forschungsdesign

Es wurden jeweils Vergleichsberechnungen zu den Ergebnissen der einzelnen Fragebögen unternommen. Ergänzend wurden ausgewählte Ergebnisse der Seminarevaluation zu t₂ berücksichtigt.

1.9 Versuchsanordnung und Testmaterial

1.9.1 Beschreibung der Fragebögen

Partnerschaftsfragebogen Kurzform (PFB-K)

Die Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (Hahlweg, 2016) wird zur Bestimmung der Qualität der Partnerschaft eingesetzt. Er kommt in der psychotherapeutischen Qualitätssicherung, der Prozessdiagnostik sowie der Forschung zum Einsatz. Für ein Altersspektrum von 19 bis 89 Jahren liegen Normwerte vor. Der PFB-K ordnet 10 Items, den 3 Subskalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation zu. Die

Subskalen bestehen aus je 3 Items mit vierstufigem Antwortformat (0 = nie/selten, 1 = selten, 2 = oft, 3 = sehr oft).

Es wird nur die Gesamtskala ausgewertet und interpretiert, denn nur für die Gesamtwerte liegen Normwerte vor. Ist der Gesamtwert ≤ 19 , so ist die Partnerschaftsqualität zufriedenstellend (Hahlweg, 2016, S. 68).

Außerdem beinhaltet der PFB-K das Terman-Item, dass in sechs Stufen die globale Glückseinschätzung (wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?) misst (Hahlweg, 2016, S. 14). Alle Items stammen aus der Langversion, dem Partnerschaftsfragebogen (PFB). Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 3 Minuten, die Auswertung ebenfalls. Der PFB-K wurde genau aus diesem Grund ausgewählt, denn im Rahmen der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik bearbeiten die Rehabilitanden_innen eine Fragebogenbatterie, die insgesamt 7 Fragebögen umfasst. Ausschlaggebend war hier das Zeitkriterium.

Durchführung, Auswertung und Interpretation des PFB-K sind standardisiert und können als objektiv angesehen werden. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtskala beträgt $\alpha = .84$. Die Validität wurde durch Faktorenanalysen bestätigt.

Brief Symptom Inventory (BSI)

Beim Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) handelt es sich um die Kurzform der SCL – 90-R, eines Selbstbeschreibungsfragebogens zur Messung der symptomatischen Belastung von Rehabilitanden_innen, Klienten_innen und Probanden_innen. Das BSI umfasst 53 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) festhält, welche individuelle psychische Belastung bei jeder Frage empfunden wird. Die Ergebnisse des BSI beinhalten Informationen bezogen auf neun Skalen und drei globale Kennwerte, wie in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Die neun Skalen und die drei Globalen Kennwerte des BSI (Franke, 2000, S. 7)

Skala 1	Somatisierung
Skala 2	Zwanghaftigkeit
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt
Skala 4	Depressivität
Skala 5	Ängstlichkeit
Skala 6	Aggressivität / Feindseligkeit
Skala 7	Phobische Angst
Skala 8	Paranoides Denken
Skala 9	Psychotizismus
GSI	Global Severity Index
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total

Das BSI wurde entwickelt, um Patienten_innen in Medizin, Psychotherapie und Forschung zu untersuchen. Er ist bei Jugendlichen ab einem Alter von 13 Jahren einsetzbar. Die Bearbeitungszeit beträgt ein bis fünf Minuten für die Instruktion und acht bis zehn Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens. Die Testinstruktion lautet:

„Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jede Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage.“ (Franke, 2000, S. 8)

Es liegen die Normwerte von zwei Stichproben an deutschsprachigen Erwachsenen und Studierenden vor. Für die hier vorgelegte Untersuchung wurde der bei der Auswertung der Global Severity Index (GSI) herangezogen. Ein hoher GSI demonstriert eine hohe psychische Belastung. Ein Wert ≤ 0.62 bedeutet das keine psychische Belastung vorliegt.

Beck Depressions-Inventar Revision II (BDI-II)

Das Beck Depressions-Inventar Revision II stellt ein Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression bei psychiatrisch diagnostizierten Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen dar. Es kann zur diagnostischen Untersuchung von einzelnen Patienten_innen eingesetzt werden und eignet sich auch zur statistischen Untersuchung von Gruppen.

Zu 21 Symptomen bei Depression werden jeweils vier Aussagen vorgegeben, von denen diejenige auszuwählen ist, die am besten beschreibt, wie sich der_die Befragte in den vergangenen beiden Wochen fühlte. Bei zwei Items (Veränderungen der Schlafgewohnheiten und Veränderungen des Appetits) gibt es Vorgaben, die sich sowohl auf die Verminderung als auch auf die Vermehrung von Schlaf und Appetit beziehen. Dabei ist ebenfalls nur eine Aussage auszuwählen.

Gegenüber dem BDI wurden im BDI-II vier Items (Gewichtsverlust, Veränderung des Körperschemas, Beschäftigung mit somatischen Vorgängen und Schwierigkeiten mit der Arbeit) wurden durch vier neue Items (Erregung, Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Energieverlust) ersetzt. Die deutsche Version wurde bei zahlreichen Studien eingesetzt. Dabei wurden folgende Werte (Cronbachs Alpha) ermittelt: Depressive Patienten_innen in Behandlung ($N = 288$) .93, Patienten_innen mit primär anderen psychischen Störungen ($N = 123$) .92, Gesunde ($N = 582$) .90. Die Wiederholungsreliabilität wurde an einer Gemeindestichprobe ($N = 86$) und einem Zeitraum von 5 Monaten ermittelt.

Es ergab sich ein sehr guter Wert von $.78$ ($p < .001$) (Hauzinger, Keller, & Kühner, 2009, S. 22).

In verschiedenen Stichproben ergaben sich hohe Übereinstimmungen sowohl mit der selbstbeurteilten Depressivität (FDD-DSM-IV) und zwar $r = .72$ bis $.89$ als auch mit der fremdbeurteilten Depressivität (MADRS) und zwar $r = .68$ bis $.70$. Es werden die Prozenträge einer Normstichprobe für depressive Patienten ($N = 266$) und Gesunde ($N = 582$) angegeben. Die Bearbeitungszeit liegt zwischen 5 und 10 Minuten. Die Höhe der Werte gibt den Schweregrad der Depression an. Ein höherer Wert deutet auf eine höhere Schwere der Depression hin, Tabelle 11 zeigt die Summenwerte und ihre Interpretation. Werte ≤ 8 bedeuten das die getestete Person nicht an Depression leidet.

Tabelle 11 Summenwerte des BDI II und ihre Interpretation

BDI II Summenwerte	Bezeichnung
0 – 8	Keine Depression
9 – 13	Minimale Depression
14 – 19	Leichte Depression
20 – 28	Mittelschwere Depression
29 – 63	Schwere Depression

Fragebogen zur Seminar-Evaluation

Die Evaluation der Angehörigenseminare erfolgt mittels eines vom Qualitätsmanagementsystem vorgegeben Fragebogen. Der Fragebogen erfasst den Status der_des jeweiligen Teilnehmers_in (Rehabilitand_in oder Angehörige) differenziert nach Verwandtschaftsgrad (s.u. 6.1.3) und insgesamt acht Items wobei Item 5 vier verschiedene Aspekte befragt.

Tabelle 12 Beschreibung der Items des Evaluationsbogens

	Inhalt	Erhebungsmethode
Item 1	Gründe für die Teilnahme	Multiple Choice
Item 2	Ziele der Teilnahme	Multiple Choice
Item 3	Selbsteinschätzung bezüglich der Zielerreichung	sechs stufige Skala vom Likert-Typ (1 = schlecht; 6= sehr gut)
Item 4	Was werden Sie nach dem Seminar in Zukunft anders machen?	Offene Frage
Item 5	Bewertung von Inhalten, Lernmethoden, Vorgehen der Seminarleitung und die Umgebung bzw. Atmosphäre des Seminars	sechs stufige „Noten“-Skala vom Likert-Typ (1 = schlecht; 6= sehr gut)
Item 6	Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge	Offene Frage
Item 7	Globale Glückseinschätzung, Terman Item: Wie glücklich würden Sie ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?	sechs stufige Skala vom Likert-Typ (0 = sehr unglücklich; 5 = sehr glücklich)
Item 8	Zufriedenheit anhand der Frage: Würden Sie dieses Seminar weiterempfehlen?	dichotome Antwort (Ja/Nein)

Für die Beantwortung der Fragestellung dieser Masterthesis werden nur die Items 5, 7 und 8 herangezogen. Bei den restlichen Items handelt es sich um offene Fragestellungen, die teilweise Mehrfachantworten zulassen. Diese Items sind qualitativ auszuwerten, was im Rahmen dieser Masterthesis nicht geleistet werden kann und überdies sind diese Items für die Fragestellung nicht relevant. Die Items 1, 2, 3, 4 und 6 bleiben daher in dieser Untersuchung unberücksichtigt.

1.9.2 Beschreibung der Interventionen

Die Vergleichsgruppe erhielt eine abstinenzorientierte Standardbehandlung (treatment as usual, TAU). Die Standardbehandlung setzte sich aus integrativer, kognitiver verhaltensorientierter Einzel- und Gruppentherapie, Physiotherapie, Sporttherapie, Sozial- und Arbeitstherapie und der Rückfallprophylaxe zusammen. Es wurden abhängig von der Indikation tiefenpsychologische, systemische und gestalttherapeutische Ansätze hinzugezogen. Im Mittelwert (arithmetisches Mittel) betrug die Behandlungsdauer der untersuchten Rehabilitanden_innen 101 Tage.

Zusätzlich zur Standardbehandlung erhielt die Untersuchungsgruppe ein Angehörigenseminar, wie es oben in Abschnitt 1.5 ausführlich beschrieben wurde. Die Untersuchung wurde im laufenden Versorgungsbetrieb durchgeführt. Das Seminar wird von zwei, in systemischer Therapie erfahrenen Bezugstherapeuten_innen (Suchttherapeut_in oder /und psychologische_r Psychotherapeut_in) begleitet und nach einem standardisierten Ablauf durchgeführt.

Ergebnisse

1.10 Auswertung der soziodemographischen Daten

Altersverteilung

Um festzustellen, ob sich die Untersuchungsgruppe von der Vergleichsgruppe hinsichtlich der Altersverteilung unterschied, wurde ein Welch Two Sample *t*-Test für unabhängige Stichproben ($t = 2.6417$, $df = 22.21$, $p = 0.014$) 95% Konfidenzintervall (1.67 – 13.88) und ein Wilcoxon Rangsummentest (*U*-Test) gerechnet ($U = 2194$; $p = 0.01$) gerechnet. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Altersverteilung beider Gruppen bei einer mittleren Effektstärke (Cohen's *d*) von $d = 0.63$. Im Mittel waren die Teilnehmer_innen des Angehörigenseminars signifikant älter als die Rehabilitanden in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 13 Altersverteilung in Jahren. (*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Angehörigenseminar	19	47,2	12,17610	52	24	62
Vergleichsgruppe	170	39,6	12,16336	38	18	72

Behandlungsdauer

Mit 112 Tagen hat die Untersuchungsgruppe im Durchschnitt eine um 21 Tage längere Behandlungsdauer. Um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu testen, wurde ein Welch Two Sample *t*-Test berechnet. Es ergab sich ein Unterschied bei der Behandlungsdauer zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppe ($t = 2.14$, $df = 22.83$, $p = 0.04^*$) 95% Konfidenzintervall (0.7114459 - 41.4552208).

Tabelle 14 Behandlungsdauer in Tagen. (*SD* = Standardabweichung)

Gruppe	<i>n</i>	<i>Tage</i>	<i>SD</i>
Angehörigenseminar	19	112	40.4
Vergleichsgruppe	168	90,9	42.9

Entlass-Modus

In der Untersuchungsgruppe beendeten alle Teilnehmer_innen (100%) die Behandlung regulär. Die Verteilung in der Vergleichsgruppe war: Reguläre Entlassung 771,1 %, Irreguläre Entlassung (disziplinarisch, mit ärztlichem Einverständnis, ohne ärztliches Einverständnis) 21,8 %.

Tabelle 15 Entlassmodus nach Gruppen in Prozent

Gruppe	n	Entlassmodus regulär	n	Entlassmodus irregulär	n	Keine Angabe
Angehörigenseminar	19	100	0	0	0	0
Vergleichsgruppe	137	77,1	37	21,8	2	1,18

Mit einem χ^2 – Test nach Pearson wurde auf signifikante Unterschiede getestet. $\chi^2(1, N = 156) = 3.92, p = 0.04$.

Geschlechterverteilung

In der Untersuchungsgruppe liegt, im Unterschied zur Vergleichsgruppe der prozentuale Anteil der Frauen niedriger und der Anteil der Männer höher.

Mit einem χ^2 – Test nach Pearson wurde auf signifikante Unterschiede getestet. Bezüglich des Geschlechts unterschieden sich die Gruppen nicht, $\chi^2(1, N = 204) = 0.19, p = 0.65$.

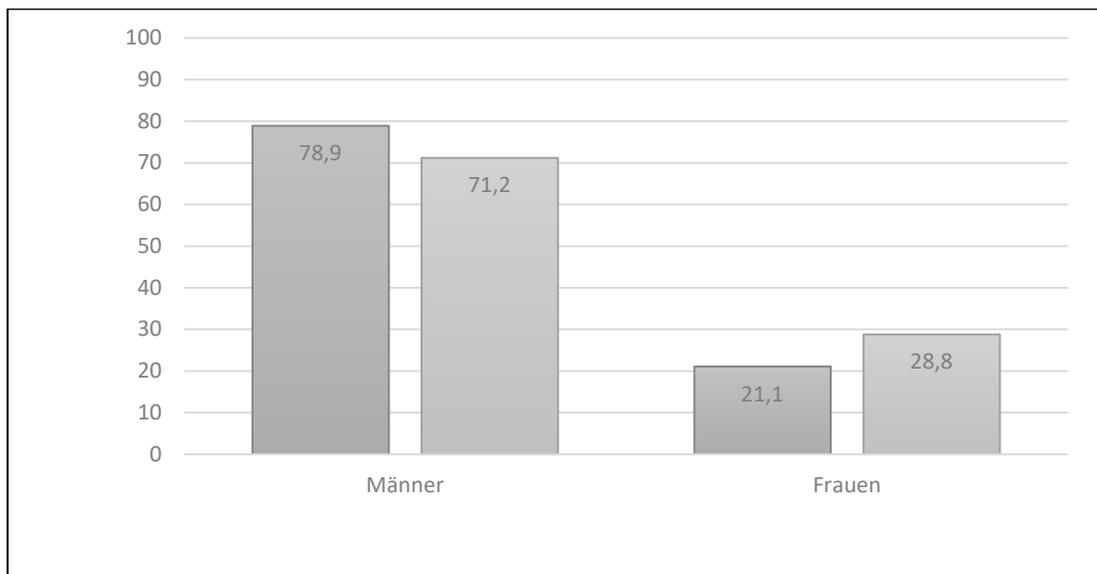


Abbildung 10 Geschlechtsverteilung in Prozent. Angehörigenseminar vs. Vergleichsgruppe

Verteilung der Diagnosen

Die Stichprobe zeigte eine inhomogene Verteilung der Diagnosen in den Vergleichsgruppen. Während in der Vergleichsgruppe das gesamte Spektrum der Substanzstörungen des ICD 10 vorkam, sind in der Untersuchungsgruppe nur vier substanzbezogene Diagnosen vertreten. Den größten Anteil bildete die Gruppe der Teilnehmer_innen (TN) mit Alkoholabhängigkeit. Mit einem Anteil von 68% der Untersuchungsgruppe ($n = 19$) war diese Diagnose im Unterschied zur Vergleichsgruppe deutlich überrepräsentiert. Die Diagnose F12.2 Cannabisabhängigkeit, lag mit einem Anteil von 15,8% (11,8%) der Untersuchungsgruppe auf Rang zwei. Rehabilitanden_innen mit der

Diagnose F15.2 Kokainabhängigkeit waren in der Untersuchungsgruppe mit einem Anteil von 10,5% (4,1%) vertreten. Die Diagnose F15.2 Amphetaminabhängigkeit zeigten 5,2% (7,06%) der Untersuchungsgruppe. Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

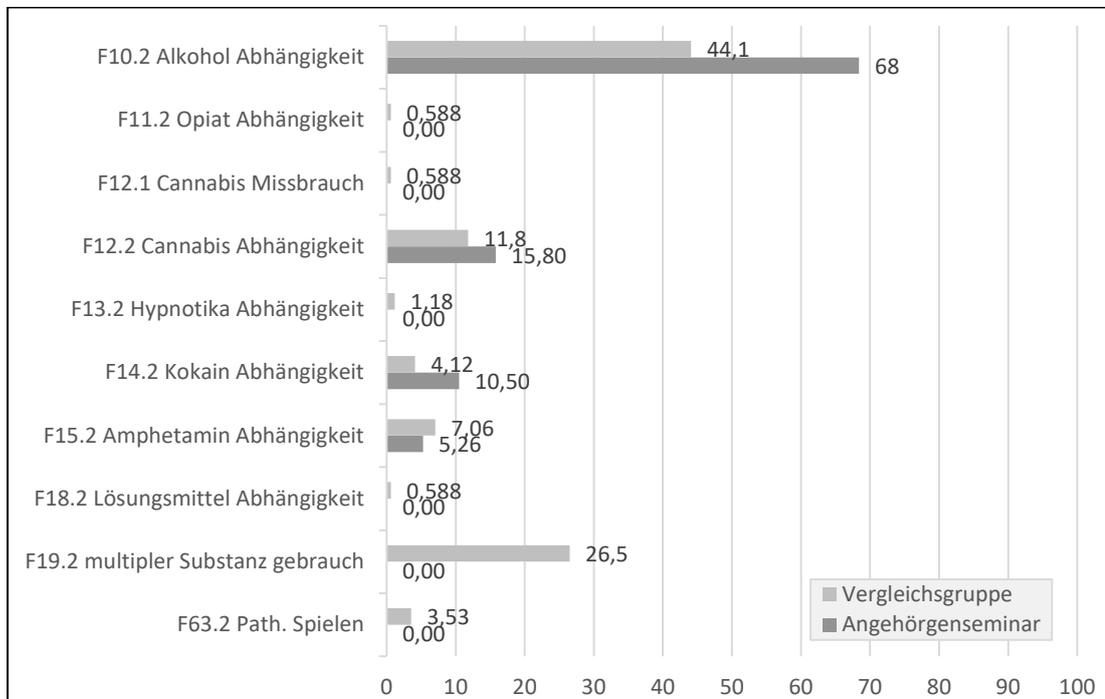


Abbildung 11 Verteilung der ICD 10 Diagnosen in Prozent

Bildungsabschlüsse

Die Verteilung der Bildungsabschlüsse ergibt sich aus Tabelle 16. Abbildung 12 Verteilung der Bildungsabschlüsse in Prozent stellt die prozentuale Verteilung graphisch dar. Mit 36,8 % sind höhere und mittlere Abschlüsse in der Untersuchungsgruppe leicht überrepräsentiert. Mit einem χ^2 -Test nach Pearson wurden die Stichproben auf Unterschiede getestet. Bezüglich der Schulabschlüsse unterscheiden sich die Gruppen nicht χ^2 (4, $N = 189$) = 5.62, $p = 0.22$.

Tabelle 16 Bildungsabschlüsse

Abschluss	Angehörigenseminar	Vergleichsgruppe
Abitur	n = 7; 36,8 %	n = 43; 25,3 %
Realschulabschluss	n = 7; 36,8 %	n = 54; 31,8 %
Hauptschulabschluss	n = 5; 26,3 %	n = 58; 34,1 %
Sonderschulabschluss	0	n = 2; 1,2%
Andere Abschlüsse	0	n = 2; 1,2%
Ohne Abschluss	0	n = 9; 5,3 %
NA (nicht angegeben)	0	n = 2; 1,2%

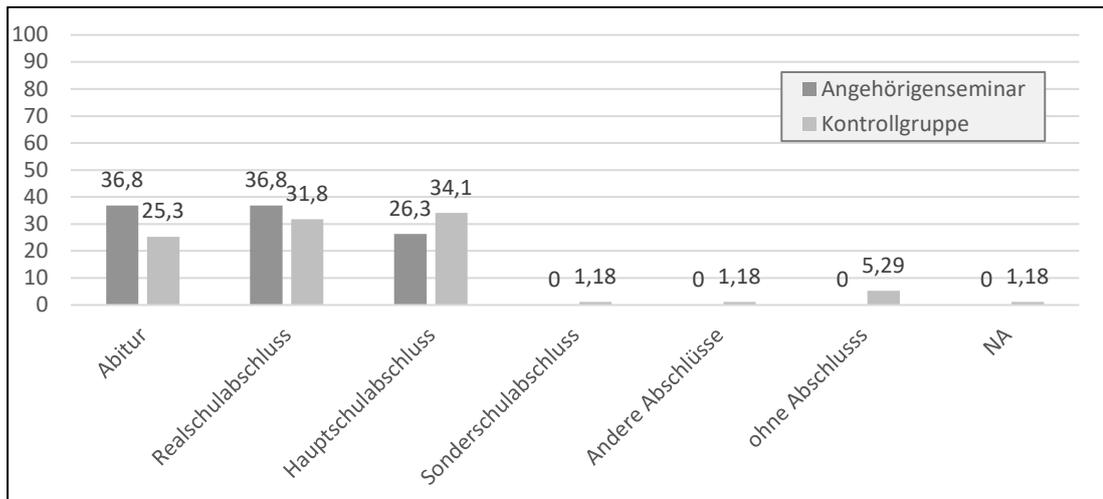


Abbildung 12 Verteilung der Bildungsabschlüsse in Prozent

Erwerbstätigkeit

Der Anteil erwerbstätiger Rehabilitanden_innen ist mit 52,6 % in der Untersuchungsgruppe höher als in der Vergleichsgruppe (47,4%). Mit einem χ^2 – Test nach Pearson wurde auf signifikante Unterschiede getestet. Bezüglich der Erwerbstätigkeit unterscheiden die sich Gruppen nicht $\chi^2 (1, N = 189) = 0.93, p = 0.33$.

Tabelle 17 Altersverteilung. (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, AS= Angehörigenseminar, KG = Kontrollgruppe, range = Spannweite)

	n	M	SD	median	geglättet	min	max	range
AS	19	47,42	12,17	52	47,94	24	62	38
KG	170	39,64	12,16	38	39,47	18	72	54

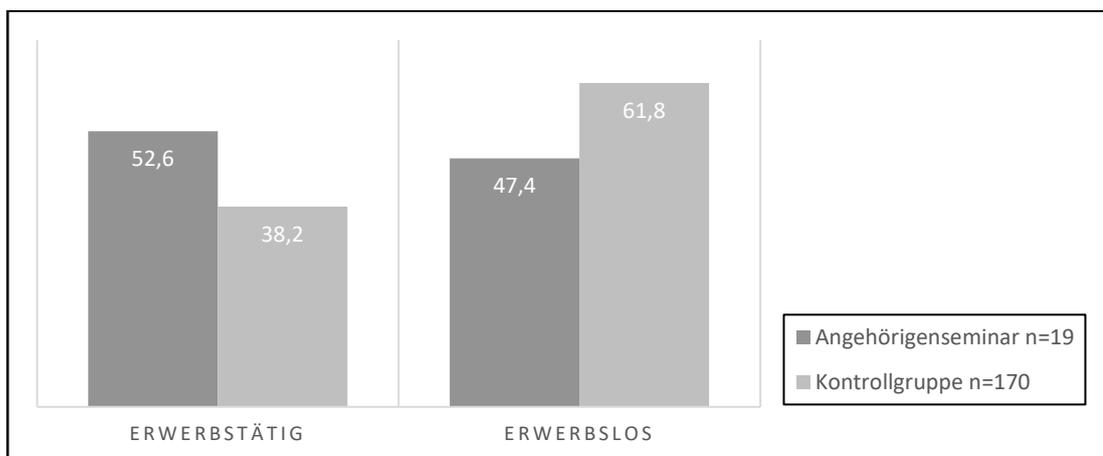


Abbildung 13 Erwerbstätigkeit in Prozent. Untersuchungsgruppe vs. Vergleichsgruppe

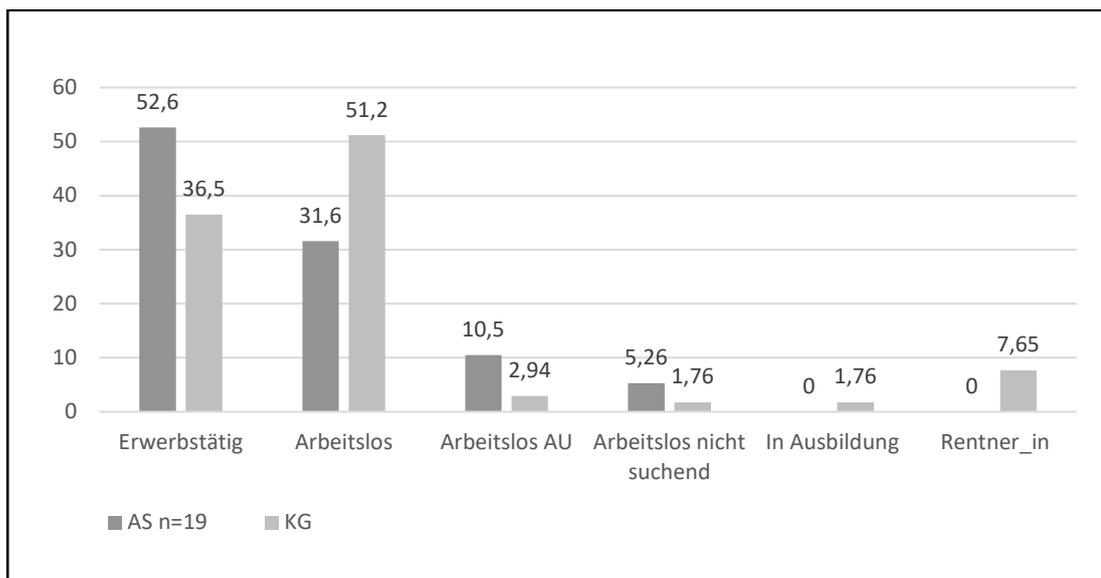


Abbildung 14 Erwerbsstatus in Prozent AU=Arbeitsunfähig

Paare und Kinder

Der Anteil der Paare ohne Kind ist in beiden Gruppen hoch. (78,9% Angehörigenseminar / 82,4 % Vergleichsgruppe).

Mit einem χ^2 – Test nach Pearson wurde auf signifikante Unterschiede getestet. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe hinsichtlich der Merkmale mit Kind vs. ohne Kind, $\chi^2(1, N = 189) = 0.0026675, p = 0.9588$.

Tabelle 18 Prozentanteil in den Gruppen nach Merkmal mit Kind und ohne Kind

	n	Mit Kind (%)	Ohne Kind (%)
Untersuchungsgruppe	19	21,1	78,9
Vergleichsgruppe	170	17,6	82,4

Tabelle 19 Anzahl der Kinder nach Gruppen

Anzahl Kinder	Untersuchungsgruppe (%)	n	Vergleichsgruppe (%)	n
0 Kinder	78,9	15	82,4	140
1 Kind	10,5	2	7,06	12
2 Kinder	10,5	2	7,06	12
3 Kinder		0	2,35	4
4 Kinder		0	1,18	2

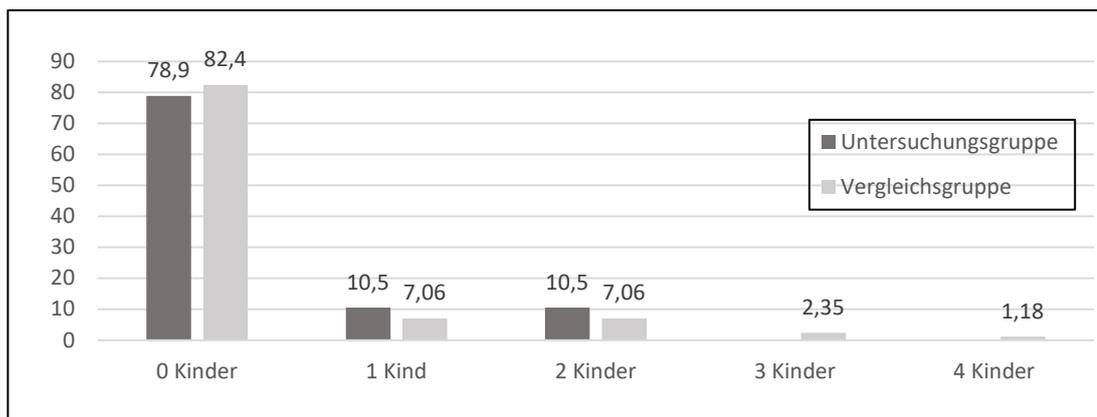


Abbildung 15 Anzahl der Kinder in Prozentanteilen

Fazit: Es gibt Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppe bei den Merkmalen Alter, Behandlungsdauer und Entlass-Modus. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Schulabschlusses, der Erwerbstätigkeit und des Vorhandenseins von Kindern unterscheiden sich die Gruppen nicht.

1.11 Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogen Kurzform (PFB-K)

Auswertung des Gesamtwertes des PFB-K.

Der Gesamtwert des PFB-K ist ein Maß für die Partnerschaftsqualität.

Deskriptive Statistik zu t_1

Tabelle 20 Skalenmittelwerte des PFB-K zu t_1 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	20,1	5,38	19
Ohne Angehörigenseminar	19,2	5,68	160

Inferenzstatistik zu t_1 : Der Levene Test zur Prüfung der Varianzhomogenität ($F(1, 177) = 0,0378, p = 0.846$) zeigt, dass Varianzhomogenität vorliegt. Um Unterschiede zwischen den Gruppen zu testen wurde ein t -Test gerechnet. Zu t_1 ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($t = 0.66507, df = 23.019, p = 0.51$).

Deskriptive Statistik PFB-K zu t_3

Tabelle 21 Skalenmittelwerte des PFB-K zu t_3 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	21,4	4,5	17
Ohne Angehörigenseminar	19,9	5,6	70

Der Mittelwert des PFB-K verbessert sich in beiden Gruppen im Verlauf der Behandlung. In beiden Gruppen zeigen schon zu Beginn der Behandlung (Baseline) eine zufriedenstellende Partnerschaftsqualität (Werte ≥ 19). Im Verlauf steigern sich die Werte sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe.

Inferenzstatistik: Zu t_3 zeigte sich im Levene Test Varianzhomogenität ($F(1, 85) = 1,3675, p = 0,2455$). Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zu t_3 ($t(85) = 1.0237, p = 0.30$).

Die Gruppen unterscheiden sich im Anstieg der Partnerschaftsqualität nicht signifikant.

Die Hypothese H_{1a} : „Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Partnerschaftsqualität“ muss verworfen werden. Die Hypothese H_{0a} : „Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Partnerschaftsqualität“ wird angenommen.

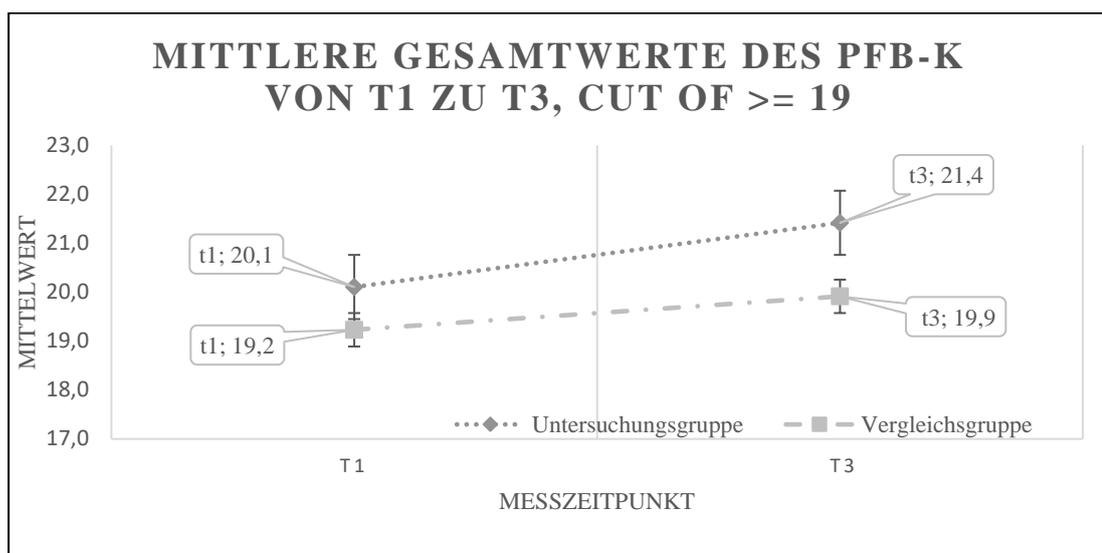


Abbildung 16 mittlere Gesamtwerte des PFB-K zu den Messzeitpunkten t_1 und t_3

Auswertung des Terman-Items

Dieses Item misst die globale Glückseinschätzung und ist ein Indikator für die Partnerschaftszufriedenheit, es fließt nicht in den Gesamtwert des PFB-K ein und wird daher gesondert ausgewertet.

Deskriptive Statistik des Terman Item zu t_1 :

Tabelle 22 Skalennittelwerte des Terman Item zu t_1 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	3,78	1,35	18
Ohne Angehörigenseminar	3,27	1,43	159

Inferenzstatistik zu t_1 : Aus dem Levene Test ergibt sich Varianzhomogenität ($F(1, 175) = 0.2771$ $p = 0.59$). Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t(175) = 1.4334$, $p = 0.15$).

Deskriptive Statistik des Terman Item zu t_3 :

Tabelle 23 Skalenmittelwerte des Terman Item zu t_3 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	3,53	1,46	17
Ohne Angehörigenseminar	3,55	1,46	71

Inferenzstatistik: Zu t_3 zeigte sich im Levene Test Varianzhomogenität ($F(1,86) = 0.0192$, $p = 0.89$). Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t(86) = 0.05037$, $p = 0.95$).

Das Diagramm in Abbildung 17 zeigt die Mittelwerte der Gruppen im Verlauf.

Das Terman-Item wurde zu t_2 , nach dem Angehörigenseminar gemessen. Der Mittelwert zu t_2 beträgt $M = 3,94$ (SD 1,03; $n=24$).

Der Mittelwert der Untersuchungsgruppe steigt unmittelbar nach dem Angehörigenseminar um 0,16 Punkte und fällt zum Ende der Behandlung um 0,25 Punkte unter den Mittelwert der Baseline. Bei der Vergleichsgruppe steigt der Mittelwert der Behandlung um 0,17 Punkte zur Baseline und liegt zu t_3 0,02 Punkte über der Untersuchungsgruppe.

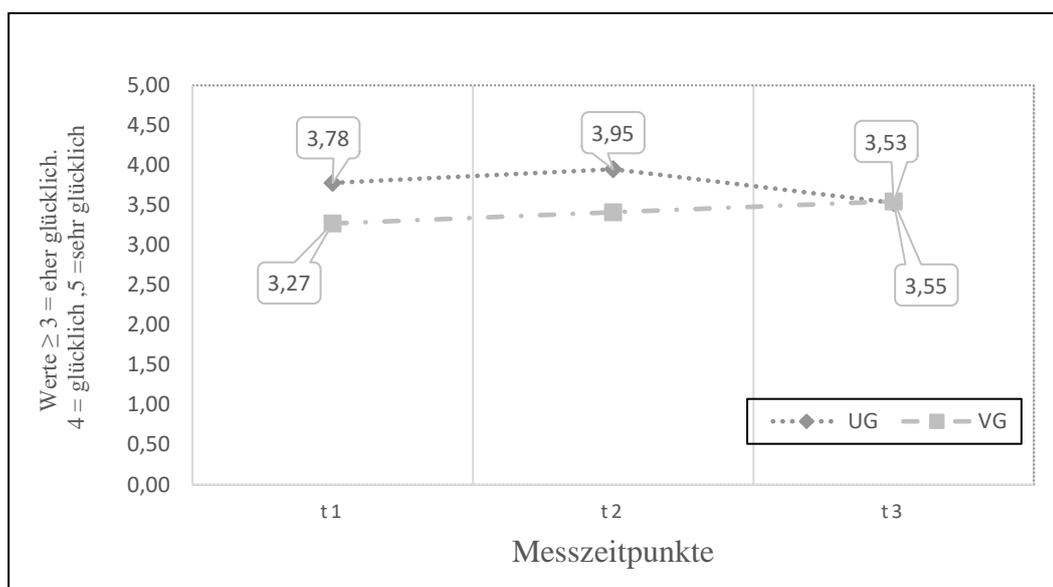


Abbildung 17 Mittelwerte des Terman Item im Verlauf zu den Messzeitpunkten t_1 , t_2 und t_3 (UG = Untersuchungsgruppe, VG = Vergleichsgruppe)

1.12 Ergebnisse des Brief Symptom Inventory (BSI)

Deskriptive Statistik:

Tabelle 24 Skalenmittelwerte des GSI zu t_1 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	0,95	0,83	18
Ohne Angehörigenseminar	0,96	0,76	162

Beide Gruppen zeigen zu Beginn der Behandlung eine klinisch auffällige psychische Belastung (Franke, 2000, S. 20). Die Werte sind um 0,33 und 0,34 Punkte erhöht (Cut-off \leq 0.62).

Inferenzstatistik: Zu t_3 zeigte sich im Levene Test Varianzhomogenität ($F(1,178) = 0.2249, p = 0.63$). Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t(178) = -0.057149, p = 0.95$).

Deskriptive Statistik:

Tabelle 25 Skalenmittelwerte des GSI zu t_3 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	0,61	0,59	13
Ohne Angehörigenseminar	0,58	0,61	93

Inferenzstatistik: Zur Überprüfung der Varianzhomogenität wurde eine Levene Test berechnet ($F(1,104) = 0.2579, p = 0.61$). Aus dem t -Test für unabhängige Stichproben ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zum Ende der Behandlung ($t(104) = -0.17, p = 0.85$).

Die Mittelwerte der Gruppen verbessern sich von t_1 zu t_3 . Zum Ende der Behandlung zeigt sich keine klinisch relevante psychische Belastung mehr. Beide Mittelwerte liegen zum Ende der Behandlung unter dem Cut-off von 0.62.

Die Hypothese H_{1b} : „Es besteht Unterschied hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung“ muss abgelehnt werden. Die Hypothese H_{0b} : „Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzung der allgemeinen psychischen Belastung“ wird angenommen. Abbildung 18 stellt Verlauf von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe von t_1 zu t_3 dar.

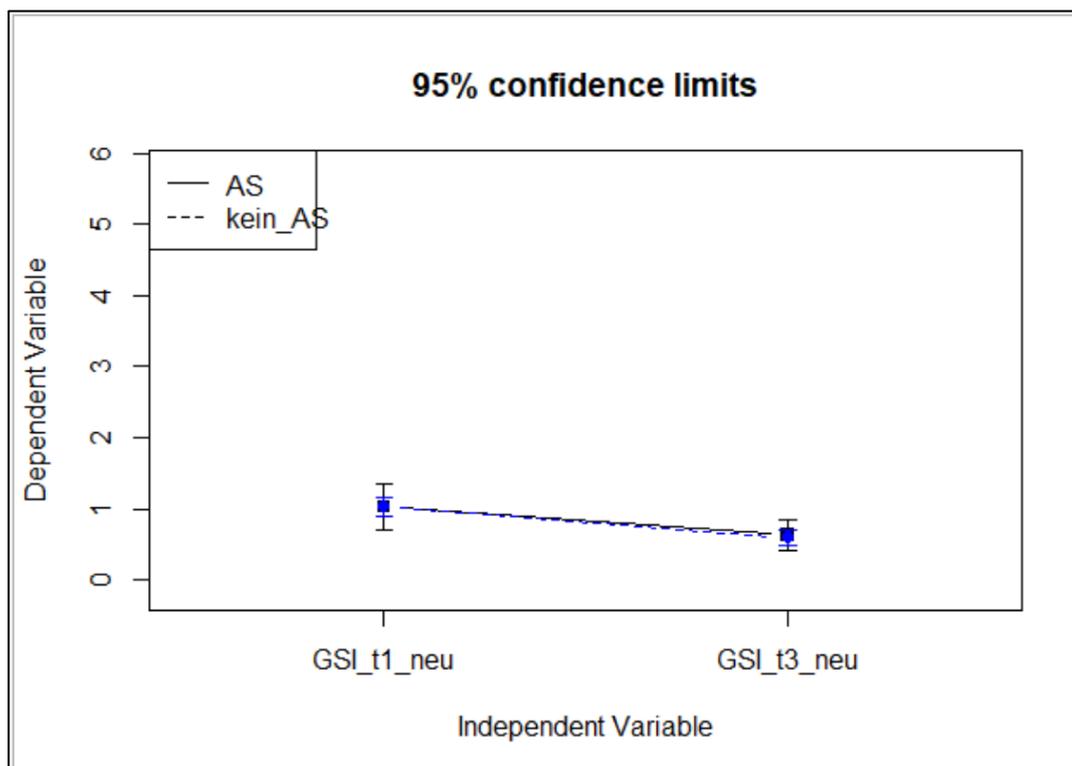


Abbildung 18 Verlaufsdiagramm GDI t_1 zu t_3 (AS = Untersuchungsgruppe, kein AS = Vergleichsgruppe)

1.13 Ergebnisse des Beck Depressions-Inventar Revision II (BDI II)

Deskriptive Statistik BDI II zu t_1 :

Tabelle 26 Skalenmittelwerte des BDI II zu t_1 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Teilnahme AS	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	18,5	14,6	17
Ohne Angehörigenseminar	14,9	10,4	166

Inferenzstatistik zu t_1 : Aus dem Levene Test ergibt sich Varianzheterogenität ($F(1, 181) = 3.9211$ $p = 0.049^*$). Der Welch two-sample t -Test für varianzheterogene Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t(17) = 0.97974$, $p = 0.34$).

Deskriptive Statistik: BDI II zu t_2

Tabelle 27 Skalenmittelwerte des BDI II zu t_3 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Teilnahme AS	M	SD	n
Mit Angehörigenseminar	11,30	11,50	13
Ohne Angehörigenseminar	8,47	8,69	96

Inferenzstatistik: Zu t_3 zeigte sich im Levene Test Varianzhomogenität ($F(1,107) = 0.691$, $p = 0.40$). Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t(178) = 1,0621$, $p = 0.40$). Die Mittelwerte

der Gruppen verbessern sich von t_1 zu t_3 . Die Hypothese H_{1c} : „Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Depressionswerte“ wird verworfen und die Hypothese H_{0c} : „Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Depressionswerte“ wird angenommen.

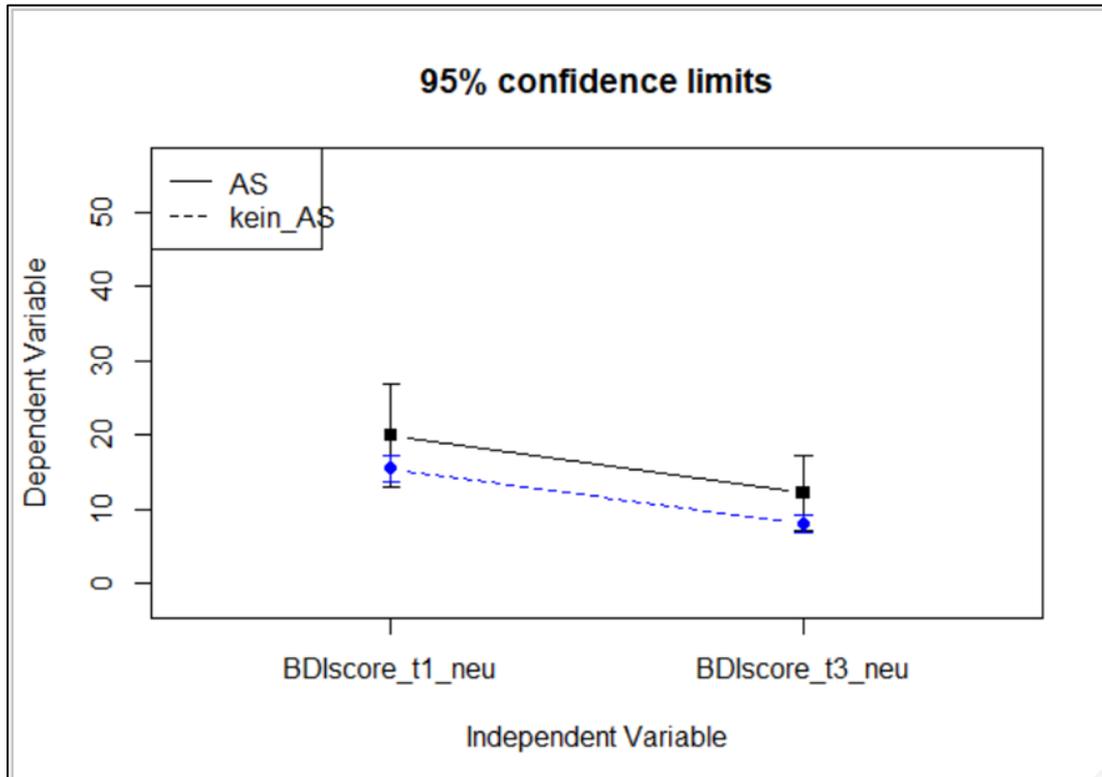


Abbildung 19 Verlaufsdiagramm BSI II t_1 zu t_3 (AS = Untersuchungsgruppe, kein AS = Vergleichsgruppe)

Gesamtergebnis: Jede Teilhypothese H_{1a-c} wurde verworfen, damit ist auch H_1 : „Es besteht ein Unterschied im Therapieergebnis zwischen Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die am Angehörigenseminar teilnehmen und Rehabilitanden_innen in Partnerschaft, die nicht teilnehmen“ zu verwerfen und die Nullhypothese ist anzunehmen.

1.14 Ergebnisse der Evaluation des Angehörigenseminars

Die hier vorgestellten Evaluationsergebnisse umfasst den Zeitraum Februar 2019 bis Dezember 2019 und bezieht sich, ausgenommen Item 7, auf alle Teilnehmer_innen am Angehörigenseminar. Es sind folglich nicht nur Partner_innen sondern auch andere Angehörige einbezogen.

Item 5: Seminarbewertung.

Tabelle 28 Mittelwerte der Seminarbewertung (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Entspricht „Note“
Seminarinhalt	5,22	0,77	„gut“
Lernmethode	5,12	0,88	„gut“
Vorgehen der Seminarleitung	5,41	0,72	„gut“
Umgebung/Athmosphäre	5,31	0,94	„gut“

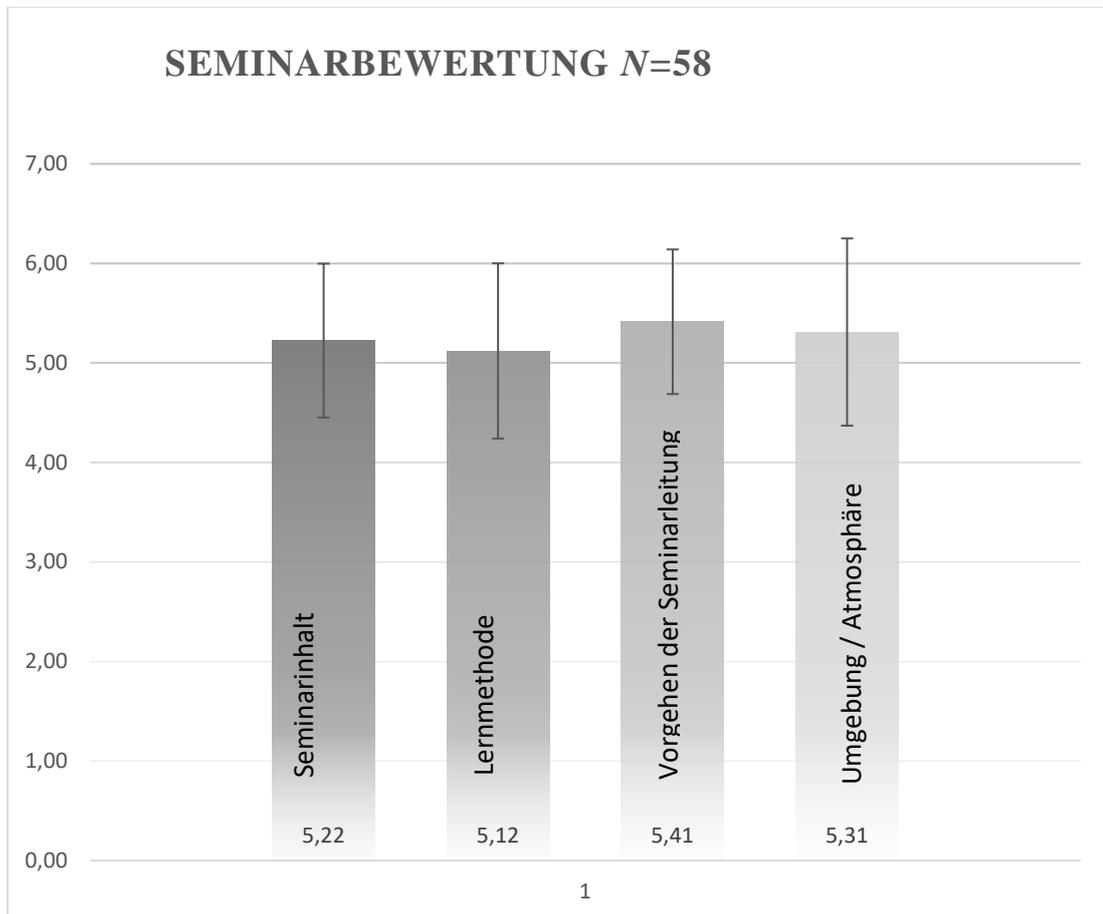


Abbildung 20 Seminarbewertung (1 = schlecht bis 6= sehr gut, s. u. 6.1.3)

Item 8: Weiterempfehlung

Die Zustimmung zum Seminar wurde durch die Frage „Würden Sie einem Freund/ einer Freundin dieses Seminar empfehlen?“ untersucht. Die Zustimmung liegt bei 100%.

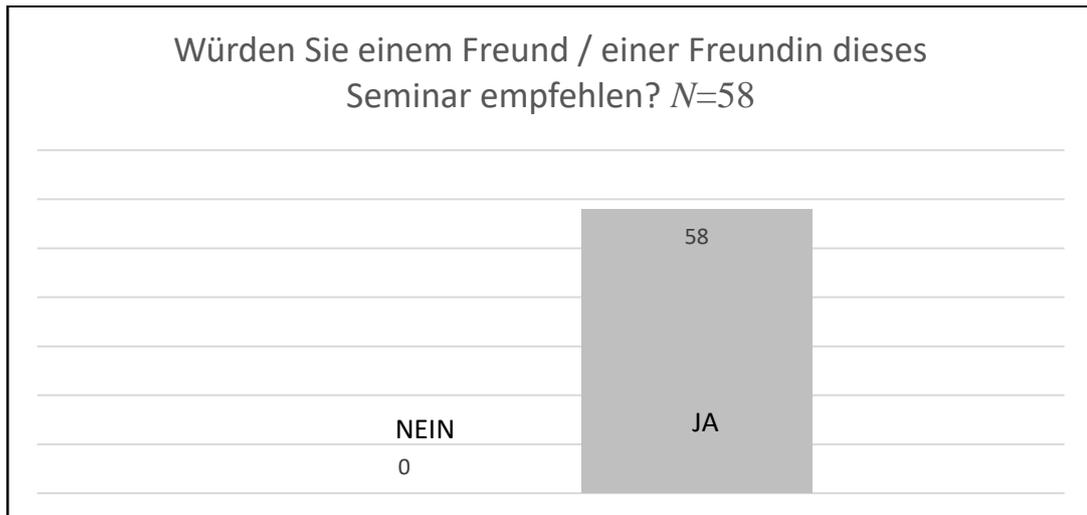


Abbildung 21 Würden Sie einem Freund/ einer Freundin dieses Seminar empfehlen?

Item 7: Terman-Item

Dieses Item erhebt den Wert für Partnerschaftszufriedenheit zum Messzeitpunkt t_2 und lässt einen auch Vergleich von teilnehmenden Rehabilitande_innen und den jeweiligen Angehörigen zu. Für die vorliegende Untersuchung ist nur der Mittelwert der Rehabilitanden der Untersuchungsgruppe von Bedeutung.

Deskriptive Statistik:

Tabelle 29 Terman Item zu t_2 (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Gruppen	n	M	Varianz	SD
Partner_innen	19	3,79	1,10666667	1,13
Rehabilitanden_innen	19	3,95	1,10249307	1,08

Diskussion

Ziel der Masterthesis war die Untersuchung der Effekte des Angehörigenseminars als zusätzliche Intervention während der stationären Entwöhnungsbehandlung substanzabhängiger Rehabilitanden_innen. Dies wurde mit einer Gelegenheitsstichprobe im Versorgungsalltag überprüft. Dazu wurden zwei Gruppen von Rehabilitanden_innen (Teilnehmer_innen und Nicht-Teilnehmer_innen) miteinander verglichen. Die Rehabilitanden_innen beider Gruppen zeigten eine Verbesserung ihrer Partnerschaftsqualität und eine Verminderung ihrer psychischen Belastung sowie ihrer Depressionswerte. Anders als erwartet, konnten zum Ende der Behandlung keine Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass das Angehörigenseminar bei den untersuchten Parametern keinen zusätzlichen Effekt auf das Therapieergebnis hat.

Die Identifizierung von Prädiktoren mittels Regressionsanalyse und Varianzanalyse ergab, dass der beste Prädiktor für die Vorhersage der Werte (PFB-K, BSI, BDI) zu t3, die Baseline (die Werte zu t1) ist. Die Varianzanalyse zeigt, dass die Gruppenzugehörigkeit die Werte zu t3 nicht vorhersagen, damit ergibt sich ein Effekt der Zeit.

Diese Ergebnisse stimmen mit der Untersuchung von Schünemann, Lindenmeyer und Heinrichs (2018) überein, aber es bestehen auch Unterschiede zwischen den Untersuchungen. Ein wichtiger Unterschied betrifft die inhaltliche Ausrichtung, die sich beim Angehörigenseminar im Unterschied zum Ansatz von Schünemann et al nicht auf die BCT, sondern auf einen bewältigungsorientierten Ansatz (dyadisches Coping, Substanzstörung als „we-disease“) bezieht (Bodenmann, 2012; 2016).

Während für die Studie von Schünemann et al. Rehabilitanden_innen mit einer Alkoholabhängigkeit ausgewählt wurden, umfasst die vorliegende Untersuchung ein breites Spektrum von Substanzkonsumstörungen (s.o. 3.1).

Des Weiteren besteht ein Unterschied in der Intensität der Intervention. Während Schünemann et al. eine zusätzliche Intervention über 18 Gruppensitzungen von 90 Minuten als zusätzlich zur Standardbehandlung (TAU) ansetzten, bestand die zusätzliche Intervention bei der vorliegenden Untersuchung aus 6 Einheiten von ca. 90 Minuten in einem Kompaktseminar. Gemeinsam ist beiden Studien, dass sie im Rahmen eines stationären Behandlungssettings durchgeführt wurden.

Schünemann et al. diskutieren die Möglichkeit, dass eine relativ kurze paarbezogene Intervention vor dem Hintergrund der sehr intensiven und lange dauernden Standardbehandlung (TAU) keinen zusätzlichen Effekt erzielen kann, weil die

Standardbehandlung auch ohne Angehörigenseminar schon eine Verbesserung für die Rehabilitanden_innen erreicht. Diese Möglichkeit besteht auch bei der vorliegenden Untersuchung.

Es könnte aber auch sein, dass der zusätzliche Effekt des Angehörigenseminars deshalb nicht messbar ist, weil er seine Wirkung noch nicht entfalten konnte, da die Paare während der stationären Behandlung keine Gelegenheit hatten, das neu Gelernte zu erproben. Das würde bedeuten, dass sich Effekte bei der Partnerschaftszufriedenheit möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt zeigen. Für diese Hypothese spricht, dass in einer noch unveröffentlichten Katamneseuntersuchung der Angehörigenseminare aus den Jahrgängen 2014 bis 2016 gezeigt werden konnte, dass ein solcher Langzeiteffekt bezogen auf die Abstinenzquote nachgewiesen werden konnte (Kriescher, Dittmer, & Domma-Reichart, 2019). Dieser Langzeiteffekt könnte bezogen auf die Partnerschaftszufriedenheit ebenfalls eine Rolle spielen.

Entgegen der Erwartung entsprechen die Mittelwerte der Partnerschaftszufriedenheit der Gesamtstichprobe bereits zu Beginn der Behandlung den Normwerten einer zufriedenstellenden Partnerschaftsqualität mit einem Rohwert ≥ 19 UG (Hahlweg, 2016, S. 68). Beide Gruppen empfinden ihre Partnerschaftsqualität als zufriedenstellend was der theoretischen Erwartung widerspricht, denn Substanzkonsumstörungen haben eine negative Auswirkung auf die Partnerschaftsqualität. (Bodenmann, 2016, S. 63) und auch im Widerspruch zur klinischen Erfahrung steht. Sowohl die Rehabilitanden_innen als auch ihre Partner_innen zeigen im Angehörigenseminar ein konträres Bild (s. u. 6.1.4 die Transkripte von zwei exemplarische Flip-Chart Protokolle aus dem Angehörigenseminar, Einheit 2²).

Eine mögliche Erklärung hierfür könnten in den von der Theorie beschrieben Wahrnehmungs- und Erinnerungsverzerrungen und Überbewertungen bezüglich der Partnerschaft liegen (Gottman, 1994; Yalachkov, Kaiser, Roeper, & Naumer, 2012). Unter dem Aspekt des Selbstwertschutzes ergäbe dieser Gedanke durch aus Sinn. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Rehabilitanden_innen die Aufnahme in die Klinik als selbstwertbedrohend oder selbstwertschädigend erleben. Schneewind und Wunderer weisen darauf hin, dass die „subjektiv empfundene Beziehungsqualität ... zu einer verzerrten Erinnerung beziehungsrelevanter Information – und zwar in eine Richtung, die das aktuelle Beziehungsempfinden verstärkt“ führt (2003, S. 244). Eine bewusste und realistische Einschätzung der Partnerschaftsqualität würde die Selbstwertminderung zusätzlich verstärken, während eine positiv wahrgenommene Partnerschaft eine selbstwertschützende

² In Einheit 2 wird zu der Frage gearbeitet: „Wie hat die Konsumzeit ihre Beziehung verändert.“

Wirkung hätte. Es könnte demnach sein, dass zu Beginn der Behandlung eine selbstwertdienliche Wahrnehmung der Partnerschaft die die Ergebnisse des PFB-K beeinflusst oder sogar verfälscht. Hier besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf.

Die Auswertung des Terman Item (s. Abbildung 17) zeigt den Verlauf der globalen Glückseinschätzung bezogen auf die Partnerschaft der Probanden_innen. Während bis zum Angehörigenseminar der Wert steigt, sinkt er nach dem Angehörigenseminar unter den Anfangswert bleibt jedoch auf einem zufriedenstellenden Niveau. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Angehörigenseminar einen Effekt im Hinblick auf eine realistischere Einschätzung der Partnerschaftsqualität hat. Diese Annahme war jedoch nicht Gegenstand der Untersuchung und sollte weiter erforscht werden, etwa durch eine Messung des Gesamtwertes der Partnerschaftsqualität zu t_2 .

1.15 Limitationen

- (1) Eine wichtige Einschränkung stellt Stichprobengröße von $n = 19$ der Untersuchungsgruppe dar, was dazu geführt haben könnte das vorhandene Effekte nicht gemessen wurden.
- (2) Das Untersuchungskriterium war die Partnerschaftsqualität. Es könnte sein, dass mit dem Angehörigenseminar möglicherweise andere Effekte erzielt werden als die untersuchten. Die hohen Zustimmungswerte der Teilnehmer_innen können ein Hinweis darauf sein.
- (3) Die Therapieergebnisse (Outcome) wurden nur zum Behandlungsende gemessen. Es könnte sein, dass das Angehörigenseminar einen längerfristigen Effekt bei der Partnerschaftsqualität bewirkt.
- (4) Die fehlende Randomisierung könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Es könnte sein, dass Rehabilitanden_innen, die besonders vom Angehörigenseminar profitiert hätten, nicht teilgenommen haben. Hier ist insbesondere an Probanden mit deinem Gesamtwert des PFB-K < 19 zu denken.
- (5) Die Partner_innen wurden, aus forschungsethischen (Datenschutz) und organisatorischen Gründen nicht in die Untersuchung einbezogen.

1.16 Ausblick

Es erscheint sinnvoll, weiterführende Untersuchungen anzustellen. Es wäre einerseits an die Katamnese der Partnerschaftsqualität zu denken. Dazu müsste der PFB-K (Hahlweg, 2016) in die Katamnese der salus klinik einbezogen werden. Auch konzeptionell spricht einiges dafür die mit dem Angehörigenseminar begonnene Arbeit über den Behandlungszeitraum hinaus fortzusetzen dies könnte ambulant durchgeführt werden. Hier liegt möglicherweise eine Aufgabe von Sucht- und Paarberatungsstellen.

Besonders die Frage wie es zu der Diskrepanz zwischen durch die Fragebögen ermittelten und der von den Rehabilitanden_innen berichteten Partnerschaftsqualität kommt, sollte weiter erforscht werden, besonders im Hinblick auf die vermutete Selbstwertproblematik. Ebenso verdient die Untersuchung von Effekten des Angehörigenseminars in Bezug auf die Partner_innen vermehrte Aufmerksamkeit.

1.17 Fazit

Auf der Grundlage der Theorie der Relationalität im Integrativen Ansatz (Petzold) und vor den Hintergrund eines bewältigungsorientierten Ansatzes (Bodenmann, 2012; Bodenmann, 2016) wurde das Konzept für ein Angehörigenseminar vorgestellt und begründet.

Ziel der Masterthesis war die Untersuchung der Effekte des Angehörigenseminare als zusätzliche Intervention während der stationären Entwöhnungsbehandlung substanzabhängiger Rehabilitanden_innen. Dies wurde mit einer Gelegenheitsstichprobe im Versorgungsalltag überprüft. Dazu wurden Rehabilitanden_innen, die am Angehörigenseminars teilnahmen, und Rehabilitanden_innen, die nicht teilgenommen haben, hinsichtlich ihrer Partnerschaftszufriedenheit ihrer psychischen Belastung und hinsichtlich ihrer Depressionswerte verglichen und Evaluationsdaten ausgewertet.

Rehabilitanden_innen in einer Partnerschaft, nehmen Ihre Beziehung im Durchschnitt als zufriedenstellend wahr.

Angehörigenseminare erzielten hohe Zustimmungswerte bei Rehabilitanden_innen und ihren Partner_innen. Sie entsprechen den Erwartungen der Teilnehmer wie sie in der Literatur beschrieben sind (Wilms et al. 2003 zitiert nach Hahlweg & Baucom, 2008, S. 64) Es deutet sich an, dass Angehörigenseminare zu einer realistischeren Einschätzung der Partnerschaftsqualität beitragen. Ein zusätzlicher Benefit durch das Angehörigenseminar hinsichtlich der Partnerschaftsqualität konnte nicht gemessen werden.

Literaturverzeichnis

- Altmansberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit: Ein Trainingsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beigelböck, W., Mayr, M., & Waigmann-Pölzl, S. (2013). Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. *Suchttherapie, 14*, 16-21. doi:10.1055/s-0032-1331202
- Berndt, J., Bischof, A., Besser, B., Rumpf, H. J., & Bischof, G. (2017). *Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker ein multi-modaler Ansatz (BEPAS)*. Abschlussbericht, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Lübeck. Von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf abgerufen
- Bischof, A., Krüger, J., Brandt, D., Trachte, A., Rumpf, H., & Bischof, G. (2019). Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für Partner*innen von Suchtkranken: Ergebnisse der EVIFA-Studie. *Suchttherapie, 20*, S50. Von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1696236> abgerufen
- Bischof, G., Meyer, C., Batra, A., Berndt, J., Besser, B., & Bischof, A. (2018). Angehörige Suchtkranker: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. *SUCHT, 64*, 63–72. doi:<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000530>
- Bodenmann, G. (2000a). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2000b). *Kompetenzen für die Partnerschaft*. Weinheim: Juventa.
- Bodenmann, G. (2003). Die Bedeutung von Stress für die Partnerschaft. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 481-504). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-55590-9
- Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren – ein bewältigungsorientierter Ansatz*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2016). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie* (2. Ausg.). Bern: Hogrefe Verlag,.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm*. (J. Lindenmeyer, G. Mundle, Hrsg., & A. Hildebrandt, Übers.) Weinheim: Belz.

- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2020). <https://www.dimdi.de>. Abgerufen am 4. Juni 2020 von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11>.
- Carr, D., & Springer, K. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72, 743-761.
- Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 15-20. doi:10.1080/02791072.1986.10524475
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020). *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst.
- Egger, J. W. (2009). Das Phänomen der Emergenz im Verständnis von Gesundheit Und Krankheit. *Psychologische Medizin*, 20, 10-16. doi:10.1007/978-3-658-06803-5_4
- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5>
- Engl, J., & Thurmaier, F. (2017). Vertrauen aufbauen – Verständnis ermöglichen – Verzeihen einleiten. In F. von Tiedemann (Hrsg.), *Versöhnungsprozesse in der Paarthherapie* (S. 41-61). Paderborn: Junfermann.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. G., Birchler, G. R., Códova, J., & Kelly, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 231-249. doi:10.1891/088983905780907504
- Fehm, L., & Fehm-Wolfsdorf, G. (2018). Therapeutische Hausaufgaben. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (4. Ausg., Bd. 1, S. 607-616). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-54911-7_43
- Fengler, J. (1994). *Süchtige und Tüchtige*. München: Pfeiffer.
- Franke, H. (2000). *BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis - Deutsches Manual*. Göttingen: Beltz.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. HildaleNJ: Lawrence Erlbaum.
- Grau, I., & Bierhoff, H. (2003). Einführung. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 1-10). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-55590-9

- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit* (5. vollständig überarbeitete Auflage 2012 Ausg.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hahlweg, K. (2016). *FPD Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik* (2. Ausg.). Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., & Baucom, D. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., & Bodenmann, G. (2003). Universelle und indizierte Prävention von Beziehungsstörungen. In I. B. Grau (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 192 - 217). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hass, W., & Petzold, H. G. (1999/2011). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Hilarion G. Petzold, Hrsg.) *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*(22). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_hass-petzold-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke-psychotherapie-polyloge-22-2011.pdf abgerufen
- Hauzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *BDI II Beck Depressions-Inventar Revision* (2. Auflage Ausg.). Frankfurt a. Main: Pearson.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Jackson, J. K. (1954). The adjustment of the Family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 562-586.
- Jonas, K., Stoebe, W., & Hewstone, M. (2014). *Sozialpsychologie* (6.Aufl. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. doi:10.1007/978-3-642-41091-8
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., . . . Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie* (4. Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Keller, H. (2019). *Mythos Bindungstheorie Konzept Methode Bilanz*. Weimar: verlag das netz.
- Klein, M., & Bischof, G. (2013). Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *SUCHT*, 59, 65–68. Abgerufen am 21. April 2018 von <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0939-5911.a000233>
- Körkel, J., & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.
- Kriescher, C., Dittmer, K., & Domma-Reichart, J. (2019). Effekte der Angehörigenseminare in der Salus Klinik Hürth auf den Therapieerfolg unter Einbeziehung von Katamnese-Daten. *Suchttherapie*, 20, S50. Von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1696236> abgerufen
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lemmert, E. M. (1960). The occurrence and the sequence of events in the adjustment of families to alcoholism. *Quarterly Journal of studies on Alcohol*, 21, 679-697. doi:<https://doi.org/10.15288/qjsa.1960.21.510>
- Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (4. Ausg., Bd. 1, S. 617-640). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-54911-7_43
- Lösel, F., & Bender, D. (2003). Theorien und Modelle der Paarbeziehung. In I. Grau, H. Bierhoff, I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 221 - 255). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Lukesch, B. P. (2011). Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kreatives Geschehen. *SUPERVISION Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift*(5). Von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html> abgerufen
- Lurija, A. R. (2007). Zur Stellung der Psychologie unter den Sozial- und den Biowissenschaften. *INTEGRATIVE THERAPIE - ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION*, S. 389-397. Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2007-4-alexander-romanowitsch-lurija-neuropsychologie-biopsychosoziale-therapie-integrative-ansatze.pdf abgerufen
- Marlatt, G., & Gordon, D. (1985). *Relapse and relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Ochs, M. (2006). Soziale Netzwerkarbeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Männer und in der Angehörigenarbeit. In H. Petzold, P.

- Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 451 - 475). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Osten, P. (2004). Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 221 - 294). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ostermann, D. (2010). *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Model als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In H. Pauls, P. Stockmann, & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36-53). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, H. (2013b). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. (G. H. S. Gahleitner, Hrsg.) *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1, 15-31. Von <http://www.resonanzen-journal.org>. abgerufen
- Petzold, H. G. (1994r). Einführung Entwicklungsorientierte Psychotherapie - ein neues Paradigma. *Textarchiv H. G. Petzold et al.* Hückeswagen. Von fpi-publikation.de: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1994r-einfuehrung-entwicklungsorientierte-psychotherapie-ein-neues-paradigma.pdf abgerufen
- Petzold, H. G. (1995g). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2002). Der „informierte Leib“ – „embodied andembedded“ als Grundlage der IntegrativenLeibtherapie. *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie fürpsychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_Petzold-InformierterLeib-Polyloge-07-2002.pdf abgerufen
- Petzold, H. G. (2004). Drogenabhängigkeit als Krankheit. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 513 - 532). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie – Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Textarchiv H. G. Petzold et al.*(20/2009), 20-33. Hückeswagen. Von Petzold H.G.(2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie – Der „Informierte Leib“,

- das „psychophysische Problem“ und die Praxis: <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph/> abgerufen
- Petzold, H. G. (2016). Evolutionspsychologie und Menschenbilder Neue Perspektiven für die Psychotherapie und eine Ökopsychosomatik. (U. P. Petzold, Hrsg.) *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"*(Ausgabe 11/2016). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2006j-2016-evolutionspsychologie-menschenbilder-neue-perspektiven-_oekopsychosomatik-poly1-11-2016.pdf abgerufen
- Petzold, H. G. (2016g). Bemerkungen zu kritischen Diskursen in der paartherapeutischen Theorieentwicklung. *Beratung Aktuell - Zeitschrift für Theorie und Praxis*, 1, 54-671. Von www.active-books.de abgerufen
- Petzold, H. G., & Mathias-Wiedemann, U. (2020). Arbeiten zu den „Neuen Naturtherapien“ aus der EAG: Rahmenkonzepte, Grundgedanken, Terminologie. (H. G. Petzold, Hrsg.) *GRÜNE TEXTE Die NEUEN NATURTHERAPIEN - Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, Tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik*, 4, Von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-wiedemann-arbeiten-zu-den-neuen-naturtherapien-der-EAG-gruene-texte-04-2020.pdf> abgerufen
- Petzold, H. G., & Müller, M. (2007). Modalitäten der Relationalität - Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung - in einer "klinischen Sozialpsychologie" für die Integrative Supervision und Therapie. In H. Petzold, *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung* (2. Ausg., S. 367 - 431). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rennert, M. (2012). *Co-Abhängigkeit Was Sucht für die Familie bedeutet* (3. aktualisierte Auflage Ausg.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Ruckstuhl, A. L. (2014). *Angehörige von drogenabhängigen Menschen – Suchterkrankungen aus einer anderen Perspektive*. Zürich: Dissertation. Von http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/andere_tagungen/diss_Angehoerige_Suchterkrankungen.pdf abgerufen
- Rumpf, H.-J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5 : Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. *Sucht*, 57, 45-48. doi:10.1024/0939-5911.a000072

- Rusbult, C., Drigotas, S., & Verette, J. (1994). The Investment Model. An Interdependence Analysis of Commitment Processes and Relationship Maintenance Phenomena. In D. Canary, & L. Stafford (Hrsg.), *Communication and relational maintenance* (S. 141-164). San Diego: CA: Academic Press.
- Sanders, R., & Kröger, C. (2013). Die Partnerschule als schematherapeutisch orientierter und emotionsfokussierender Beratungsansatz für Paare. *Beratung Aktuell, 14*, 20-44.
- Schär, M. (2016). *Paarberatung und Paartherapie. Partnerschaft zwischen Problemen und Ressourcen*. Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-47482-2
- Schild, B. W. (2012). *Partnerschaft und Alkohol*. (B. Schild, Hrsg.) Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (2019). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-11729-9
- Schneewind, K., & Wunderer, E. (2003). Prozessmodelle der Partnerschaftsentwicklung. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 222-255). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schünemann, O., Lindenmeyer, J., & Heinrichs, N. (2018). Effekte einer suchtspezifischen Partnerschaftsintervention. *Verhaltenstherapie, 28*, 212-221. doi:10.1159/000487770
- Seagal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press. (Dt.: Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt, 2008).
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review, 84*, 127-190. Von <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.127> abgerufen
- Sieper, J., & Petzold, H. (2002). „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie - Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, 10*, 1-44.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2013). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. (G. Bischof, & J. Freyer-Adam, Übers.) Köln: Psychatrie Verlag.
- Spoehr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A., & Liddle, H. A. (2011). *Multidimensionale Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Stroebe, W., Jonas, K., & Hewstone, M. (2003). *Sozialpsychologie Eine Einführung* (4. Auflage Ausg.). (M. Reiss, Übers.) Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Thurmair, F., Engl, J., Eckert, V., & Halweg, K. (1992). Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL (Ehevorbereitung - ein partnerschaftliches Lernprogramm). *Verhaltenstherapie*, 2, S. 116-124.
- Vollmer, H., & Domma, J. (2005). Verhaltenstherapie. In K. U. Thomasius R (Hrsg.), *Familie und Sucht Grundlagen - Therapiepraxis -Prävention* (S. 135-145). Stuttgart: Schattauer.
- Vuchinich, R. (1999). Behavioral economics as a framework for organizing the expanded range of substance abuse interventions. In J. A. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Hrsg.), *Changing addictive behavior – bridging clinical and public health strategies*. (S. 191-220). New York: Guilford Press.
- Vygotskij, L. S. (1992/1932). *Geschichte der höheren psychischen Funktionen [1932]*. Reihe: *Fortschritte der Psychologie*. (Bd. 5.). Hamburg: Lit Verlag.
- Walster, E., Walster, G., & Berscheid, E. (1978). *Equity. Theory and research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701-706.
- WHO. (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. (WHO, Hrsg.) Abgerufen am 13. April 2020 von https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf?ua=1
- WHO. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5. Ausg.). (H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt, & E. Schulte-Markwort, Hrsg.) Bern: Hogrefe.
- Wiesbeck, G. (18. November 2011). Der neue Suchtbegriff nach DSM-5 Bedeutung für die Praxis. *Präsentation zum Vortrag*. Zürich. Abgerufen am 22. Mai 2020 von https://atf-schweiz.ch/file/download/26/Wiesbeck_DSM-5.pdf
- Witte, E. H. (2001). Bindung und romantische Liebe: sozialpsychologische Aspekte der Bindungstheorie. In G. J. Suess, H. Scheuer-Englisch, & W.-K. P. Pfeifer, *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie* (S. 181 - 190). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Yalachkov, Y., Kaiser, J., Roeper, J., & Naumer, M. (2012). Neurobiologische und kognitive Grundlagen der Sucht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000118>.

Anhang

1.18 Beschreibung von Techniken

Im Folgenden finden sich einige Materialien, die im Angehörigenseminar zur Anwendung kommen. Sie dienen der Erläuterung des oben beschriebenen Konzepts (s. o. 1.5)

1.18.1 Die Kugellagertechnik

Die Technik des Kugellagers hilft, in Seminaren erste Kontakte zu knüpfen, die Atmosphäre zu lockern und Themen zu diskutieren. Zu Beginn der Angehörigenseminare ist die Atmosphäre oft angespannt. Die Teilnehmer_innen kennen sich (noch) nicht, was für sie Unsicherheit und Stress bedeuten kann. Das Kugellager ist eine Technik, um das Eis zu brechen und zur Kommunikation anzuregen. Diese Technik unterstützt insofern das Affiliationsbedürfnis der Teilnehmer_innen.

Die Teilnehmer_innen teilen sich in zwei gleich große Gruppen auf. Eine Gruppe bildet den Innenkreis, die andere den Außenkreis. Die Kreise sind einander zugewandt, sodass jede Person ein Gegenüber hat. Der_die Moderator_in stellt nun eine Frage, über die sich die TeilnehmerInnen austauschen. Nach ca. zwei bis drei Minuten gibt der_die Moderator_in ein Signal (z. B. in die Hände klatschen, Gong, Klangschale etc.), anschließend bewegt sich der Außenkreis im Uhrzeigersinn weiter. Jede_r Teilnehmer_in erhält so ein neues Gegenüber. Die Gruppen bekommen eine neue Frage. Abhängig von Gruppengröße und Fragestellung lösen sich die Gruppen nach einigen Rotationen auf.

Die Fragen betreffen den Lebensmittelpunkt der Teilnehmer_innen, das familiäre Umfeld und den Substanzgebrauch. Beispiele sind: (a) Wo kommen sie her und was gefällt Ihnen dort besonders gut? (b) Für wen tragen Sie Verantwortung? (c) Mit welchen Substanzen habe Sie schon Kontakt gehabt.

1.18.2 Die Hausaufgaben

Fragestellung für Patienten:

- **Welche Form von Unterstützung wünsche ich mir?**

- **Was erwarte ich von meinem Angehörigen / PartnerIn und was bin ich bereit dafür zu tun?**

- **Was ist nicht hilfreich?**

Fragestellung für Angehörige:

- **Wie möchte ich meinen Angehörigen/PartnerIn unterstützen?**

- **Was erwarte ich von ihm / ihr?**

- **Welche Grenzen hat meine Unterstützung?**

1.18.3 Evaluationsbogen

Seminar-Evaluation**Partner- und Angehörigenseminar in der salus klinik**

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
Sie haben an unserem Partner- und Angehörigenseminar teilgenommen. Für die Weiterentwicklung des Seminars ist es sehr wichtig, dass Sie diesen Bogen für uns ausfüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ich bin Patient

Ich bin Patientin

Für Angehörige:

Ich bin Partner

Ich bin Partnerin

Ich bin Vater

Ich bin Mutter

Ich bin Sohn

Ich bin Tochter

Falls Keine Kategorie zutrifft: Ich bin _____

1. Was waren die Gründe, weshalb Sie an dem Partner- und Angehörigenseminar teilgenommen haben?

- Das Thema Suchterkrankung interessiert mich sehr.
- Mein Partner/Angehöriger hat mich darum gebeten.
- Mir war unklar was bei einem Rückfall passieren sollte.
- Ich wollte wissen wie ich helfen kann.
- Ich wusste nicht wie es weiter gehen kann.

Sonstiges: _____

2. Was waren Ihre konkreten Ziele?

- Ich möchte mehr Information und Aufklärung über Suchterkrankungen bekommen.
- Ich möchte meinen Partner/ Angehörigen bzw. meine Partnerin/ meine Angehörige besser verstehen.
- Ich möchte die Beziehung retten / verbessern.
- Ich suche/brauche Entlastung.
- Ich suche Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen.
- Ich weiß nicht.
- Andere Ziele: _____

Bitte bewerten Sie das Seminar unter folgenden Gesichtspunkten:

3. Wie gut haben Sie Ihre Ziele erreichen können?

schlecht

sehr gut

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Was werden Sie nach dem Seminar in Zukunft anders machen?

5. Seminarbewertung

Seminarinhalt:

schlecht

sehr gut

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Lernmethode:

schlecht

sehr gut

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Vorgehen der Seminarleitung:

schlecht

sehr gut

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Umgebung/ Atmosphäre:

schlecht

sehr gut

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge, Sonstiges?

7. Nur für Paare: Wie glücklich würden Sie ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

sehr unglücklich

unglücklich

eher unglücklich

eher glücklich

glücklich

sehr glücklich

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8. Zum Schluss noch eine letzte Frage: Würde Sie dieses Seminar weiterempfehlen?

 Ja

 Nein

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

1.18.4 Transskripte

Die Folgenden Aussagen sind Transskripte von Ergebnis-Charts aus Einheit 2 der Angehörigenseminare.

Transskript 1

Aussagen von Angehörigen:

- Ich fühlte mich hilf- und Machtlos
- Ich fühlte mich einsam
- Wechselbad der Gefühle
- Ich war der „Spielverderber/ Aufpasser
- Für mich selbst gab es keinen Raum mehr, mein ganzes Leben war auf den Konsumenten ausgerichtet
- Doppelte Verantwortung
- Viele Konflikte
- Verlust des Vertrauens

Transskript 2

Aussagen von Rehabilitanden_innen:

- Ich war egoistisch
- Ich habe Lügengeschichten erfunden
- Ich fühlte mich schuldig
- Ich hatte Schamgefühle
- Die Kommunikation war gehemmt
- Rückzug und Isolation
- Aggression
- Die Sorge der Angehörigen wird relativiert
- Gemeinsame Interessen werden vernachlässigt

1.19 Abbildungen

Abbildung 1 Hierarchie der Systeme nach Engel (Pauls, 2013, S. 40; Egger, 2015, S. 57) _	7
Abbildung 2 Die multiplen Interaktionsmöglichkeiten von Partnerschaft aus bio-psycho-sozial-ökologischer Perspektive. _____	9
Abbildung 3 Gesundheit und Krankheit als Pole des Befindlichkeits-Kontinuums. _____	10
Abbildung 4 Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Erkrankungen im Konzept der Integrativen Therapie nach Petzold und Steffan. Aus (Ostermann, 2010, S. 109) _____	12
Abbildung 5 Balancetheorie (nach Gottman, 1994) aus Hahlweg und Baucom (2008, S. 20) _____	29
Abbildung 6 Differentielle Beteiligung der neurobiologischen/-kognitiven Systeme zu den unterschiedlichen Zeitphasen der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Sucht (Yalachkov, Kaiser, Roeper, & Naumer, 2012) _____	40
Abbildung 7 Rückfallmodell nach Bowen, Chawla & Marlatt, (2012, S. 117) _____	47
Abbildung 8 Forschungsdesign _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildung 9 Geschlechtsverteilung in Prozent. Angehörigenseminar vs. Vergleichsgruppe	73
Abbildung 10 Verteilung der ICD 10 Diagnosen in Prozent _____	74
Abbildung 11 Verteilung der Bildungsabschlüsse in Prozent _____	75
Abbildung 12 Erwerbstätigkeit in Prozent. Untersuchungsgruppe vs. Vergleichsgruppe __	75
Abbildung 13 Erwerbsstatus in Prozent AU=Arbeitsunfähig _____	76
Abbildung 14 Anzahl der Kinder in Prozentanteilen _____	77
Abbildung 15 mittlere Gesamtwerte des PFB-K zu den Messzeitpunkten t_1 und t_3 _____	78
Abbildung 16 Mittelwerte des Terman Item im Verlauf zu den Messzeitpunkten t_1 , t_2 und t_3 _ (UG = Untersuchungsgruppe, VG = Vergleichsgruppe) _____	79
Abbildung 17 GDI t_1 zu t_3 (AS = Untersuchungsgruppe, kein AS = Vergleichsgruppe) ____	81
Abbildung 18 Seminarbewertung _____	83
Abbildung 19 Würden Sie einem Freund/ einer Freundin dieses Seminar empfehlen? ____	84

1.20 Tabellen

Tabelle 1 Der dimensionale Gesundheits- und Krankheitsbegriff nach Egger (2015, S. 62f) ergänzt durch die Perspektive Partnerschaft	11
Tabelle 2 Störungsmodelle und ihre Implikationen aus Bodenmann (2016, S. 52).....	32
Tabelle 3 Belastungen von Angehörigen	37
Tabelle 4 Synopse der Suchtkriterien in DSM IV und DSM 5 (Wiesbeck, 2011).....	38
Tabelle 5 Zuordnung der Diagnosekriterien zu den Aspekten des bio-psycho-sozialen Modells	39
Tabelle 6 Gegenüberstellung Klassische Rückfalltheorie und Sozial-Kognitive Rückfalltheorie (Körkel & Schindler, 2003).....	44
Tabelle 7 Phasenmodell und dysfunktionales Coping.....	53
Tabelle 8 Verlaufsplan Angehörigenseminar erster Tag.....	57
Tabelle 9 Verlaufsplan Angehörigenseminar zweiter Tag.....	58
Tabelle 10: Die neun Skalen und die drei Globalen Kennwerte des BSI (Franke, 2000, S. 7)	67
Tabelle 11 Summenwerte des BDI II und ihre Interpretation	69
Tabelle 12 Beschreibung der Items des Evaluationsbogens	70
Tabelle 13 Altersverteilung in Jahren. (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	72
Tabelle 14 Behandlungsdauer in Tagen. (SD = Standardabweichung)	72
Tabelle 15 Entlassmodus nach Gruppen in Prozent.....	73
Tabelle 16 Bildungsabschlüsse	74
Tabelle 17 Altersverteilung. (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, AS= Angehörigenseminar, KG = Kontrollgruppe, range = Spannweite).....	75
Tabelle 18 Prozentanteil in den Gruppen nach Merkmal mit Kind und ohne Kind.....	76
Tabelle 19 Anzahl der Kinder nach Gruppen.....	76
Tabelle 20 Skalenmittelwerte des PFB-K zu t ₁ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	77
Tabelle 21 Skalenmittelwerte des PFB-K zu t ₃ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	77
Tabelle 22 Skalenmittelwerte des Terman Item zu t ₁ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung).....	78
Tabelle 23 Skalenmittelwerte des Terman Item zu t ₃ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung).....	79

Tabelle 24 Skalenmittelwerte des GSI zu t ₁ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung) ..	80
Tabelle 25 Skalenmittelwerte des GSI zu t ₃ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung) ..	80
Tabelle 26 Skalenmittelwerte des BDI II zu t ₁ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	81
Tabelle 27 Skalenmittelwerte des BDI II zu t ₃ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	81
Tabelle 28 Mittelwerte der Seminarbewertung (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	82
Tabelle 29 Terman Item zu t ₂ (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung)	84