

Rolle der Partnerschaft bei Rückfällen

Autor(en): **Bischof, Gallus**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 1

PDF erstellt am: **14.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800324>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Rolle der Partnerschaft bei Rückfällen

Neben personalen Faktoren und Merkmalen des Suchtmittels beeinflussen Umweltfaktoren – insbesondere das soziale Umfeld – Suchtentstehung und -verläufe. Umgekehrt haben Suchterkrankungen auch gravierende Auswirkungen auf Angehörige. Trotz dieser dokumentierten Wechselwirkungen ist die Forschungslage unzureichend. Der Beitrag gibt einen Überblick zu den Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld und zum Stand der Forschung zu Einflussfaktoren des sozialen Nahfeldes auf Rückfälle. Entsprechend der Forschungslage stehen insbesondere PartnerInnen im Fokus des Beitrags. Implikationen für Forschung und Versorgung werden diskutiert.

Gallus Bischof¹

Dr. Dipl. Psych., Forschungsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie, Prävention), Universität zu Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie, D-23538 Lübeck, gallus.bischof@uk-sh.de

Schlagwörter: Rückfall | Angehörige | Soziales Umfeld | Suchtforschung |

Sucht und das soziale Umfeld

Die Zahl der Menschen, die als Angehörige von Suchterkrankungen (mit) betroffen sind, ist deutlich höher als diejenige der Suchtkranken selber. In den USA gaben in Bevölkerungsstudien 25-38% der Befragten an, Blutsverwandte mit Alkoholproblemen zu haben, 30% geben an, dass Alkohol bedeutsame Probleme in der Familie verursacht hat und 20% berichten dies über andere Drogen.² In dem National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions NESARC berichten 2% aller verheirateten oder mit Partner zusammenlebenden Frauen in den USA, mit einem aktuell alkoholabhängigen Partner zusammenzuleben. Hochgerechnet auf die Gesamtprävalenz leben demnach 75% der alkoholabhängigen Männer mit einer Partnerin zusammen; insgesamt 13.2% aller Frauen geben an, mit einem Partner mit alkoholbezogenen Störungen liiert oder verheiratet gewesen zu sein. In einer australischen Bevölkerungsstudie berichten 15% über Alkoholprobleme eines Angehörigen, die zu Beeinträchtigungen geführt haben.³ Dass die Beeinträchtigungen dabei sowohl klinisch bedeutsam als auch unmittelbar suchtassoziiert sind, ergibt sich aus Studien bei Angehörigen behandelter Suchtkranker: Bei PartnerInnen fanden sich gegenüber einer vergleichbaren Kontrollgruppe von Menschen ohne suchtmittelabhängige PartnerInnen eine deutlich erhöhte Morbidität und verdoppelte jährliche Gesundheitskosten, welche sich jedoch nach erfolgter Behandlung des/der Suchtkranken der Vergleichsgruppe annäherte.⁴ Die Zahlen machen deutlich, dass Auswirkungen von Suchtproblemen weitverbreitet und von ausgewiesener Relevanz aus einer Public-Health Perspektive sind.

Konzepte der Angehörigenforschung

Der Blick auf Angehörige in der Suchtforschung und -versorgung wurde zumeist durch Vorannahmen geprägt, die historischen Veränderungen unterliegen. Initial wurden seit den frühen 1950er Jahren Angehörige – wie auch bei anderen psychi-

schen Störungen – massgeblich aus einer pathologisierenden Perspektive betrachtet, nach der z.B. Partnerinnen Suchtkranke aufgrund eigener, z.T. unbewusster Bedürfnisse eine Überwindung der Abhängigkeitserkrankung sabotieren.⁵ Wie auch das gleichermaßen zu Pathologisierung neigende populärwissenschaftliche Konzept der Co-Abhängigkeit⁶ postulieren entsprechende Modelle, dass zu einem Verständnis der Situation Angehöriger bestimmte prämorbid Persönlichkeitsmerkmale herangezogen werden müssen.

Auf der Grundlage qualitativer Studien und vergleichender Studien wurden demgegenüber Modelle entwickelt, welche die Situation Angehöriger als Stressfolgeerkrankung betrachten. Hier ist insbesondere das Stress-Strain-Coping-Support-Modell von Orford und Kollegen zu nennen,⁷ nach dem die Belastungen der Angehörigen von den unmittelbaren Stressoren, aber auch von vorhandener sozialer Unterstützung und den konkreten Bewältigungsmechanismen abhängen. Vergleichende Studien, die ebenfalls als Beleg für das Konzept der Stressfolgeerkrankung herangezogen werden können, belegen zudem, dass ähnliche Belastungsfaktoren bei Angehörigen von Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen vorliegen.

Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Beziehungen

Verschiedene Studien belegen die ungünstigen Auswirkungen von substanzbezogenen Problemen auf Beziehungen, insbesondere auf Partnerschaften. Suchtkranke sind seltener verheiratet und weisen höhere Scheidungsraten auf.⁸ Die Kommunikation in Familien mit Suchtproblemen sind gekennzeichnet durch ungünstige Muster wie z. B. rigide Grenzen nach aussen bis hin zu Rückzug aus sozialen Interaktionen bei unklaren Grenzen nach innen (z. B. der Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse zu artikulieren), Fokussierung auf das Thema Suchterkrankung, geringere Familienkohäsion, höhere Konfliktlevels, aggressivere Interaktionsmuster und häufiges Äussern negativer Affekte bei seltenerem Äussern positiver Affekte.⁹ Auch hier zeigt ein Vergleich zwischen abstinenten Phasen und Konsumphasen deutliche Unterschiede: Aus Sicht sowohl der Partnerinnen als auch der suchtkranken Männer sind Beziehungsqualität und Kommunikationsmuster in Abstinenzphasen deutlich positiver,¹⁰ so dass erneut ein deutlicher Zusammenhang mit alkoholassoziierten Stressoren naheliegt.

Rückfälle

Bereits 1980 kamen Marlatt & Gordon¹¹ zum Befund, dass bei 76% der Rückfälle neben intrapsychischen Faktoren auch interpersonelle Faktoren und sozialer Druck ausschlaggebend waren. Trotz dieses deutlichen Zusammenhangs zwischen Rückfallgeschehen und sozialen Faktoren fokussierte die Rückfallforschung schwerpunktmässig auf personale Faktoren, so dass der Forschungsstand zu Einflüssen des sozialen Umfeldes auf Verläufe von Suchterkrankungen als unbefriedigend gelten muss.

In der Rückfallforschung kann unterschieden werden zwischen Studien zu den Attributionsmustern von Suchtkranken und deren sozialem Umfeld hinsichtlich auslösender Bedingungen für Rückfälle, Untersuchungen zu den Merkmalen, die den Verlauf von Suchterkrankungen beeinflussen sowie Studien zum Einfluss von Rückfällen auf die Lebenswelten von Angehörigen. Hinsichtlich der Attributionsmuster zeigt sich, dass Angehörige und Suchtkranke ähnliche Situationen als rückfallrelevant einstufen,¹² erfolgte Rückfälle aber unterschiedlich begründen: PartnerInnen begründeten Rückfälle mehr mit der Person der Suchtkranken, während die Betroffenen stärker situative Faktoren benannten.¹³ Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war zudem, dass alkoholabhängige Frauen häufiger Schwierigkeiten in der Partnerschaft als Ursache für Rückfälle angaben.¹⁴

Ist Partnerschaft ein protektiver Faktor?

Welchen Einfluss haben nun soziale Beziehungen und Partnerschaften auf Verläufe von Suchterkrankungen? Die Studienlage zur Frage, inwiefern Partnerschaften an sich eine protektive Rolle einnehmen, ist uneindeutig. Einerseits weisen epidemiologische Daten darauf hin, dass der Konsum illegaler Substanzen und problematischer Alkoholkonsum bei verheirateten Menschen weniger verbreitet sind als bei unverheirateten Personen der gleichen Altersgruppe.¹⁵ Dennoch finden sich heterogene Befunde in Studien behandelter Suchtkranker. Bereits in den frühen 1970er-Jahren fanden Rae et al., dass Suchtkranke mit psychisch auffälligen Partnerinnen höhere Rückfallraten aufwiesen als diejenigen mit unauffälligen Partnerinnen.¹⁶ Eine umfangreiche Longitudinalstudie mit mehr als 3'000 PatientInnen verschiedener Suchtbehandlungseinrichtungen ergab, dass nicht Partnerschaft an sich, sondern die Stabilität und Qualität der Partnerschaft entscheidende Prädiktoren für geringere Rückfälligkeit darstellten. PatientInnen, deren Beziehung ein Jahr nach Behandlungsende noch intakt war, wiesen niedrigere Rückfallraten auf; diese Partnerschaften waren zugleich durch mehr positive und weniger negative Interaktionsmuster charakterisiert.¹⁷ Weiter waren Rückfälle wahrscheinlicher, wenn bei dem/der unbehandelten PartnerIn ebenfalls eine Substanzstörung vorlag und wenn weitere Stressoren in der Partnerschaft vorlagen.¹⁸

Beziehungsqualität und Rückfälligkeit

Die Befunde deuten darauf hin, dass Partnerschaften nur bei Vorliegen einer guten Beziehungsqualität und damit einhergehender sozialer Unterstützung über verschiedene Abhängigkeitsformen hinweg rückfallprotektiv wirken.¹⁹ Differenzierte Analysen bei behandelten Alkoholabhängigen weisen drauf hin, dass allgemeine soziale Unterstützung zwar kurzfristig Abstinenz sichert, längerfristig jedoch suchtspezifische Unterstützung i.S.v. konkreter Unterstützungsleistung bei abstinenter Lebensführung durch das soziale Umfeld einen besseren Prädiktor sicherer Abstinenz darstellt.²⁰ Weiterhin konnte belegt werden, dass funktionale (i.S.v. «gesund») soziale Beziehungen auch jenseits suchtspezifischer Unterstützungsleistungen sich günstig auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz auswirken. Solche gesunde Beziehungen sind insbesondere durch eine positivere Kommunikation charakterisiert, was sich u.a. in einem breiteren Spektrum an emotionalen Ausdrucksformen, der Aufrechterhaltung einer

positiven Familienatmosphäre und einer grösseren Akzeptanz der Standpunkte des Gegenübers äussert.²¹

Demgegenüber können soziale Faktoren auch das Risiko für Rückfälligkeit erhöhen. Neben dem bereits angeführten Risikofaktor substanzkonsumierender Personen im sozialen Umfeld ist besonders die Rolle von Konflikten mit Freunden, der Familie oder anderen nahestehenden Personen ein gut belegter Prädiktor späterer Rückfälligkeit bei Alkohol und Drogen.²² Als möglicher Vermittlungsfaktor kann hierbei das Ausmass an geäusselter Feindseligkeit und emotionaler Überengagiertheit («expressed emotion») als bedeutsamer Faktor zur Erklärung von Rückfälligkeit herangezogen werden.²³

Einschränkend ist zu den meisten der bislang angeführten Studienergebnisse festzuhalten, dass diese auf behandelten Stichproben basieren, während nur ein kleiner Anteil an Suchtkranken Behandlung in Anspruch nimmt. Die Mehrheit z.B. der Alkoholabhängigen überwinden die Abhängigkeit ohne Inanspruchnahme fachlicher Hilfen im Lauf der Zeit.²⁴ Studien zu solchen unbehandelten Remissionsprozessen haben ergeben, dass Alkoholranke bei sozialer Unterstützung durch Familie und PartnerInnen verstärkt kognitive Copingstrategien in riskanten Situationen nutzen, indem z.B. auf die Vorteile des erzielten abstinenter Verhaltens und die möglichen negativen Folgen bei erneutem Konsum fokussiert wird.²⁵ Allerdings ergaben sich keine deutlichen Unterschiede hinsichtlich sozialer Unterstützung zwischen behandelten und unbehandelten Abhängigen. Ein möglicher Erklärungsansatz für diese fehlenden Differenzen liegt in der Identifizierung von Untergruppen innerhalb der «SelbsteilerInnen». Eine grosse Gruppe an «SelbsteilerInnen» berichtete günstige soziale Unterstützung und moderate alkoholbezogene Probleme. Während solche leichteren Abhängigkeitsformen auch bei moderater sozialer Unterstützung ohne Hilfen überwunden werden konnten, spielt soziale Unterstützung bei Abhängigen mit ungünstigeren Ausgangsbedingungen, insbesondere bei ausgeprägter Schwere der Symptomatik, eine wichtige Rolle für die Überwindung der Suchtprobleme.²⁶

Auswirkungen auf Angehörige

Bislang liegen keine Studien vor, die sich explizit mit dem Erleben des Rückfalls aus Sicht von Angehörigen beschäftigen. Ältere Daten zeigen jedoch, dass die Angst vor einem Rückfall fast 50% der Partnerinnen behandelter Alkoholabhängiger auch Jahre nach erfolgreicher Behandlung der Abhängigkeit beschäftigt und somit als kontinuierlicher Stressor anzusehen ist.²⁷ Die bereits erwähnten Befunde, wonach sowohl aus Sicht von PartnerInnen als auch aus Sicht der Abhängigen selbst Ressourcen der Partnerschaft und das allgemeine Wohlbefinden in Phasen der Abstinenz gegenüber den Konsumphasen verbessert sind,²⁸ sprechen ebenfalls für rezidivierende suchtasoziierte Problembereiche bei Rückfälligkeit eines suchtkranken Angehörigen. Studien, die sich unter Bezugnahme auf qualitative Methoden dem Erleben von Rückfälligkeit aus Sicht der Angehörigen annehmen, erscheinen dringend geboten.

Ausblick

Der Forschungsstand zu Einflüssen und Auswirkungen des sozialen Umfeldes auf Rückfälligkeit bei Suchterkrankungen ist unzureichend. Die vorhandenen Daten belegen eine hohe Relevanz des Themas sowohl hinsichtlich der günstigen Beeinflussung von Abhängigkeitserkrankungen als auch hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Folgeprobleme bei Angehörigen infolge suchtasoziiierter Dauerbelastung. Insbesondere funktionierende Beziehungen mit günstigen Interaktionsmustern und suchtspezifische Unterstützung durch das soziale Umfeld nach einer Behandlung erhöhen die Wahrscheinlichkeit stabiler Abstinenz. Copingstrategien im Umgang mit dem oder der Suchtkran-



ken können zu einem Rückgang an Belastung bei den Angehörigen führen. Wirksame Interventionsstrategien zur Optimierung der Behandlungsverläufe von Suchtkranken als auch zur Resilienzförderung bei Angehörigen wie z. B. die Multidimensionale Familientherapie²⁹ oder das Programm Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)³⁰ liegen vor und bedürfen der Implementierung in das Suchthilfesystem. ●

Literatur

- Atadokht, A./Hajloo, N./Karimi M. et al. (2015): The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International journal of high risk behaviors & addiction* 4(1): e21250-e21250.
- Beattie, M.C./Longabaugh, R. (1999): General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors* 24(5): 593-606.
- Berends, L./Ferris, J./Laslett, A.-M. (2014): On the nature of harms reported by those identifying a problematic drinker in the family. An exploratory study. *Journal of Family Violence* 29(2): 197-204.
- Bischof, G./Rumpf, H.J./Hapke, U. et al. (2003): Types of natural recovery from alcohol dependence: A cluster analytic approach. *Addiction* 98(12): 1737-1746.
- Calcaterra, S.L./Beaty, B./Mueller, S.R. et al. (2014): The association between social stressors and drug use. Hazardous drinking among former prison inmates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 47(1): 41-49.
- Connors, G.J./Maisto, S.A./Zywiak, W.H. (1998): Male and female alcoholic's attributions regarding the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence. *Journal of Substance Abuse* 10: 27-42.
- Cranford, J.A. (2014): DSM-IV alcohol dependence and marital dissolution: Evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 75(3): 520-529.
- Fahrner, E.M. (1990): Partnerinnen von Alkoholabhängigen: Sexuelle, partnerschaftliche und psychosoziale Probleme. *Sucht* 36: 189-201.
- Gantner, A. (2011): «Therapeutische Frühintervention»: MDFT in der Jugendsuchthilfe. *SuchtMagazin* 37(5): 18-21. www.tinyurl.com/hqw88hy, Zugriff 25.01.2016.
- Heinz, A.J./Wu, J./Witkiewitz, K. et al. (2009): Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. *Addictive Behaviors* 34(3): 258-263.
- Kläusler-Senn, C./Stohler, R. (2012): Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel. *SuchtMagazin* 38(1): 5-10.
- Klein, M./Bischof, G. (2013): Editorial: Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *Sucht* 59: 65-68.
- Lavee, Y./Altus, D. (2001): Family relationships as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addicts and their spouses. *Contemporary Family Therapy* 23(4): 513-530.
- Leonard, K.E./Eiden, R.D. (2007): Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*: 285-310.
- Liepmann, M./Nirenberg, T./Doolittle, R. et al. (1989): Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process* 28: 239-49.
- Maisto, S.A./Ofarrell, T.J./Connors, G.J. et al. (1988): Alcoholics attributions of factors affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse episodes. *Addictive Behaviors* 13(1): 79-82.
- Malhotra, S./Basu, D. (1999): A comparison of the beliefs of Indian alcohol-dependent patients and their close family members on their reasons for relapse. *Addiction* 94(5): 709-713.
- Marlatt, G.A./Gordon, J.R. (1980): Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. S. 410-452 in: P.O. Davidson/S.M. Davidson (Hrsg.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Bruner & Mazel.
- Orford, J./Natera, G./Copello, A. et al. (2005): Coping with alcohol and drug problems. The experience of family members in three contrasting cultures. London: Routledge.

- Rumpf, H.-J./Bischof, G./Hapke, U. et al. (2002): The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting without formal help and with and without formal help. *European Addiction Research* 8: 122-127.
- Rumpf, H.-J./Meyer, C./Hapke, U. et al. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. *Sucht* 46: 9-17.
- Rae, J.B. (1972): The influence of the wives on the treatment outcome of alcoholics: a follow-up study at two years. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 120(559): 601-13.
- Saatcioglu, O./Erim, R./Cakmak, D. (2006): Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(2): 125-132.
- Salize, H.J./Jacke, C./Kief, S. et al. (2013): Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction*. 108(1): 62-70.
- Smith, J.E./Meyers, R.J. (2009): Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Spohr, B./Gantner, A./Bobbinck, J.A. et al. (2011): Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stein, J.J. (Hrsg.) (2001): Substance abuse: the nation's number one health problem: Key indicators for policy report. Robert Wood Johnson Foundation: Princeton/New Jersey.
- Tracy, S.W./Kelly, J.E./Moos, R.H. (2005): The influence of partner status. Relationship quality and relationship stability on outcomes following intensive substance-use disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 66(4): 497-505.
- Weisner, C./Parthasarathy, S./Moore, C. et al. (2010): Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction* 105: 1226-1234.

Endnoten

- 1 Die Erstellung dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen ZMVI5-2514DSM208).
- 2 Vgl. Stein 2001.
- 3 Vgl. Berends/Ferris et al. 2014.
- 4 Vgl. Salize/Jacke et al. 2013; Weisner/Parthasarathy et al. 2010.
- 5 Vgl. Kläusler-Senn/Stohler 2012.
- 6 Vgl. Klein/Bischof 2013.
- 7 Vgl. Orford/Natera 2005.
- 8 Vgl. Cranford 2014.
- 9 Vgl. Saatcioglu/Erim et al. 2006.
- 10 Vgl. Liepman/Nirenberg 1989.
- 11 Vgl. Marlatt/Gordon 1980.
- 12 Vgl. Malhotra/Basu 1999.
- 13 Vgl. Maisto/Ofarrell et al. 1988.
- 14 Vgl. Connors/Maisto et al. 1998.
- 15 Vgl. Heinz/Wu et al. 2009; Leonard/Eiden 2007.
- 16 Vgl. Rae 1972.
- 17 Vgl. Tracy/Kelly 2005.
- 18 Vgl. Ebd.
- 19 Vgl. z. B. Beattie/Longabaugh 1999.
- 20 Vgl. Ebd.
- 21 Vgl. Lavee/Altus 2001.
- 22 Vgl. z. B. Calcaterra/Beaty et al. 2014.
- 23 Vgl. Atadokht/Hajloo et al. 2015.
- 24 Vgl. Rumpf/Meyer et al. 2000.
- 25 Vgl. Rumpf/Bischof et al. 2002.
- 26 Vgl. Bischof/Rumpf et al. 2003.
- 27 Vgl. Fahrner 1990.
- 28 Vgl. Liepman/Nirenberg et al. 1989.
- 29 Vgl. Vgl. Gantner 2011.
- 30 Vgl. Smith/Meyers 2009.