

18. Hochstadter Gespräche

„Die vielen Gesichter der Sucht:
Neues aus der Suchtkrankenhilfe“

Mittwoch, 06. Juni 2018
8:00 bis 16:30 Uhr



Bezirksklinik Hochstadt
Suchtfachklinik - Therapiezentrum
für Alkohol-, Medikamenten-
und Drogenabhängige

Angehörigenarbeit in der Suchthilfe

Michael Klein

Deutsches Institut für
Sucht- und
Präventionsforschung
(DISuP)

Katholische Hochschule
NRW, Abtlg. Köln

(1) Ein wenig präsentenes „Gesicht“ der Sucht ist die Betrachtung der Angehörigen...

(2) Bei der Individuumsfixierung der Suchthilfe auf den einen Kranken überrascht dies nicht sehr...

(3) Wie lässt sich eine parallele Priorisierung in Bezug auf Suchtkranke und Angehörige erreichen?

Was bedeutet „Angehörigenarbeit“ ?

Was Angehörige brauchen (können):

Motivierende Interventionen,

Stressreduktion, Resilienzförderung,

Selbstfürsorge, Empowerment,

Disenabling [...]

Zahlen und Fakten

Es gibt mehr Menschen, die im direkten personalen Umfeld von Suchtkranken leben, als Suchtkranke selbst.

Bei 1.8 Mill. Alkoholabhängigen (D) sind ca. 1.2 Mill. Partnerinnen und 1.6 Mill. Kinder und Jugendliche betroffen.

Auf einen Alkoholabhängigen kommen somit ca. 1.6 nahe Angehörige.

Wer ist ein Angehöriger?

Angehörige sind in einer engen, dauerhaften, emotionalen Beziehung zu einem Suchtkranken. Sie sind meist durch Alltagshandeln und Abhängigkeit verbunden.

Die Beziehung kann sozialer, psychologischer, emotionaler, pflegender, erzieherischer oder sexueller Art sein. Die wichtigsten Angehörigenrollen sind Partner, Kinder, Eltern und Geschwister.

Basics zu Partnerschaft und Substanzkonsum

- (1) Partnerschaften und Sexualbeziehungen entstehen überwiegend unter Substanzeinfluss
- (2) Partner regulieren ihren Substanzkonsum gegenseitig, insbes. Frauen mäßigen Männer
- (3) Problematisch Konsumierende finden häufiger als Partner zusammen („selective mating“)
- (4) Töchter suchtkranker Väter heiraten zu ca. 45% einen (später) suchtkranken Partner
- (5) Langfristig belasten und zerstören Suchtkrankheiten Partnerschaften und erzeugen Stress, Leiden, Gewalt und Trennungen
- (6) Sucht häufigste psychische Störung bei Männern

Formen von Partnerschaft im Bereich Sucht

Männlicher Partner suchtkrank, Partnerin nicht (häufigste Form)

Beide Partner suchtkrank (wer zuerst?), evtl. in Drogen- oder Therapieszene entstanden (subkulturell; „Pairing“)

Ein Partner suchtkrank, einer psychisch krank (z.B. Depression, Persönlichkeitsstörung)

Ein Partner abstinent, einer rückfällig (z.B. nach Therapie)

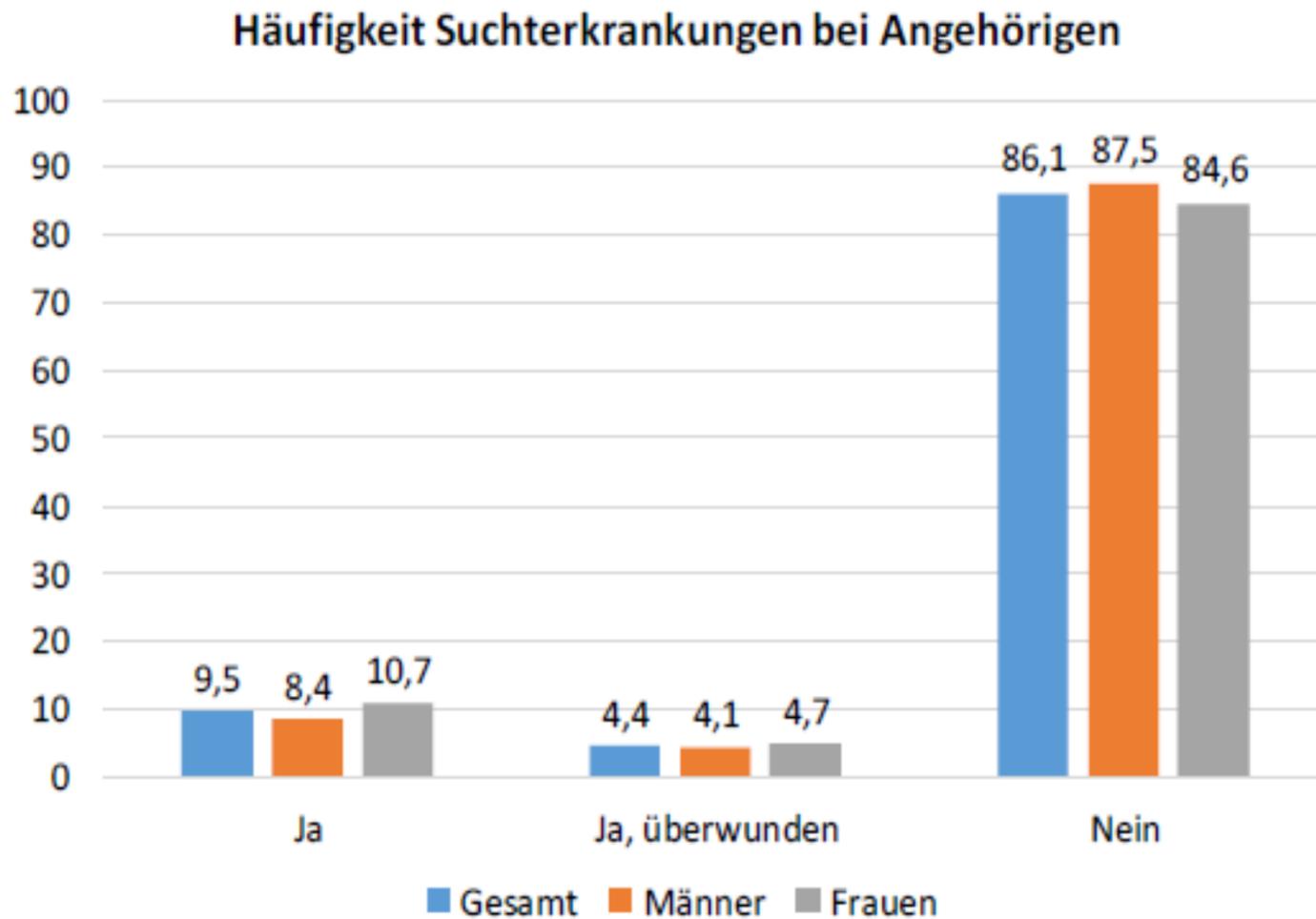
Neuverpartnerung (mit einem suchtkranken, nicht suchtkranken Partner)

Hetero- und homosexuelle Partnerschaften

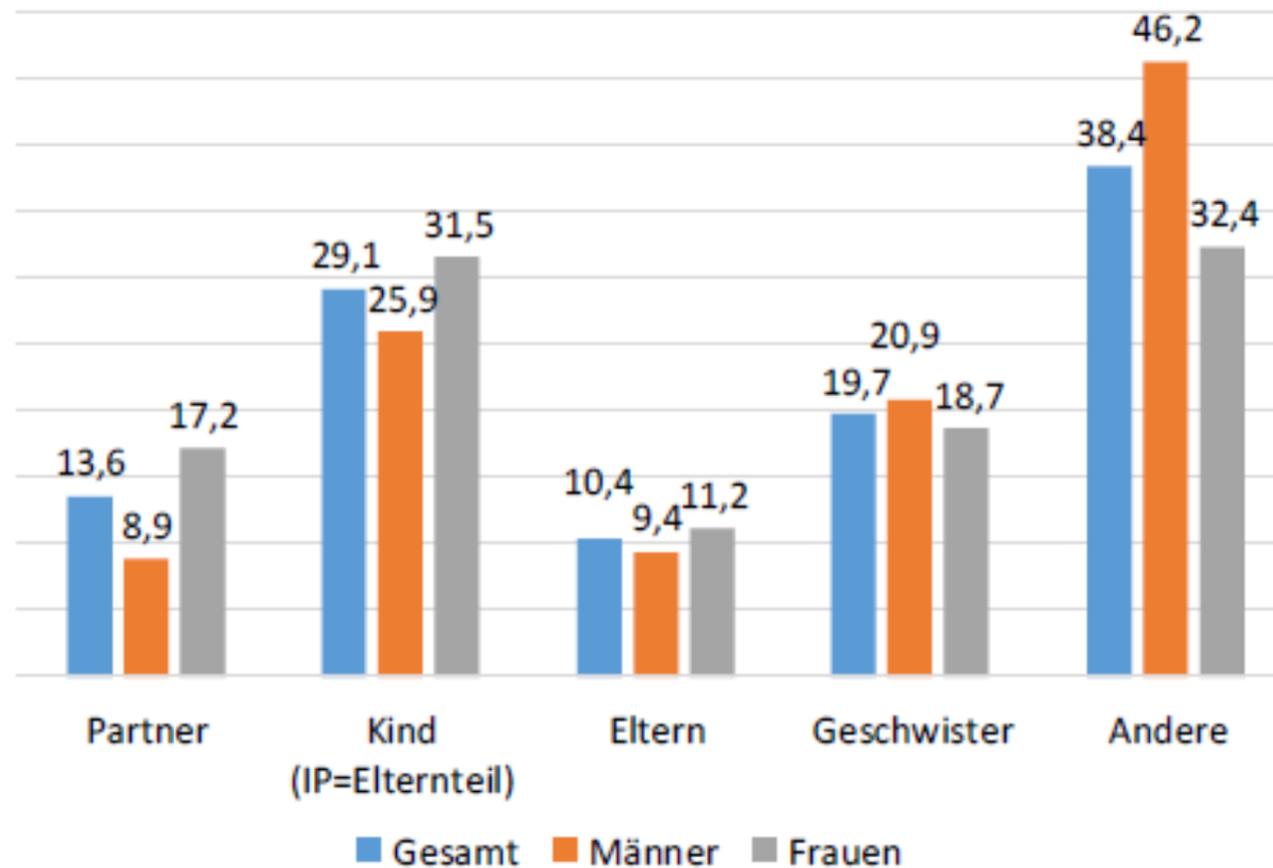
Patientin und Therapeut (oder vice versa)

[...]

GEDA: Prävalenz Angehörige mit Suchterkrankungen



GEDA: Prävalenz Beziehungsarten



Was brauchen Angehörige Suchtkranker?

- (1) Personenzentrierte und suchtspezifische Empathie
- (2) Psychoedukation
- (3) Entstigmatisierung
- (4) Stressreduktionskompetenz
- (5) Niedrigschwelligen Zugang zu Hilfen
- (6) Konkretes Empowerment (zB CRAFT nach Meyers, 2001)
- (7) Psychotherapie (reflektierend, supportiv, verhaltensorientiert)
- (8) Disenabling (Thomas, 2003)
- (9) Paartherapie (z.B. BCT nach O`Farrell, 2006)
- [...]

Psychoedukation für Angehörige Suchtkranker

Notwendige, aber nicht hinreichende Basis für Veränderungsprozesse.

Zentrale Aspekte:

Sucht als Krankheit

Interaktionsverhalten bei Sucht

Exkulpierung

Stressreduktion

Selbstfürsorge

Selbstreflexion

[...]

Paartherapie bei Sucht

Es ist erstaunlich und bei der guten Evidenzlage (→ S-3 Leitlinien Alkohol, Methamphetamin) nicht hinnehmbar, wie wenig Paartherapie (und Sexualtherapie) im Umfeld von Suchtstörungen in Deutschland geschieht.

Beispiele für Paartherapie bei Suchtstörungen

CRAFT (Meyers et al., 2011; Meyers et al., 2013;
dt.: Smith & Meyers, 2012)

BCT (O`Farrell, 2001)

ABCT (McCrary et al., 2016)

ABCT has been recognized formally as an efficacious treatment

- ◎ SAMHSA National Registry of Evidence Based Programs and Practices (NREPP, April 2009)
 - <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=3>
- ◎ The American Psychological Association, Society of Clinical Psychology, rated ABCT as an empirically supported treatment
 - http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/substance_couples.html

(Mc Crady, 2015)

Paartherapie mit Suchtkranken (Wirksamkeitsstudien), aus McCrady, 2016, 2

TABLE 1

Major Characteristics of Couple Therapy Studies for Alcohol Use Disorders

Therapy type	Number of studies	Number of participants	Years conducted	Relationship outcome evaluated and improved?		
				Yes	No	No diff.
Nonbehavioral couple treatment	12	565	1956–1982	4	7	1
Group treatment for wives only	4	159	1958–1969		4	
Behavioral couples therapy	24	1,186	1985–present	15	3	6

Angehörige im Umfeld von Sucht (Schwerpunktbereich: Partnerinnen)

1. Modelle und Konzepte psychisch gestörter Partnerschaften

„Henne, Ei oder gleich beides?“

Zusammenhang: Partnerschaft und psychische Störungen

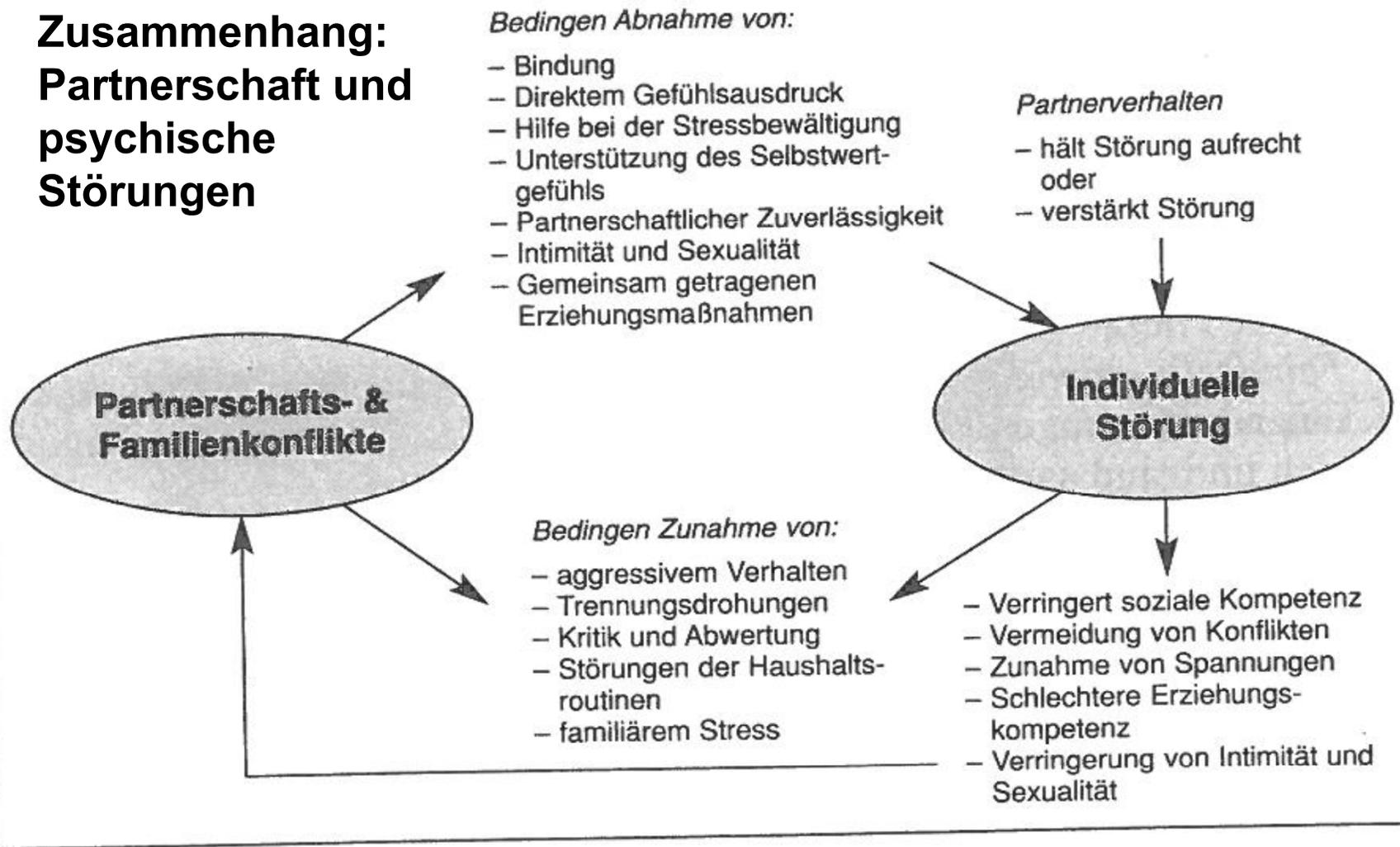


Abbildung 3:
Partnerschafts- und Familienkonflikte und individuelle Psychopathologie

„We-Disease“ – Gemeinsame
Ätiologie und Bewältigung einer
Erkrankung im Paarsystem.

Angehörige im Umfeld von Sucht (Schwerpunktbereich: Partnerinnen)

2. Problembereiche, Diagnostik in Partnerschaften

„Das Circumplex-Modell“ FACES IV (Olson et al.)

- Kombination der beiden Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion

→ 16 Typen von Paar und Familiensystemen

- Veränderung des Systems möglich,
→ z.B. Krankheit eines Familienmitgliedes

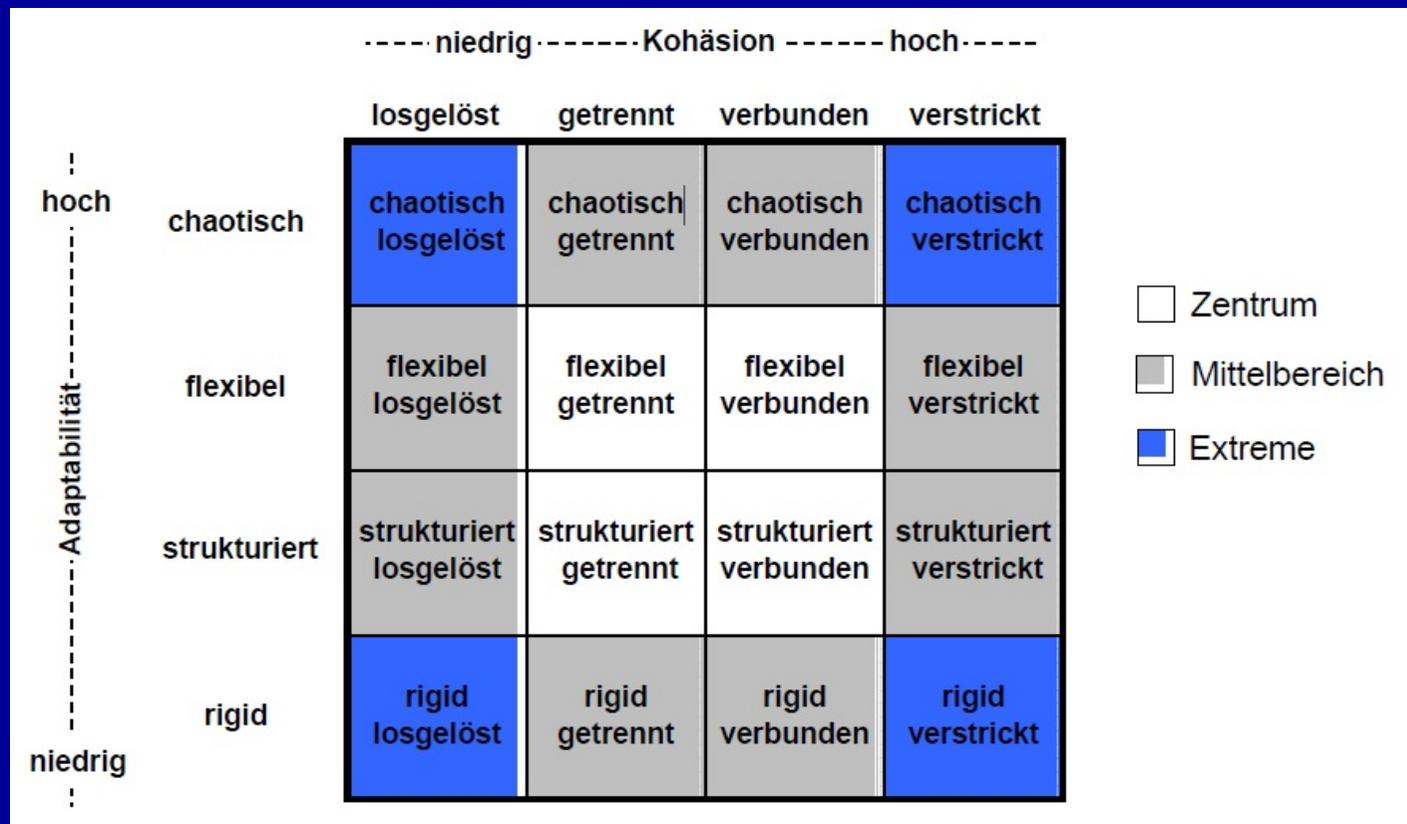


Tabelle 2: Operationalisierung von Familien-Kohäsion nach Olson

Dimension	losgelöst	getrennt	verbunden	verstrickt
Emotionale Bindung	Extreme Bindungslosigkeit. Fehlen von Nähe oder Loyalität.	Emotionale Distanziertheit bevorzugt. Wunsch nach Unterstützung wird anerkannt.	Emotionale Nähe bevorzugt. Wunsch nach Distanz wird respektiert.	Extreme Nähe. Loyalität wird verlangt. Distanz ist verboten.
Familiengrenzen nach außen	Uneingeschränkte Einflussmöglichkeiten von außen.	Offen für Außenstehende und neue Ideen.	Gewisse Kontrolle über den Einfluss Außenstehender.	Einfluss von außen und von neuen Ideen eingeschränkt.
Koalitionen	Schwaches Elternsubsystem. Wenig Geschwisterbeziehung. Verwischte Generationsgrenzen.	Stabiles Elternsystem. Stabile Geschwisterbeziehung. Fließende Generationsgrenzen.	Starkes Elternsubsystem. Starke Geschwisterbeziehung. Klare Generationsgrenzen.	Schwaches Elternsubsystem. Eltern-Kind(er)-Koalition. Verwischte Generationsgrenzen
Zeitgestaltung	Zeit wird vorwiegend außerhalb der Familie verbracht, wenig Zeit zusammen.	Zeit für sich alleine ist wichtig. Einige Zeit wird zusammen verbracht.	Zeit zusammen ist wichtig und geregelt. Zeit für sich allein begrenzt akzeptiert.	Zeit wird fast nur zusammen verbracht. Zeit für sich allein kaum akzeptiert.
Raumaufteilung	Privatsphäre wird gewünscht und bevorzugt.	Privatsphäre bevorzugt. Etwas Gemeinschaftsraum.	Gemeinschaftsraum bevorzugt. Privatsphäre begrenzt akzeptiert.	Wenig oder keine Privatsphäre erlaubt.
Freunde	Vorwiegend individuelle Freunde. Kaum oder keine Familienfreunde.	Individuelle Freunde sind der Familie bekannt. Einige Familienfreunde.	Einige individuelle Freunde. Regelmäßig gemeinsame Aktivitäten mit Familienfreunden.	Kaum bzw. keine individuellen Freunde.
Entscheidungsprozesse	Vorwiegend individuelle Entscheidungen. Keine Absprache mit Familie.	Die meisten Entscheidungen werden allein getroffen. Familienprobleme werden gemeinsam entschieden.	Die meisten Entscheidungen werden im Einklang mit der Familie getroffen. Anteilnahme an individuellen Entschlüssen.	Alle Entscheidungen, persönlich wie die Familie betreffend, sind gemeinsam zu treffen.
Interessen und Erholung	Vorwiegend individuelle Aktivitäten. Die Familie ist nicht mit einbezogen.	Einige spontane gemeinsame Aktivitäten. Individuelle Aktivitäten werden unterstützt.	Einige geplante gemeinsame Aktivitäten. Die Familie ist in individuelle Interessen mit einbezogen.	Die meisten Aktivitäten und Interessen müssen mit der Familie geteilt werden.

(nach Olson, Sprenkle & Russel, 1979 in Anlehnung an die Übersetzung von Thomas, 1988; ohne die 1983 gestrichene Dimension „Unabhängigkeit“)

Exemplarische partnerschaftliche Problem- und Ressourcenbereiche

- Finanzen, Einteilung des Geldes
- Berufstätigkeit
- Haushaltsführung/Wohnung
- Kindererziehung
- Freizeitgestaltung
- Freunde und Bekannte
- Verhalten und Temperament des Partners
- Zuwendung des Partners
- Attraktivität
- Vertrauen
- Eifersucht
- Gewährung persönlicher Freiheiten
- Sexualität
- Außereheliche Beziehungen
- Verwandte
- Persönliche Gewohnheiten des Partners
- Kommunikation/Gesprächskultur
- Kinderwunsch, Familienplanung
- Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners
- Forderungen des Partners
- Krankheiten, Behinderungen, psychische Probleme
- Tätlichkeiten

Suchtbelastete Partnerschaften: Problembereiche

	Liste der Problembereiche - Fortsetzung -	keine Konflikte	Konflikte, erfolgreiche Lösungen	Konflikte, keine Lösungen, oft Streit	Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber
1.	Einteilung des monatlichen Einkommens				
2.	Berufstätigkeit				
3.	Haushaltsführung / Wohnung				
4.	Vorstellung über Kindererziehung				
5.	Freizeitgestaltung				
6.	Freunde und Bekannte				
7.	Temperament des Partners				
8.	Zuwendung des Partners				
9.	Attraktivität				

3. Partner(innen) in alkohol- und drogenbelasteten Beziehungen

Relevante, exemplarische Themen zur Vertiefung:

Stressakkumulation und -reduktion

Gewalt (physisch, sexuell, emotional, verbal)

Partnerwahl („selective mating“)

Veränderungen der Paardynamik unter Suchtmitteln

Verbesserung der Alltagskommunikation

In einer suchtbelasteten Beziehung zu leben, bedeutet vor allem psychischen Stress: Alltags- und Dauerstress. Es entstehen oft dysfunktionale Copingmuster.

Formen des Familienstress (Schneewind, 1991, 2006):

(I) dysfunktional

(1) Duldungsstress („Ich kann dem Druck und Stress nicht ausweichen, halte ihn aber nicht aus“)

(2) Katastrophenstress („Ich weiß nie, was passieren wird. Das macht mir so viel Angst, dass ich andauernd daran denken muss“)

(II) funktional

(3) Bewältigungsstress („Auch wenn es schwer ist, ich werde es schaffen und überleben“)

Partnerinnen

Im Einzelnen können für die Partnerinnen folgende Belastungssituationen („**Stressoren**“) auftreten:

- Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit des suchtkranken Partners
- Vernachlässigung durch den suchtkranken Partner
- Aggression und Gewalttätigkeit
- Sexuelle Übergriffe, sexueller Missbrauch, Vergewaltigungen
- Vermehrte Partnerschafts- und Familienkonflikte
- Finanzielle Konflikte, erhöhtes Armutsrisiko
- Drohender oder tatsächlicher Arbeitsplatzverlust
- Arbeitslosigkeit, ggf. Langzeitarbeitslosigkeit
- Schulden
- Soziale Marginalisierung, Gefahr sozialer Isolation
- Notsituationen durch Alkohol- und Drogenintoxikationen des Partners

Familiäre Adaption bei Suchtstörungen

- Permanente, oft implizite Beeinflussung des Paar- und Familiensystems durch die psychische Störung (z.B. Depression, Alkohol- und Drogenabhängigkeit) eines oder mehrerer Familienmitglieder: Verhaltensnormen, -regeln, Emotionen, Grenzen verändern sich in kurzfristig wirksamer Anpassung („negative Verstärkung“)
- Familienrituale verändern sich explizit und implizit
- Homöostatische Ausbalancierung des Familiensystems durch verschiedene Verhaltensmuster (z.B. Schamabwehr, Verdrängung, Verleugnung, Kontrollversuche über den Abhängigen, Manipulation der häuslichen Umgebung, Entwicklung von rigiden Rollen, Realitätsverzerrung) bei einzelnen und im Gesamtsystem²⁷

Psychoedukation und Therapie von Angehörigen Suchtkranker:

**Primär geeignet: Suchtspezifische Empathie und
Stressreduktionsmodelle, damit auch Resilienzförderung
(→ auch Paar- und Familienresilienz).**

**Sekundär geeignet: Persönlichkeitsmodelle, vor allem in
den Bereichen Dependenz und Selbstunsicherheit.**

Definition Familienresilienz

Charakteristiken, Dimensionen und Eigenschaften von Familien, welche den Mitgliedern und den Familien insgesamt helfen, widerstandsfähig gegenüber Störungen und Krankheiten in Anbetracht von Wandel und anpassungsfähig in Anbetracht von Krisensituationen zu sein (modifiziert und erweitert nach McCubbin & McCubbin, 1988).

Dimensionen der Familienresilienz (Froma Walsh, 2006)

(1) Glaubenssysteme („belief systems“)

- Den Widrigkeiten einen Sinn oder eine Erklärung geben → verstehen
- Positiver Zukunftsausblick → es kann besser werden
- Transzendentaler, spiritueller Bezug

Dimensionen der Familienresilienz (Walsh, 2006)

(2) Organisationsmuster der Familie

→ Flexibilität

→ Positive interpersonale Bezogenheit,
Verbundenheit

→ Soziale und ökonomische
Ressourcen

Dimensionen der Familienresilienz (Walsh, 2006)

(3) Familiäre Kommunikationsprozesse und Problemlöseverhalten

- Klarheit
- Offene emotionale Mitteilung („sharing“)
- Gemeinschaftliches Problemlösen

Zentrale Familienresilienzen (Walsh, 2003, 2006)

Organisationsprozesse

Verbundenheit

Flexibilität

Struktur

Rituale

Mobilisierung von materiellen Ressourcen

Mobilisierung von sozialen Ressourcen

Kooperation mit Hilfesystemen

Kommunikationsprozesse

Gute Kommunikation

Offener emotionaler Austausch

Gemeinsames Problemlösen

Geteilte Glaubenssysteme von Familien

Widrigkeiten Sinn geben

Positive Zukunftssicht

Proaktive Haltung

Gelernter Optimismus

Narrative Kohärenz

Gelernter Optimismus

Transzendenz und Spiritualität

Rigide Interaktionsmuster

Im Umfeld von Alkoholkranken realisieren sich - wie auch bei anderen dysfunktionalen Systemen - besonders rigide Interaktionsmuster, die wegen ihrer Veränderungsresistenz auch als „Interaktionsfiguren“ bezeichnet werden. Da die Angehörigen von Suchtkranken wegen ihrer besonderen Nähe zum Suchtkranken besonders stark den emotionalen Belastungen („Stressoren“) des Zusammenlebens mit einem Suchtkranken ausgesetzt sind, lassen sich an ihnen die relevanten Interaktionsfiguren auch besonders gut ablesen.

Interaktionsfiguren in alkoholbelasteten Partnerschaften

(Schwoon, 1991; Klein, 2014)

Ausmerzen (z.B. Alkohol ausschütten)

Bekämpfen (z.B. schimpfen, tadeln)

Bekriegen (z.B. entwürdigen, entehren)

Zwingen (z.B. einweisen, einsperren)

Eindämmen (z.B. Alkohol zuteilen)

Kontrollieren (z.B. beobachten, verfolgen)

Heilen (z.B. pflegen, hegen)

Bekehren (z.B. in religiöse Gemeinschaft mitnehmen)

Helfen (z.B. unterstützen, verstehen wollen)

Begleiten (z.B. zulassen, abwarten)

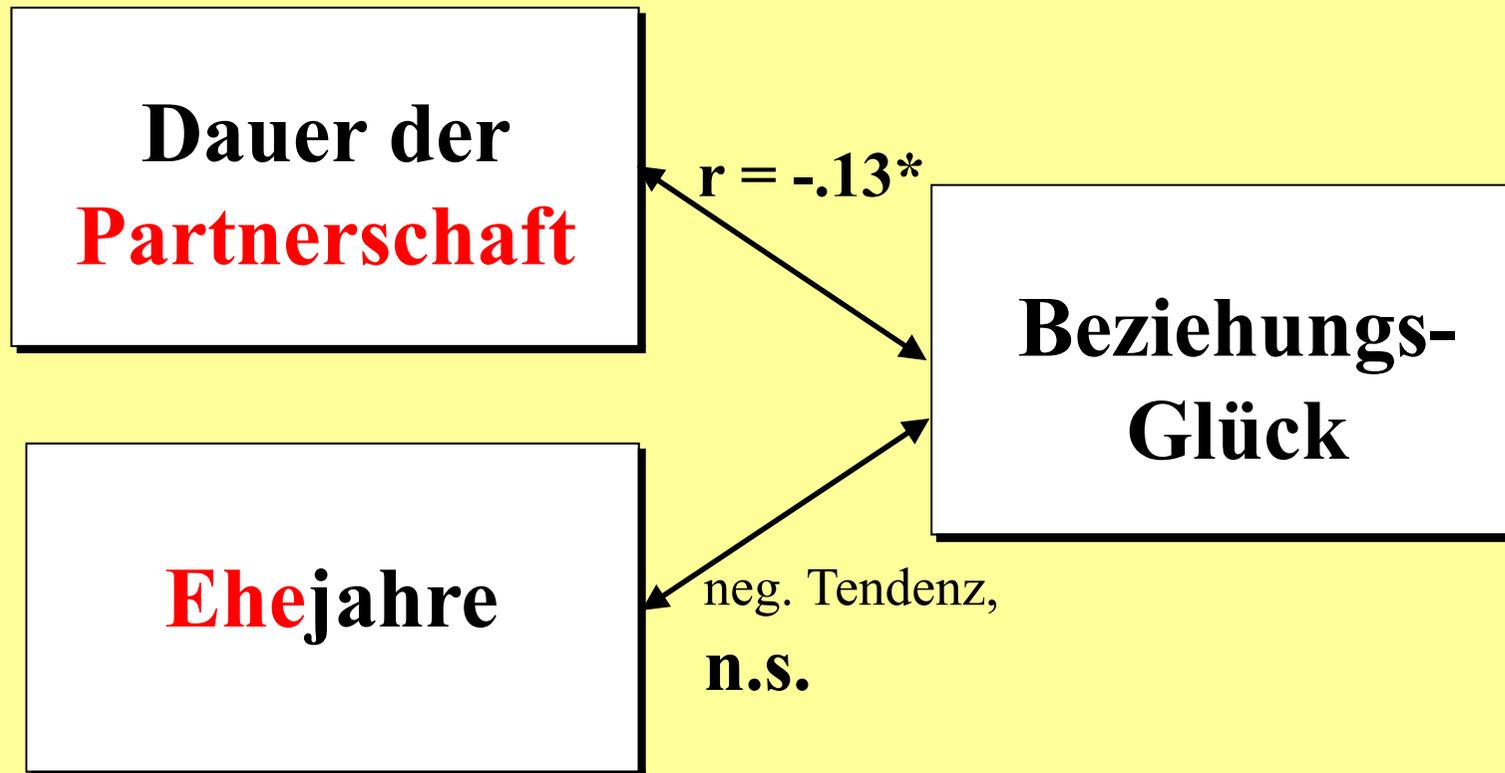
Gewähren lassen (z.B. sich nicht kümmern)

Zahlen und Fakten

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Beteiligung der Partnerinnen an einer Therapie grundsätzlich mit besseren Behandlungsergebnissen einher gehen, vor allem dann, wenn seitens beider Partner die Partnerschaft positiv eingeschätzt wird (Zweiben, 1999, S. 217). Dieser Gesichtspunkt wirkt sich wiederum, ökonomisch und auch motivational, positiv aus.

Zusammenhang zwischen Partnerschaftsdauer und Beziehungsglück (Khatib et al., 2005)

N = 356



* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Wichtige Forschungsergebnisse

- ✚ **Angehörige** (Männer wie Frauen) schätzen die Partnerschaft **unglücklicher** ein als die Patienten
- ✚ Das **Beziehungsglück** nimmt mit zunehmender **Ehedauer** ab
- ✚ **Angehörige** (Männer wie Frauen) schätzen die **Gemeinsamkeiten** in der Partnerschaft **geringer** ein als Patienten

Töchter werden Partnerinnen

Töchter alkoholkranker Väter heirateten in mehr als 40% aller Fälle wieder einen alkoholkranken Partner und sind besonders anfällig für co-abhängige Verhaltensweisen (Schuckit & Smith, 1996).

Prozessmodell für alkoholbelastete Partnerschaften

Einen Ansatz der Systematisierung der Interaktion in einer suchtblasteten Partnerschaft liefert Joan JACKSON (1954) mit einem Phasenmodell, bei dem komplementäre Interaktionsmuster dominieren:

Phase 1: **Verleugnung des Alkoholproblems**: Diese Phase ist gekennzeichnet von der Vermeidung des Themas und dem Nichtwahrhaben wollen eines Problems mit Alkohol.

Phase 2: **Eliminierung des Trinkproblems**: Zunächst stehen Kontrolle und Reglementierung im Mittelpunkt. Die Erfahrung, dass das Alkoholproblem sich trotzdem vergrößert, führt häufig zu Ohnmachtsgefühlen und Selbstmitleid.

Phase 3: **Desorganisation**: In dieser Phase wird das Trinken „hingenommen“, die Partnerin hat häufig resigniert und die abhängige Person wird verstärkt ausgegrenzt, z.T. auch angeklagt und bestraft.

Die Copingstrategien der Angehörigen waren maßgeblich gekennzeichnet durch

- a) Toleranz/Inaktivität
- b) Engagiertes Coping (Versuche, durch unterschiedliche Strategien wieder Kontrolle zu erlangen)
- c) Rückzug vom Substanzabhängigen und Fokussierung auf die eigene Unabhängigkeit. Nach **Orford et al. (2005; 2010)** ist dabei die tolerierend-inaktive Copingstrategie mit einer höheren Symptomatik bei Angehörigen assoziiert, während Rückzug vom Substanzabhängigen und Fokussierung auf die eigene Unabhängigkeit als Copingstrategie mit einem Rückgang an Belastung verbunden war. (Bischof et al., 2017, 2)

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften I

- Die abhängige Person erscheint nach außen hin als „das Problem“, kann jedoch eher als „Symptomträger“ eines **dysfunktionalen Systems** gesehen werden.
- Die Sucht bzw. das Suchtmittel wird zur **Regulation der Interaktion** insgesamt und insbesondere bzgl. Nähe und Distanz im Familien- bzw. Paarsystem genutzt.
- Hieraus ergibt sich ein andauernder Kreislauf aus Streit und Disharmonie einerseits sowie Versöhnung und Nähe andererseits, was letztlich zu einer **Chronifizierung von Paarkonflikten** als zusätzlichem Stressor führen kann.
- Einerseits ist eine häufige Inszenierung von Konflikten zu beobachten, andererseits werden reale **innerpartnerschaftliche Abgrenzungen jedoch vermieden** wegen der damit verbundenen Gefahr für den Bestand des Systems. Es besteht hohes Konfliktpotential bei niedriger Lösungskompetenz.

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften II

- Aufgrund der Sucht entwickelt sich häufig eine stark veränderte Arbeitsteilung und Strukturierung in Paarbeziehung und Familie (**rigide Komplementarität** und **Spaltung der Verantwortung**).
- In suchtblasteten Paar- und Familiensystemen sind häufig **chronisch komplementäre Interaktionen** zu beobachten; dies bedeutet, dass PartnerInnen mit gegensätzlichen Verhaltensweisen (z.B. übermäßige Verantwortungsübernahme) reagieren.
- Zwischen der Darstellung der Familie nach außen und dem „Innenleben“ gibt es erhebliche Diskrepanzen (**Fassadenhaftigkeit**).
- Zwischen Paar und Umwelt gibt es extrem **undurchlässige Grenzen**, die u.a. mit Gefühlen von Schuld und Scham aufgrund des Suchtproblems zusammenhängen. Folgen sind neben einem familiären „**Pseudo**“-**Zusammenhalt** auch die Abgrenzung gegenüber Impulsen und Informationen von außen.

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften III

- Im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit ist eine **Zunahme von physischer, sexueller und psychischer Gewalt** in Familien und Paarbeziehung festzustellen.
- Häufig erfolgt die **Kommunikation nur mehr über den Alkohol oder die Drogen**, wobei die Partnerin versucht, den abhängigen Partner zur Abstinenz oder zur Reduzierung des Konsums zu bewegen („zwingen“). Dieser hat mit dem Suchtmittel ein potentes Mittel, mit dem er auf die Beziehung Einfluss nehmen kann und so erfolgt eine **Konflikteskalation**.
- Infolge der Alkoholabhängigkeit **ändert sich das Verhalten im Bereich Sexualität**. Meist infolge Ablehnung durch die Partnerin nehmen die Intensität sexueller Kontakte, die sexuelle Harmonie und die sexuelle Befriedigung ab. Ebenso lässt alkoholbedingt die sexuelle Libido nach.
→ Sonderrolle der methamphetaminbelasteten Partnerschaften

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften IV

- Sich abgrenzen, individuelle Ziele verfolgen und die Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Interessen gilt als egoistisches Verhalten und Ausdruck von **fehlender familiärer Loyalität und Verantwortungsbewusstsein**. Lediglich ein triftiger Grund wie absolute Erschöpfung oder Krankheit rechtfertigen dies.
- Häufig entwickeln sich stabile Muster von Kontrolle, Abwertung und Kränkung, die sich über Nähe-Distanz-Konflikte dauerhaft stabilisieren (Scheinstabilität des Paarsystems)
- Langfristig kommt es auf Seiten der Partnerin zu einem **tertiären Krankheitsgewinn**, d.h. der Zunahme von Anerkennung durch Dritte und Selbstständigkeit, allerdings mit hohen subjektiven Kosten.

Paartherapie bei Suchtstörungen. Grundlagen und Anwendung

4. Paar- und beziehungsorientierte Therapieansätze

Kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm für alkoholabhängige Gewalttäter (TAVIM)

[Klein et al., 2008]

Hinweise für Angehörige:

1. Reden Sie klar und deutlich mit Ihrem Partner, aber vermeiden Sie es, zu schreien oder zu schimpfen
2. Drohen Sie nicht, sondern handeln Sie!
3. Lassen Sie sich nicht provozieren
4. Sprechen Sie in Ich-Sätzen
5. Bieten Sie Ihrem Partner Alternativen zur Auswahl an (z.B. Gespräch oder Rückzug)
6. Wenn Sie die Situation als bedrohlich empfinden, holen Sie Hilfe (Nachbarn, Polizei) oder verlassen Sie die Situation (den Raum, die Wohnung, das Haus).

VT-Methoden in der Paartherapie

1. Reziprozitätstraining
2. Kommunikationstraining
3. Problemlösetraining
4. Kognitive Umstrukturierung
5. Förderung von Engagement, Zärtlichkeit und Sexualität

vgl. Bodenmann, 2004, 2013

Metaanalyse zur Paarbehandlung von Suchterkrankungen



Available online at www.sciencedirect.com



CLINICAL
PSYCHOLOGY
REVIEW

Clinical Psychology Review 28 (2008) 952–962

Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis

Mark B. Powers^{a,*}, Ellen Vedel^b, Paul M.G. Emmelkamp^a

^a *University of Amsterdam, The Netherlands*

^b *JellinekMentrum, Institute for Mental Health and Substance Use Disorders, The Netherlands*

Received 4 June 2007; received in revised form 7 February 2008; accepted 7 February 2008

Ergebnisse der Metaanalyse

- In der Summe war Paartherapie (BCT) der Einzeltherapie (CBT) überlegen
- Unmittelbar nach der Behandlung war die Verbesserung zunächst nur im Bereich der Beziehungsqualität nachweisbar
- Im Follow-up war BCT der CBT auch in den Bereichen „Konsumfrequenz“ und „Folgen des Konsums“ überlegen
- Die Untersuchungen bei Paaren mit Alkohol- oder Drogenproblematik zeigten vergleichbare Effekte
- Studien mit und ohne abstinentstützender Medikation (Disulfiram oder Naltrexon) zeigten vergleichbare Effekte
- Das Datum der Veröffentlichung hatte keinen Einfluss auf das Ergebnis
- Größere Untersuchungsgruppen bei BCT brachten deutlichere Effekte
- Therapieintensität beeinflusste nicht (!) die erreichten Effektstärken, kurze Paartherapien waren genauso erfolgreich wie längere

Ergebnisse (2)

- Vermutlich hilft Paartherapie im Hinblick auf die Suchterkrankung nur, wenn auch tatsächlich Partnerschaftsprobleme vorliegen.
- Umgekehrt kann eine übermäßig gestörte Beziehung den Erfolg einer Paartherapie mit begleitender Suchtproblematik ebenfalls beeinträchtigen.
- Offenbar verbessert eine Paartherapie bei Suchtproblematik zunächst die Beziehung selbst, was im weiteren Verlauf zu einer Reduktion des Substanzkonsums und zu einer Reduktion der negativen Folgen des Substanzkonsums führt.

Therapeutische Prozesse und Aufgaben im BCT (O`Farrell, 1995, 2006)

- A. Das Paar für die Therapie gewinnen
 1. Förderung der Motivation und des Engagements zur Teilnahme
 2. Erstgespräch(e)
 3. Eingangsdagnostik
 4. Förderung des Commitments
 5. Start der Hauptphase des BCT

Therapeutische Prozesse und Aufgaben im BCT

B. Unterstützung der Abstinenz

1. Genesungskontrakt

Tägliche Vertrauensdiskussion

Selbsthilfeteilnahme

Urinproben (Drogen)

Unterstützende Medikation (Antabus, ...)

2. Weitergehende Abstinenzhilfen

Besprechung des Substanzkonsums oder der Risikosituationen

Verringerung der Exposition gegenüber Alkohol und Drogen („Stimuluskontrolle“)

Betrachtung stresshafter Alltagssituationen

Verringerung der für Konsum kontingenten und verstärkenden Verhaltensweisen

Therapeutische Prozesse und Aufgaben im BCT

- C. Verbesserung der Partnerbeziehung
 - 1. Förderung und Zunahme positiver Aktivitäten
 - „Catch your partner doing something nice“
 - Gegenseitige Belohnungen und Verstärkungen
 - Verwöhntage
 - 2. Verbesserung der Kommunikation
 - Kommunikationsübungen
 - Förderung des aktiven Zuhörens
 - Gefühle direkt und nicht verletzend ausdrücken
 - Bitten und Forderungen aushandeln
 - Konfliktlösungsstrategien
 - Problemlösungskompetenz

Therapeutische Prozesse und Aufgaben im BCT

- D. Fortsetzung und Vertiefung der Genesung
 - 1. Plan zur Weiterführung der Genesung
 - 2. Handlungsplan zur Verhinderung oder Minimierung von Rückfällen
 - 3. Check-up Termine für weitere Therapie
 - 4. Rückfallpräventionssitzungen
 - 5. Langfristige Paar- und Familienbelange

Therapeutische Strategien (Paartherapie)

Verhaltenstraining

1. Verhaltensaustausch/Reziprozitätstraining:
Steigerung der Rate positiver Transaktionen
2. Good-faith-Verträge/Quid-pro-quo-Verträge,
z.B. auf der Basis von Wunschlisten,
Verwöhntagen

Therapeutische Strategien (Paartherapie)

Kommunikationstraining

Steigerung des positiven und Verminderung
des negativen (non)verbalen Austauschs

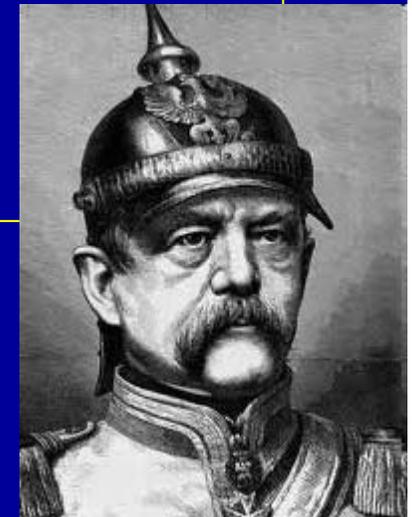
„5:1- Regel“

Videofeedback, Partnerfeedback

Resümee

Die Evidenz, dass eine Ausweitung des Hilfesystems auf die den Suchtkranken umgebende Familie geschehen muss, ist so deutlich, dass das Verharren in ausschließlich individuumorientierten Konzepten einen gesundheits- und versorgungspolitischen Kurzschluss darstellt.

Bismarck'sche Sozialgesetzgebung ab
1885



Paarinterventionen im Überblick

Paargespräch(e)

Paarberatung

Paartherapie

Partnerschaftstraining

Krisenintervention mit Paaren

Coaching für Paare

Trennungs- und Scheidungsberatung

Kurse und Support für Dating und Mating

[...]

Innovationen für die Suchthilfe

Nachsorgeangebote für Paare (ggf. in Kooperation mit Suchtselbsthilfe)

Paartherapie i.e.S. für Suchtkranke

Sexualberatung (einzeln, Paare)

Konflikt- und Kommunikationstraining

Freizeitpädagogische (Familien-) Angebote

Rückfallprävention für Partner

Trennungs- und Scheidungsbewältigung

Eine (neue) Partnerschaft finden und beginnen (Partnerschaftscoaching)

✓ **Treatments** *That Work*™

✓ **Overcoming Alcohol
Problems**

Workbook for Couples

Barbara S. McCrady
Elizabeth E. Epstein

BEHAVIORAL
COUPLES
THERAPY

for ALCOHOLISM
and DRUG ABUSE

Timothy J. O'Farrell
William Fals-Stewart

Literatur

Bodenmann, Guy (2013). Klinische Paar- und Familienpsychologie. Bern: Huber.

El Hachimi, M. & Stephan, L. (2012). Paartherapie – Bewegende Interventionen. Tools für Therapeuten und Berater. Heidelberg: Carl-Auer.

Grossmann, K. P. (2012). Langsame Paartherapie. Heidelberg: Carl-Auer.

Meyers, R.J. & Smith, J.E. (2009). Mit Suchtfamilienn arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Bonn: Psychiatrie verlag.

Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (2013; 4. überarb. Auflg.). Partnerschaftsprobleme? So gelingt Ihre Beziehung – Handbuch für Paare. Berlin: Springer.

Willi, J. (2011, 7. Auflg.). Psychologie der Liebe. Persönliche Entwicklung durch Partnerbeziehungen. Reinbek: Rowohlt.

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de

www.addiction.de