

### 3 Dyadische Aspekte von Depression

Innerhalb des klinischen Rahmens der Konzeption und Behandlung von Depressionen wurden die Partner der Patienten in unterschiedlichen Zusammenhängen einbezogen (vgl. Beach, 2001). Zunächst stand der Patient im Mittelpunkt und sein Lebens- und Beziehungskontext wurde als möglicher Einflussfaktor für die Entwicklung und Stabilität von Depressionen untersucht. Hierbei interessierten u.a. folgende Fragen: Wie kann man die Beziehungen von Patienten zu ihren Partnern beschreiben? Was sind charakteristische Merkmale? Welche Erklärungsansätze gibt es dafür? Unterscheiden sich die Beziehungen depressiver Patienten hinsichtlich Qualität und Stabilität von denen der Allgemeinbevölkerung? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ausprägung und Verlauf der Depression eines Partners und den Beziehungsmerkmalen? Wie lässt sich dies abbilden?

Ein zweiter Aspekt der Forschung bezog sich darauf, zusätzlich zur Beziehung depressiver Patienten deren Partner näher zu beschreiben. Gibt es charakteristische Merkmale von Partnern depressiver Patienten, die sie gegenüber der Allgemeinbevölkerung auszeichnen? Leben depressive Patienten mit Menschen zusammen, die selbst behandlungsbedürftig sind? Wenn ja, um welche Störungen handelt es sich? Hat der Gesundheitsstatus des einen Partners einen Einfluss auf die Ausprägung oder den Verlauf der Depression des anderen Partners?

Eine dritte Betrachtungsweise von Partnern depressiver Patienten im klinischen Kontext betraf die Frage, wie Partner optimal in die Behandlung der Patienten einbezogen werden können. In welchen Fällen ist eine gemeinsame Behandlung im Sinne einer Paartherapie indiziert? Welche paartherapeutischen Ansätze gibt es und wie entscheidet man über deren Anwendung? Ist Paartherapie so erfolgreich wie Einzeltherapie bzw. in welchen Fällen ist sie erfolgreicher?

Auf diese Fragen sollen die folgenden Kapitel 3.1–3.4 Antwort geben. Der Perspektivenwechsel hin zu der Sichtweise der Partner selbst und dazu, welche Situation sie erleben, wenn ihr Angehöriger depressiv ist, wird in Kapitel 4 vorgenommen.

### 3.1 Beziehungsqualität, Beziehungsstabilität und Interaktion

Bei etwa der Hälfte depressiver Patienten konnten erhebliche Störungen in den partnerschaftlichen und familiären Beziehungen nachgewiesen werden (Coyne & DeLongis, 1986). Dörner & Plog (1992) sprechen von einer „depressiven Entwicklung der Paarbeziehung“ (S. 193). Niedrige Ehequalität<sup>6</sup> und Depressivität sind häufig korreliert (Birtchnell, 1991; Hell, 1998) und die Scheidungsrate depressiver Patienten zwei Jahre nach der Behandlung ist neunmal höher als die der Allgemeinbevölkerung (Merikangas, 1984). Es liegt daher nahe, von einem Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung auszugehen und zu untersuchen, in welchen Aspekten die Beziehungen depressiver Menschen sich von denen nicht -depressiver unterscheiden.

Kontrollgruppenuntersuchungen weisen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höheres Konfliktpotential, vermehrte Kommunikationsstörungen und eine allgemein geringere Ehequalität für die Partnerschaften depressiver Patienten nach (Hahlweg, 1996). Auch im Vergleich mit anderen Patientengruppen schneiden die Familien mit einem depressiven Angehörigen schlechter ab, d.h. sie sind beeinträchtigt in ihrem standardisiert erfassten familiären Funktionsniveau. Dies zeigte sich im Vergleich mit Familien von Patienten, die an Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, bipolaren Störungen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen litten (Crowther, 1985; Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986). Offenbar weist das Leben mit einem depressiven Menschen Merkmale auf, die sich von dem gesunder und von dem anderer Patientengruppen unterscheiden. Depression hat nach Ansicht sowohl der Patienten als auch ihrer Partner einen stärkeren Einfluss auf das Eheleben als z.B. Rheuma oder eine Herzerkrankung (Bouras, Vanger & Bridges, 1986). Werden unterschiedliche affektive Diagnosegruppen (unipolar, bipolar, sekundär) bezüglich ihrer familiären Beziehungen miteinander verglichen, so lässt sich kein Unterschied feststellen (Bromet, Ed & May, 1984). Jedoch beeinflusst das Vorhandensein komorbider Störungen das familiäre Zusammenleben negativ (Keitner, Miller, Ryan, Epstein & Bishop, 1989).

In den meisten der Untersuchungen wurde die Variable „familiäres Funktionsniveau“ („family functioning“) standardisiert erfasst, nicht jedoch deren subjektive Bedeutung für die Befragten. Werden andere Prozesse z.B. im Rahmen des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas erforscht, ergibt sich ein differenzierteres Bild (s. Kap. 4).

---

<sup>6</sup> Ein grundlegendes Problem stellt die Bestimmung eines Kriteriums für Ehequalität dar. In der Literatur wird eine Reihe von Konzepten betrachtet, z.B. Eheglück, -anpassung, -zufriedenheit oder -erfolg. Ausschlaggebend für die jeweiligen Konzepte ist die subjektive Bewertung der Beziehung durch die Partner. Dabei zeigte sich, dass das interaktionelle Verhalten der Partner, ihre Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten die Ehequalität am stärksten determinieren (Hahlweg, 1990).

Es stellt sich die Frage, welche Aspekte der Partnerschaft mit dieser negativen Beziehungseinschätzung und der Beeinträchtigung des familiären Zusammenlebens zusammenhängen. Der vielversprechendste Ansatz diesbezüglich war zunächst die Interaktionsforschung. In einer Reihe von Studien wurde die Kommunikation zwischen den Partnern als Determinante der Beziehungsqualität untersucht. Negativer Affekt, Kritik und Spannungen waren kennzeichnend für die Interaktion zwischen depressiven Patienten und ihren Ehepartnern (Backenstraß, 1998; Hautzinger, 1998; Johnson & Jacob, 1997). In Problemlöseaufgaben äußerten sich die Sozialpartner depressiver Patienten positiver über sich selbst, waren aktiver und lösungsorientierter, kritisierten jedoch häufig ihren depressiven Partner (Biglan, 1985; Hautzinger, Hoffmann & Linden, 1982; Johnson & Jacob, 2000). Verglichen mit nicht-depressiven Kontrollpaaren war die Kommunikation von Paaren mit einem depressiven Partner öfter vorwurfsvoll, wenig positiv, direktiv und enthielt mehr ungünstig lange Sequenzen derartiger Interaktionen. In Verlaufsuntersuchungen zeigte sich, dass die Kommunikationsprobleme von Paaren mit einem depressiven Patienten sich in einem 12-Monats-Zeitraum besserten. Dies traf jedoch nicht auf alle Bereiche gleichermaßen zu (Keitner et al., 1995) und konnte insgesamt auch unter dem Niveau gesunder Kontrollfamilien verbleiben (Keitner & Miller, 1990).

Die meisten Studien zum Interaktionsverhalten in den Familien depressiver Patienten betrachteten die Defizite und Probleme in der familiären Interaktion, obwohl ca. die Hälfte der Familien depressiver Patienten auch in akuten Zeiten von einem guten familiären Zusammenleben berichteten (Keitner et al., 1995). Es ist daher kritisch anzumerken, dass eine defizit-orientierte Perspektive die Forschung zur Partnerschaft und zur Interaktion depressiver Patienten dominiert und wenig über hilfreich erlebte Formen des Umgangs und der Bewältigung der Familien bekannt ist.

Das ursprünglich in der Schizophrenieforschung entwickelte „Expressed Emotion“-Konzept wurde für die Charakterisierung der Interaktionsmerkmale in den Familien depressiver Patienten genutzt und auf den Verlauf von Depressionen bezogen (Hahlweg, 1996). Zur Bestimmung von „Expressed Emotion“ des Angehörigen schätzt man auf der Basis von Ton- und Videoaufnahmen nach Durchführung des Camberwell Family Interview (CFI) die Aussagen der Angehörigen bezüglich ihrer Einstellungen und Gefühle dem Patienten gegenüber auf folgenden fünf Skalen ein: „Kritik“, „Feindseligkeit“, „Emotionales Überengagement“, „Wärme“ und „Anzahl positiver Bemerkungen“. Bei Vorliegen von sechs oder mehr kritischen Äußerungen oder einem Rating von eins oder höher auf der Skala „Feindseligkeit“ oder einem Rating von drei oder höher auf der Skala „Emotionales Überengagement“ wird von einer hohen Ausprägung von „Expressed Emotion“ bei Angehörigen schizophrener Patienten gesprochen. Der Grenzwert für die Skala „Kritik“ verringert sich auf zwei oder mehr

Äußerungen für die Angehörigen depressiver Patienten, um als hoch „Expressed Emotion“ eingestuft zu werden (Hahlweg, 1996).

Nach einer Studie von Hayhurst, Cooper, Paykel, Vearnals & Ramana (1997) sind anhaltend hohe Werte von „Expressed Emotion“ besonders für den Verlauf von Depressionen relevant, da sie vermehrt in Familien mit einem chronisch depressiven Familienmitglied gefunden wurden. Der „Expressed Emotion“-Index sagt auch die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach akuten depressiven Episoden vorher. In der klassischen Untersuchung von Vaughn und Leff (1976) war ein Rückfall innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten für depressive Patienten in Familien mit einem hohen „Expressed Emotion“-Wert dreimal wahrscheinlicher als für Patienten in Familien mit einem niedrigen „Expressed Emotion“-Wert. Diese Untersuchung wurde ca. 10 Jahre später von Hooley, Ortleby und Teasdale (1986) repliziert. In ihrer Untersuchung hatten über die Hälfte (59%) der depressiven Patienten nach neun Monaten einen Rückfall, die nach einem stationären Aufenthalt zu einem Partner mit hoher „Expressed Emotion“-Ausprägung zurückkehrten, verglichen mit keinem der Patienten, die nach der Entlassung mit einem Partner mit einem niedrigen „Expressed Emotion“-Wert zusammenlebten. Das „Expressed Emotion“-Konzept regte eine Vielzahl von Untersuchungen an, in denen die Beziehung zwischen Interaktionsmerkmalen der Partnerschaft und Depressivität bestätigt werden konnte (Hinchliffe, Vaughan, Hooper & Roberts, 1977 und 1978; Hinchliffe, Hooper, Roberts & Vaughn, 1978; Hooper, Roberts, Hinchliffe & Vaughan, 1977; Hooper, Vaughan, Hinchliffe & Roberts, 1978).

Da das Interview zur Erfassung des „Expressed Emotion“-Indexes sehr aufwendig und klinisch wenig praktikabel ist, wurde nach anderen Möglichkeiten der Erhebung gesucht. Anstelle des langen Angehörigeninterviews wurden mehrere Kurzinstrumente entwickelt, von denen die Methode des Five-Minute-Speech-Sample (FMSS) sich als Screeninginstrument für „Expressed Emotion“ durchsetzte. Für depressive Patienten wurde die Kodierung der häufig auftretenden indirekten Kritik oder Feindseligkeit als „Verdeckte Kritik“ in das Kodiersystem des FMSS eingeführt (Leeb, Mundt, Fiedler, Ernst, Hober & Münzel, 1993). Auch mit dieser Methode konnte der Zusammenhang zwischen Depressivität und „Expressed Emotion“ nachgewiesen werden (Florin, Nostadt, Reck, Franzen & Jenkins, 1992). Weiterhin ist die Entwicklung von Fragebögen zur Messung der wahrgenommenen „Expressed Emotion“, z.B. die Level of Expressed Emotion Scale (LEE) (Gerlsma & Hale, 1997) in der Diskussion. Unklar ist jedoch, wie wahrgenommenes „Expressed Emotion“ und mit dem FMSS oder CFI gemessenes „Expressed Emotion“ zusammenhängen.

Auch Variablen der Partnerschaft wurden auf ihre Vorhersagekraft für den Verlauf von Depressionen geprüft. Aspekte der Bindung zwischen den Partnern (Hickie & Parker, 1992), Skalen zur Beschreibung der Ehebeziehung (Kerns, Haythornthwaite, Southwick & Giller, 1990; Kung & Elkin, 2000) und Aspekte der Beziehungsgeschichte (Cano & O'Leary, 2000) erwiesen sich ebenfalls als prädiktiv für den Verlauf von Depressionen. Bittet man den depressiven Patienten beispielsweise darum, einzuschätzen, wie unterstützend er seinen Partner aktuell erlebt, so sagt dieses Ergebnis den Krankheitsverlauf für die folgenden sechs Monate vorher (Hickie, Parker, Wilhelm & Tennant, 1991). Patienten, die ihren Partner als wenig unterstützend erleben, werden mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Besserungen ihres Symptombildes erfahren, verglichen mit Patienten, die ihren Partner als unterstützend erleben.

Wenn depressive Patienten eine wenig unterstützende Beziehung verlassen, beobachtet man bei ihnen ähnliche Symptomverbesserungen im Verlauf wie bei Patienten, die mit einem unterstützenden Partner zusammenleben (Hickie & Parker, 1992). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Beziehungswahrnehmung des Patienten (von Hickie und Mitarbeitern mit einer einzigen Frage erfasst) eher mit der Stabilität depressiver Muster zusammenhängen könnte als ein objektiv erhobenes Interaktionsmaß wie „Expressed Emotion“. Weiterhin wird deutlich, dass Trennungen depressiver Patienten nicht per se als negativ und als Konsequenz von Depression verstanden werden können. Vielmehr erscheint das depressive Symptommuster eines Menschen eng verwoben mit seinem Beziehungsmuster, so dass Veränderungen in einem dieser Bereiche Veränderungen in dem anderen hervorrufen.

Eine Beziehung wirkt sich günstig auf den Verlauf depressiver Krisen eines Menschen aus, wenn sie von ihm aktuell als unterstützend wahrgenommen wird. Als zentrale Komponenten einer positiven Beziehungswahrnehmung wurden „care“, „sympathy“ und „control“ beschrieben (Marks, Wieck, Checkley & Kumar, 1996). Für eine positive Beziehungsbilanz wurden weiterhin körperliche Anziehung und eine vertrauensvolle, intime Beziehung der Partner hervorgehoben (Marks et al., 1996). So wurden beispielsweise der „Seitensprung“ eines der Partner oder andere als „humiliating marital events“ (HMEs) bezeichnete belastende Ereignisse zeitnah zum Auftreten von depressiven Symptomen des anderen Partners beschrieben (Cano & O'Leary, 2000).

Die Paarprobleme depressiver Patienten erweisen sich in vielen Fällen als Ausdruck der Beziehungsgeschichte des Paares. Gestörte Kommunikation, wie sie sich beispielsweise als „Expressed Emotion“ zeigt, kann folglich auf „unspezifische Enttäuschungen, emotionale Distanzierungen, Verletzungen und Kränkungen, allgemein: Brüche in der emotionalen Verbundenheit miteinander“ (Riehl-Emde, 2000, S. 79) hinweisen. Für die Qualität und Stabilität einer Partnerschaft erwies sich die Beziehungskomponente

„Liebe“ als wichtigste prädiktive Dimension (Riehl-Emde, 2000). Es sind daher eher Merkmale des Paares als der Depression eines Partners, die dysfunktionaler Interaktion zugrundeliegen (Schmaling & Jacobson, 1990).

Die Abbildung der partnerschaftlichen Interaktion mit Hilfe des „Expressed Emotion“-Konzeptes hat auch aus anderen Richtungen Kritik erfahren. Es zeigte sich, dass die im „Expressed Emotion“-Index ermittelten Faktoren mit der Persönlichkeit des Sprechers und seiner eigenen Krankheitsgeschichte korrelieren (Mark et al., 1996). Die drei Komponenten von Feindseligkeit „Cynism“, „Aggressive Responding“ und „Hostile Affect“ stehen z.B. im Zusammenhang mit der Depressivität des Sprechers (Brummett, Barefoot, Feaganes, Yen, Bosworth, Williams & Siegler, 2000). Dieses Interaktionsmuster verweist demnach auf eigene Probleme. Es korreliert aber auch mit spezifischen Attributionsstilen. Partner mit hohen „Expressed Emotion“-Werten attribuieren Symptomverhalten als personal und veränderbar durch den Patienten (Hooley & Licht, 1997).

Auch erwies sich der „Expressed Emotion“-Index als nicht störungsspezifisch. „Expressed Emotion“ wurde in Familien mit Angehörigen mit Schizophrenie, Depression, Angststörungen und Essstörungen nachgewiesen und tritt auch in Familien mit gesunden Familienmitgliedern auf (Chambless & Steketee, 1999; Cierpka, 1989; Gerlsma, van der Lubbe & van Nieuwenhuizen, 1992; Reiter, 1993). Die Suche nach störungsspezifischen Systembedingungen fasste Cierpka (1989) unter dem Begriff „Spezifitätstheorie“ zusammen. Es wurde versucht, zusätzlich zu Interaktionsmerkmalen, spezifische Merkmale des Partners (Häfner, 1981) und der Familienstruktur (Peters, 1991; Zlotnick, Kohn, Keitner & Della Grotta, 2000) herauszuarbeiten, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen begünstigen. Im Ergebnis der Forschung muss jedoch festgestellt werden, dass es keinen empirischen Nachweis für depressionstypische Interaktionsmuster gibt (Keitner & Miller, 1990).

Vielmehr handelt es sich um ein interaktives Geschehen (Smolen, Spiegel & Martin, 1986), welches auch Auswirkungen des depressiven Symptombildes auf das partnerschaftliche Zusammenleben widerspiegelt. In einer Längsschnittstudie wies Menaghan (1985) beispielsweise nach, dass partnerschaftliche Probleme sich im Krankheitsverlauf verstärkten. Einige Merkmale, welche negative Auswirkungen auf die Interaktion der Partner haben, könnten im Zusammenhang mit den depressiven Symptomen erst entstehen. Dies sind z.B. Abhängigkeit (Birtchnell, 1991), negative Selbst- und Fremdwahrnehmung (Gara, Woolfolk, Cohen, Goldston, Allen & Novalany, 1993) und erhöhte Aggressivität (Wolfersdorf & Kiefer, 1998).

Im neueren Verständnis von „Expressed Emotion“ innerhalb der Schizophrenieforschung, wird dieses Kommunikationsmuster als Ausdruck einer komplexen Interaktion zwischen dem Erkrankten und seiner Familie aufgefasst. Belastungserleben, emotionales Überengagement, Kritik und Feindseligkeit werden aufeinander bezogen (Scazufca & Kuipers, 1996). In den letzten Jahren setzen sich verstärkt Prozessmodelle durch, welche die ursprünglich als störungsspezifisch beschriebenen familiären Muster als adaptive Phänomene im Sinne der Reaktion der Familie auf die eingetretene Erkrankung eines Familienmitglieds verstehen (s. Kap. 4).

### **3.2 Assortative Mating und Partnerwahl: Studien zur Konkordanz psychiatrischer Erkrankungen zwischen depressiven Patienten und ihren Partnern**

Die Frage nach der seelischen Gesundheit der Partner depressiver Patienten entstand im klinischen Setting und wurde zunächst an klinischen Stichproben untersucht. Es interessierte, ob die Partner der Patienten selbst an psychischen Störungen leiden. In einer Untersuchung von Merikangas & Spiker (1982) wurden 56 verheiratete Patienten mit affektiven Störungen in stationärer Behandlung und deren Partner untersucht. Hohe Konkordanzraten vor allem für Major Depression und für Alkoholismus wurden zwischen Patienten und ihren Partnern gefunden.

Das gleichzeitige Auftreten depressiven Verhaltens bzw. die gleichzeitige Behandlung beider Partner aufgrund einer Depression („simultane Depression“) konnte hingegen nicht belegt werden. Unter 8008 registrierten Personen mit stationärer Behandlung zwischen 1961–1971 in Norwegen fand sich kein einziger solcher Fall (Holte, Bjor, Sorvig & Abrahamsen, 1990). Nicht beachtet worden sind subklinische Phänomene. Auch das Problem unbehandelter depressiver Phasen und der Einfluss der Krankheit und Behandlung eines Partners auf das Hilfesuchverhalten des anderen Partners wird in dieser deskriptiv-statistischen Auswertung nicht berücksichtigt. Die Aussage kann daher nur sein, dass die Behandlung beider Partner aufgrund einer depressiven Symptomatik in diesem Zeitraum sehr selten war.

Allerdings ist die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen bei den Partnern depressiver Patienten höher als bei einer gesunden Kontrollgruppe. Die Untersuchung einer klinischen Stichprobe von Kindern depressiver Eltern ergab eine Lebenszeitprävalenz für die Diagnose Major Depression, Angststörung oder Alkoholismus von 69% für die Partner eines depressiv erkrankten Elternteils. Für die

Partner einer gesunden Kontrollgruppe lag die Lebenszeitprävalenz für diese Störungen bei nur 37% und damit deutlich unter der der Partner depressiver Patienten (Merikangas, Prusoff & Weissman, 1988).

Heun & Maier (1993) zeigten hingegen, dass Partner von Patienten nicht häufiger als Partner gesunder Menschen eine psychische Störung aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit von Partnern, an einer unipolaren Depression zu erkranken, lag zwischen .15 und .25, für andere Störungen sank die Wahrscheinlichkeit unter .03. In nur einem Fall waren beide Partner vor Beginn der Ehe an einer psychischen Störung erkrankt. Es wurde daher geschlossen, dass „assortative mating“ von nur geringer Relevanz ist.

Das bislang verwendete Studiendesign und die Auswahl der Stichproben sind kritisch zu betrachten. Gemeinsamkeiten zwischen Ehepartnern hinsichtlich physischer Merkmale wurden an repräsentativen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung gefunden. Die Konkordanz zwischen Partnern bezüglich psychiatrischer Morbidität wurde hingegen in der Mehrzahl der Fälle an klinischen Stichproben untersucht (Galbaud du Fort, Boivin & Kovess, 1993). Klinische Stichproben unterliegen jedoch einer systematischen Verzerrung. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Paar ausgewählt wird, hängt davon ab, ob ein Partner oder beide die interessierende Krankheit bereits haben. Auch ist die Wahrscheinlichkeit für das Aufsuchen von Hilfe und Behandlung durch die Partner nicht unabhängig voneinander. Aussagen bezüglich Gemeinsamkeiten von Partnern sollten demnach aufgrund von Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung getroffen werden.

In den letzten Jahren wurde dieser Argumentation vermehrt gefolgt und die Frage nach der Konkordanz psychiatrischer Krankheiten zwischen Partnern in epidemiologischen Studien untersucht. An 845 Paaren wurde beispielsweise eine Symmetrie in den Werten von psychologischem Stress und Wohlbefinden zwischen Partnern gefunden (Galbaud du Fort, Kovess & Boivin, 1994). Dies traf auch für Paare mit einer geringen Partnerschaftsdauer von unter zwei Jahren zu. Faktoren wie Bildungsstand, Altersunterschied und andere soziodemographische Variablen erklärten die Gemeinsamkeiten der Partner bezüglich psychologischem Stress und Wohlbefinden nicht. Es wurde daher von „assortative mating“ im Sinne persönlicher Präferenz und subjektiver Partnerwahl ausgegangen. Auch in der Untersuchung von Maes, Neale, Kendler, Hewitt, Silberg, Foley, Meyer, Rutter, Simonoff, Pickles & Eaves (1998) erklärten Alter, Religiosität und Bildung nur in einem sehr geringen Maße die Konkordanz für psychische Störungen zwischen den Partnern. Hier wurde ebenfalls eine primäre subjektive Auswahl im Sinne des „assortative mating“ geschlossen.

Galboud du Fort, Bland, Newman & Boothroyd (1998) wird als erste Studie eingeschätzt, in der Gemeinsamkeiten zwischen Partnern bezüglich psychiatrischer Morbidität an einem Sample aus der Allgemeinbevölkerung mittels standardisierter diagnostischer Kriterien ermittelt wurden. 519 Paare, von denen jeweils ein Partner bereits an einem Bevölkerungssurvey teilgenommen hatte, wurden unter Einsatz eines klinischen Interviews erneut befragt. Es zeigte sich eine signifikante Übereinstimmung in der Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen sowie für die antisoziale Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankungen. Dysthymia bei Frauen korrelierte mit generalisierter Angststörung und PTSD bei ihren Partnern. Offen ist jedoch die Frage nach den ätiologischen Mechanismen und der klinischen Relevanz der Ergebnisse.

McLeod (1993) fand an 586 Paaren aus einem Bevölkerungssurvey eine Übereinstimmung der Partner nur für Depressionen. Für die Lebenszeitprävalenz der Major Depression ließen sich nur schwache Konkordanzraten zeigen, wohingegen die Konkordanz für depressive Episoden statistisch signifikant war. Diese erhöhte sich nicht im Laufe der Beziehung. Der Einfluss partnerschaftlicher Variablen wie Interaktion und Beziehungsqualität muss aufgrund dieser Ergebnisse geringer als der der subjektiven Partnerwahl im Sinne des „assortative mating“ eingeschätzt werden.

Dufouil & Alperovitch (2000) untersuchten 318 Paare aus einer epidemiologischen Langzeitstudie zu kognitiven Faktoren und Alterungsprozess u.a. mit Fragebögen zu depressiven Symptomen und Angstsymptomen. Es zeigten sich statistisch signifikante positive Korrelationen für die Werte der psychologischen Skalen der Partner, wobei die Gemeinsamkeiten für depressive Symptome höher waren als für Angstsymptome. Auch in dieser Studie waren Alter und Bildungsstand keine erklärenden Variablen.

Vier Erklärungshypothesen für die Befunde zur Konkordanz der Partner bezüglich unterschiedlicher Merkmale wie Persönlichkeitstraits, Einstellungen, Stress und Wohlbefinden sowie psychiatrischer Morbidität wurden diskutiert (Feng & Baker, 1994). Diese waren „initial similiarity“, „attrition“, „convergence“ und „age covariation“. „Initial similiarity“, d.h. die subjektive Partnerwahl bei Ähnlichkeit beider Partner wurde aufgrund der Befundlage den anderen Hypothesen vorgezogen. Das Phänomen des „assortative mating“ kann als gut bestätigt gelten.

Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe waren die Frauen depressiver (hier bipolar erkrankter) Männer häufiger als die Männer depressiver Frauen selbst an einer affektiven Störung erkrankt (Dunner, Fleiss, Addonizio & Fieve, 1976). Auch bei rezidivierendem Verlauf wurde eine hohe Stabilität der Partnerschaften verzeichnet, so

dass sich die Trennungs- oder Scheidungsraten nicht von denen der Kontrollgruppe unterscheiden.

Hingegen war in der Langzeituntersuchung von Merikangas & Spiker (1982) die Scheidungsrate der Paare, in denen beide Partner als krank eingestuft wurden, höher als die von Paaren, in denen nur ein Partner wegen einer depressiven Symptomatik in Behandlung war. Die seelische Gesundheit der Partner der Patienten muss daher als ein Faktor eingestuft werden, der den Beziehungsverlauf beeinflusst.

Der Gesundheitsstatus der Partner depressiver Patienten ist nicht nur für den Beziehungsverlauf, sondern auch für den Verlauf der Depression relevant. In einer Studie von Merikangas, Bromet & Spiker (1983) zeigte sich bei einem Follow-up von 12 und 36 Monaten eine geringere soziale Anpassung der Patienten, wenn beide Partner erkrankt waren verglichen mit Paaren mit nur einem erkrankten Partner.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den letzten Jahren eine Reihe von Studien an repräsentativen und klinischen Stichproben das Phänomen des „assortative mating“ für Depressionen belegen konnten. Auch für andere Störungen, wie die Schizophrenien ist dies untersucht worden (Parnas, 1988). Für die Schizophrenien wird ein positiver Einfluss auf den Krankheitsverlauf mit dem Trend zur Symptombeeberung verzeichnet, wenn eine Partnerschaft zwischen zwei chronisch kranken Menschen besteht (Shanks & Atkins, 1985). Hingegen muss für Depression das Vorliegen der psychischen Störung bei beiden Partnern als Risikofaktor für den Krankheitsverlauf und den Bestand der Beziehung betrachtet werden.

### 3.3 Paartherapie und Paarberatung

Der Einbezug der Partner in die Therapie von Patienten kann allgemein in drei Aspekten beschrieben werden (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998). Erstens unterstützen Partner die Therapie und die Therapieziele und werden als wichtige Ressource für die Umsetzung therapeutischer Interventionen betrachtet. Beispielsweise spielen Partner eine wichtige Rolle in der Expositionsbehandlung bei Angststörungen, der Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen und der Compliance des Patienten bei der Neuroleptikabehandlung bei schizophrenen Psychosen.

Zweitens sind störungsspezifische Paarinterventionen entwickelt worden. Diese sollen dazu beitragen, bestimmte Verhaltensweisen des Paares zu modifizieren, die im

Zusammenhang mit dem Auftreten oder dem Aufrechterhalten von Symptomverhalten gesehen werden. Dies spielt u.a. eine Rolle bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen oder der Veränderung des Kommunikationsverhaltens von Partnern im Sinne des „Expressed Emotion“-Indexes.

Drittens wird eine Paartherapie selbst als Intervention zur Behandlung der Störung eines der Partner betrachtet, sofern der Beziehung Bedeutung für die Störungsentwicklung und den Verlauf zukommt. In dieser Anwendung werden Änderungen in der Beziehung mit Änderungen des Symptomverhaltens eines der Partner verknüpft.

Für Depressionen ist aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Beziehungs- und Krankheitsmerkmalen die dritte Komponente, die Paartherapie, zentral. Hierfür sind verschiedene Konzepte entwickelt worden. Diskutiert werden u.a. Ansätze, die lösungsorientiert mit der Technik des Reframing arbeiten (Coyne, 1986) und Ansätze, welche die Paarbeziehung als Entwicklungsumwelt für beide Partner in den Mittelpunkt stellen (Willi, 1996). Weiterhin bestehen Konzepte, die auf familientherapeutischen Prämissen in der Behandlung von Depressionen aufbauen (Reiter, 1993). Eine Sonderform stellt die speziell für Depression entwickelte Interpersonelle Therapie (IPT) dar (Schramm, 1996), wobei hier nicht notwendigerweise mit beiden Partnern gearbeitet werden muss. Vielmehr wird die Beziehung und das Beziehungsverhalten des depressiven Patienten zum Fokus der Therapie. Auf die einzelnen Ansätze kann in diesem Rahmen nicht ausführlicher eingegangen werden und es wird daher auf die Literatur verwiesen (vgl. Joraschky & Petrowski, 2002). Durch die Auflistung von paartherapeutischen Möglichkeiten in der Therapie von Depression wird allerdings verdeutlicht, dass diese Ansätze theoretische und praktische Relevanz in der Behandlung haben und gut ausgearbeitet sind. Offen ist hingegen die Frage nach der tatsächlichen Behandlungsrealität und der Evaluation der Programme.

In der Übersichtsarbeit von Baucom et al. (1998) konnten nur zwei kontrollierte Studien gefunden werden, die mit dem Ziel durchgeführt wurden, Paartherapie als Behandlungsvariante für Depression zu evaluieren. In der Untersuchung von O’Leary und Beach (1990) wurden 36 Paare untersucht, in denen die Ehefrau an einer Major Depression oder Dysthymia erkrankt war und in denen zusätzlich Eheprobleme bestanden. Die Paare wurden randomisiert drei Behandlungsbedingungen zugewiesen, einer Wartekontrollgruppe, kognitiver Einzeltherapie und Paartherapie. Es wurden keine Unterschiede gefunden bezüglich der Remission depressiver Symptome zwischen der Gruppe, die kognitive Einzeltherapie erhalten hatte und der Gruppe mit Paartherapie. Beide Gruppen waren allerdings bezüglich der Outcome-Variable „depressives Symptomverhalten“ der Wartekontrollgruppe überlegen. Hinsichtlich der

Verbesserung der wahrgenommenen Ehequalität konnten nur Effekte in der Gruppe nachgewiesen werden, die Paartherapie erhalten hatte.

Die Autoren bewerten die Ergebnisse als Beleg für die Verknüpfung von Merkmalen der Partnerschaft und depressiver Symptomatik. Sie unterstreichen, dass Paartherapie ein möglicher Behandlungsweg für Depressionen sein kann, mit dem neben der depressiven Symptomatik auch die Ehequalität positiv beeinflusst werden kann. Baucom et al. (1998) kritisieren jedoch die geringe Stichprobengröße, die sich ungünstig auf die Abbildung von Effektgrößen auswirkt. Auch wurden nur Paare untersucht, bei denen sowohl partnerschaftliche Probleme als auch depressive Symptome eines Partners vorlagen.

In einer Untersuchung von Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling & Salusky (1991) wurden 60 Paare untersucht, in denen die Ehefrau depressiv erkrankt war, jedoch bestanden nicht in allen Paaren parallel partnerschaftliche Probleme. Die Patienten wurden randomisiert den Bedingungen kognitive Einzeltherapie, Paartherapie und einer Kombinationsbehandlung aus beidem zugewiesen. Bezogen auf die Outcome-Variable „depressives Symptomverhalten“ war Paartherapie für Paare ohne Partnerschaftsprobleme weniger effektiv als kognitive Einzeltherapie. Für Paare mit Partnerschaftsproblemen waren sowohl die Ergebnisse beider Behandlungsbedingungen als auch die der Kombinationsbehandlung vergleichbar, die keine zusätzlichen Effekte brachte. Ebenso wie in der Studie von O’Leary und Beach (1990) konnte die Effektivität von Paartherapie in der Behandlung von Depression vor allem bei Patienten nachgewiesen werden, die in unbefriedigenden Partnerschaften leben. In Folgeuntersuchungen wurde gezeigt, dass Paartherapie der kognitiven Einzelbehandlung besonders dann in der Wirksamkeit überlegen ist, wenn die Partnerschaftsprobleme bereits vor Beginn der Erkrankung bestanden, die Beziehung von den Partnern negativ und unbefriedigend erlebt wird und kognitive Störungen beim depressiven Patienten gering ausgeprägt sind (Baucom et al., 1998).

Nachteile der vorliegenden Evaluationsstudien sind, dass die inhaltliche Bedeutung des evaluierten Konzeptes Paartherapie unklar bleibt. Auch ist wenig über depressiv erkrankte Männer und deren Partnerschaften bekannt.

Grundlage der meisten paartherapeutischen Interventionen ist die Perspektive, durch den Einbezug des Partners bzw. des Umfeldes die Depression des Patienten positiv zu beeinflussen. Demgegenüber wird von Willi (1996) gefordert, die Situation der Partner selbst zum Gegenstand der Intervention zu machen und den Partnern gegebenenfalls Entlastung und Unterstützung anzubieten: „Beratung und Betreuung der Angehörigen

können eventuell wichtiger und wirksamer sein als jene des Patienten“ (Willi, 1996, S. 179).

Mit dieser Perspektive sind in den letzten Jahrzehnten vor allem im angloamerikanischen Raum eine Reihe von Programmen zur Aufklärung und Entlastung der Angehörigen depressiver Patienten entwickelt worden (Anderson, Griffin, Rossi, Pagonis, Holder & Treiber, 1986; Daley, Bowler & Cahalane, 1992; Jacob, Frank, Kupfer, Cornes & Carpenter, 1987). Ziel dieser Programme ist die Vermittlung von Wissen über das Störungsbild Depression sowie über Grundlagen und Probleme menschlicher Kommunikation. Obwohl die Programme zum Teil variieren, beziehen sich alle auf die Problembereiche Krankheit und Beziehung. Sie beinhalten häufig eine Kombination aus dem Erwerb von Krankheitswissen, Kommunikationsregeln und individueller Stressbewältigungskompetenz. Jedoch stehen deutschsprachige Versionen, deren Evaluierung und Integration in die klinische Praxis aus.

Deutschsprachige Programme für Angehörige depressiver Patienten liegen bisher kaum vor (Blum & Dauenhauer, 1996; Reiter, 1997). Der geringe Einbezug der Angehörigen in die Depressionsbehandlung wird unter anderem auf mangelnde Ausbildungscurricula oder fehlende Implementierung der Angehörigenperspektive in bestehende Ausbildungsprogramme zurückgeführt (Reiter, 1997). Erst in letzter Zeit werden vor allem im stationären Setting Gruppen für Angehörige depressiver Patienten angeboten (Harter, Kick & Rave-Schwenk, 2002; Keller & Schuler, 2002). Die größte Gruppe von Angehörigen, die diese Gruppen nutzen, ist die der Ehepartner der depressiven Patienten. Die am meisten interessierende Thematik bezieht sich auf den Umgang mit dem kranken Partner (Keller & Schuler, 2002).

Unabhängig von den Diskussionen und Programmentwicklungen der professionellen Helfer spielt für die Angehörigen die Selbst- und Laienhilfe eine wichtige Rolle bei der Suche nach Informationen über die Krankheit und den Umgang mit der Situation (Angermeyer, Matschinger & Riedel-Heller, 1999; Wittmund, Bischof & Angermeyer, 2001). Erfahrungsberichte und Ratgeberbücher verweisen darauf, dass Angehörige nach Möglichkeiten suchen, sich auszutauschen und ihr eigenes Befinden auszudrücken (Holtz, 1994; Woggon, 1998).

### 3.4 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

Die Ergebnisse der Forschung zu dyadischen Aspekten von Depression sind für die Konzeption der vorliegenden Untersuchung, ihre Durchführung und Auswertung besonders relevant. Die bisherige Forschung zu spezifischen Merkmalen der Partnerschaft und der Partnerwahl kann als ein Hintergrund für das Verständnis der Situation der Partner betrachtet werden. Besonders drei Punkte sollen berücksichtigt werden:

1. Partnerschaften mit einem depressiven Patienten sind besonders problembelastet. Sie werden schlechter eingeschätzt als Partnerschaften mit einem gesunden Partner oder mit einem Partner, der an einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit leidet. Partnerschaften mit einem depressiven Patienten sind besonders durch Kommunikationsstörungen gekennzeichnet. Diese lassen sich dyadisch (z.B. in Problemlöseaufgaben), im strukturierten Interview mit dem Partner (CFI, FMSS) und in der subjektiven Einschätzung des depressiven Patienten (LEE oder offene Frage nach der wahrgenommenen Unterstützung) abbilden. Das Auftreten von Kommunikationsstörungen ist ein Prädiktor für den Verlauf der Depression. Ein wenig unterstützendes Umfeld ist depressionsfördernd. Diese problemorientierte, defizitorientierte Sichtweise beherrschte die bisherige Forschung. Weitgehend unklar ist hingegen, welche Merkmale und Strategien ein „unterstützendes“ Umfeld auszeichnen. Auffallend ist weiterhin, dass die Ehe- oder Lebenspartner depressiver Patienten mehr als „Merkmalsträger“ (z.B. von „Expressed Emotion“) denn als Subjekte in der Forschung betrachtet wurden. Offen ist daher, in welchem Kontext sich ein solches „Kritikmuster“ von „Expressed Emotion“ entwickelt. Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zu eigener Vulnerabilität des Sprechers, Überforderung und Belastungserleben, alten Verletzungen in der Beziehung und Einflüssen der akuten depressiven Symptome des Patienten. Es stellt sich daher die Frage, welche Umgangsformen für das familiäre Umfeld hilfreich sind. Hierfür ist eine konsequente Orientierung an der subjektiven Sicht der betroffenen Angehörigen notwendig.

2. Assortative Mating bedeutet, dass Partner depressiver Patienten häufiger als die Allgemeinbevölkerung eine psychische Störung in ihrer Lebensgeschichte aufweisen oder selbst aktuell erkrankt sind. Die Partnerwahl beruht auf Ähnlichkeit, d.h. Menschen, die eine hohe Vulnerabilität für Depressionen aufweisen, haben häufig einen Partner, dessen Vulnerabilität ebenfalls erhöht ist. Dies ist für das Verständnis der Situation der Partner insofern wichtig, da eine erhöhte Vulnerabilität die Wahrnehmung von Belastungen und Stress beeinflussen kann. Eigene depressive Denkmuster von Partnern können dazu führen, dass die Situation in dichotomer Weise eingeordnet wird:

alles oder nichts, gesund oder krank, Zukunft oder keine Zukunft, eigene Handlungsmöglichkeiten oder keine eigenen Handlungsmöglichkeiten. Dies wiederum hat einen Einfluss darauf, ob und wie eigene Gestaltungsmöglichkeiten der Situation wahrgenommen werden. Die eigene Erfahrung depressiver Episoden kann auch beeinflussen, wie die aktuelle Situation des erkrankten Partners gesehen und eingeschätzt wird.

3. Partner von Patienten werden vielfach als „therapeutische Ressource“ wahrgenommen, weniger jedoch in ihrer eigenen Situation unterstützt. Paartherapeutische Interventionen fokussieren die Situation des depressiven Patienten und sind besonders für Patienten mit unbefriedigenden Partnerschaften und Partnerschaftsproblemen effektiv. Psychoedukative Programme zur Verbesserung der Situation der Angehörigen von Patienten entstanden vor allem im angloamerikanischen Raum. Für den psychosozialen Versorgungsalltag hierzulande müssen jedoch Defizite im Sinne fehlender Kompetenzen und Ressourcen für die Angehörigenarbeit mit den Partnern depressiver Patienten festgestellt werden.