

Guy Bodenmann: Depression und Partnerschaft

Die Depression des einen Partners hat vielfältige Auswirkungen auf den anderen Partner, und zwar in Bezug auf private, soziale, finanzielle und gesellschaftliche Belange. Vielen Menschen ist auch nicht bewusst, wie sie mit der psychischen Störung ihres Partners umgehen sollen, wie sie ihn unterstützen und wie sie dabei für sich selber sorgen können. Es gibt Studien, die zeigen, dass die Befindlichkeit von verheirateten Frauen signifikant besser ist als diejenige von ledigen, geschiedenen oder verwitweten Frauen, wodurch bei dieser Gruppe das Depressionsrisiko am geringsten ist. Allerdings gilt dies nur dann, wenn die Partnerschaftsqualität befriedigend ist.

Bei rund 50% der gebesserten Depressionen tritt innerhalb von 5 Jahren ein Rückfall auf, innerhalb von 20 Jahren sogar bei 70-90%. Nur wenn eine exzessive Trauerreaktion länger als sechs Monate anhält, wird eine Depression diagnostiziert. Bei der Entstehung einer Depression wirken verschiedene Faktoren zusammen. Es ist ein Wechselspiel zwischen auslösenden Situationen (Verlust- oder Misserfolg), persönlicher Veranlagung, biochemischen Prozessen (Serotoninspiegel, Neurotransmitter) und psychischen Prozessen (Denkmuster). Der kognitiven Verarbeitung wird heute eine zentrale Rolle zugestanden.

Erklärungsansätze zur Entstehung und Erhaltung von Depressionen

Depressive Menschen nehmen häufig positive Reize der Umwelt nicht wahr oder interpretieren sie falsch, so dass sie von dort wenig Verstärkung und Positivität erhalten. Monotome Lebensbedingungen können depressionsrelevant sein, weil sie eine Abnahme von Verstärkern mit sich bringt. Eine solche lähmende Routine geht häufig im mittleren Alter mit der so genannten Midlife-Crisis einher. Eine Person mit vielen Verstärkern (z.B. kulturelle, sportliche Interessen, grosser Freundeskreis, usw.) ist somit weniger für Depressionen anfällig. Kritische Lebensereignisse (z.B. Verlust Arbeitsplatz, Umzug, Scheidung) führen zu einer Abnahme von Verstärkern, was zu Passivität führen kann, indem die Person weniger unternimmt, sich sozial zurückzieht. Nicht nur der Verstärkerverlust ist relevant, sondern die Erkenntnis der Person, dass ihr Verhalten nichts bewirken kann und Konsequenzen unabhängig vom eigenen Handeln eintreten. Erlebt sie diesen Kontrollverlust auf den Ausgang des Geschehens, dann erlernt sie diese Hilflosigkeit und beginnt passiv, demotiviert und resigniert zu reagieren. Bei häufiger Erfahrung von Nicht-Kontrolle beginnt die Person die Ursachen sich selbst zuzuschreiben. Diese Phase geht mit der Entstehung und Festigung der Depression einher. Ungünstig ist weiter, wenn Erfolge auf Glück und Zufall zurückgeführt werden. Bei diesem Erklärungsansatz spielen entsprechend nicht die einer Person verfügbaren Verstärker eine Rolle, sondern die Frage, ob man Einfluss (Kontrolle) auf die Erlangung dieser Verstärker hat. Einflussfaktoren sind hier vor allem die Erklärung von Handlungs-Ergebnis-Zusammenhängen im Kindesalter durch die Eltern und Lehrpersonen (z.B. Kommentar der Eltern bei einer guten Schulleistung des Kindes, dass es Glück gehabt habe, bei einer schlechten Leistung jedoch der Hinweis auf eine mangelnde Intelligenz des Kindes).

Interessant ist eine Theorie zur Erhaltung einer Depression. Danach geht man davon aus, dass der Depressive in seinem depressiven Verhalten durch die Umwelt verstärkt wird. Häufig erfolgt in einer ersten Phase eine starke Zuwendung der Umwelt, nahe

Bezugspersonen gehen verständnisvoll und fürsorglich mit ihm um, er erfährt dessen Zuwendung, Interesse und Verständnis. Genau diese Reaktionen verstärken aber die Symptomatik und chronifizieren sie. Gleichzeitig erschöpfen sich die unterstützenden Personen, werden der Krankheit überdrüssig, fühlen sich überfordert und frustriert und beginnen, sich zurückzuziehen. Dies wird vom Depressiven als Zurückweisung erlebt und als erneuter Beweis für sein Versagen gewertet.

Der zweite, kognitive, Ansatz fokussiert stärker auf die Informationsverarbeitung, d.h., darauf, wie Informationen verarbeitet werden (vgl. dazu, Die Macht der Gedanken, sechs Beispiele des falschen Denkens, z.B. Kritik wird persönlich und nicht situativ genommen und als Ablehnung der gesamten Person erlebt, Schwarz-Weiss-Malerei ohne Nuancen zu erkennen). Unter Normalbedingungen sind solche dysfunktionalen Informationsverarbeitungsprozesse (Schemata) nicht aktiv, wie werden erst durch schwerwiegende Stresssituationen aktualisiert.

Daneben gibt es auch biochemische Annahmen zur Entstehung von Depressionen (Mangel an Serotonin und/oder Noradrenalin). Das limbische System ist ein Gehirnareal, welches im Zusammenhang mit Emotionen und Triebzuständen relevant ist.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Entstehung von Depressionen sowohl genetische, biologische wie auch psychische und soziale Prozesse zusammenspielen. Damit es zu einer Depression kommt, sind in der Regel auslösende Ereignisse erforderlich. Die Person beginnt sich stärker mit sich selbst zu beschäftigen, nimmt negative Diskrepanzen (zwischen Zielen, Wünschen, Bedürfnissen und der Realität) wahr und fängt an, ihre Umwelt kognitiv negativ und dysfunktional zu interpretieren.

In 55-75% der Fälle geht einer Depression ein kritisches Lebensereignis voraus. In 90% der Fälle ist dies ein Verlustereignis (Tod, Trennung). Insbesondere nach einer Scheidung lassen sich signifikant stärkere psychische Folgen nachweisen, wie gesteigerter Drogen- und Alkoholkonsum, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Probleme oder Gewichtsprobleme, aber auch Zunahme von Verkehrsunfällen. Forscher geben für Geschiedene ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Hospitalisation an, das bei geschiedenen Männern siebenmal höher ist als bei verheirateten Männer, bei Frauen beträgt der Faktor drei. Bei Personen in Trennung liegt das Risiko, psychisch auffällig zu werden, sogar noch höher. Bei Männern 22:1, bei Frauen 8:1 im Vergleich zu denen, die nicht in Trennung leben. Auch die Zahl der Suizidversuche ist extrem erhöht: bezogen auf 100'000 Einwohner in den USA mit 10 für Verheiratete, 16 für Singles, für Geschiedene 48 und bei Getrennten gar 205! Der Verlust des Partners wird also von den meisten Menschen, vor allem, wenn sie verlassen werden, als schwieriges, kritisches Lebensereignis erlebt. Menschen mit starkem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, Verständnis, Unterstützung und Führung haben ein grösseres Risiko, in Situationen depressiv zu werden, die durch soziale Zurückweisung, soziale Kränkung oder Herabsetzung gekennzeichnet sind. Dagegen besteht bei Personen mit starker Tendenz, ihre Ziele erreichen zu wollen, mit hohen Leistungsstandards und starker Leistungsorientierung sowie grossem Autonomiebedürfnis eine grössere Depressivität, wenn ihr Handlungsspielraum eingeschränkt wird, z.B. infolge von Arbeitslosigkeit oder Misserfolgen.

Die meisten Erkrankungen an einer Depression erfolgen zwischen dem 30. und dem 40. Altersjahr. Da die meisten in dieser Zeit in einer Partnerschaft leben, stellt die Erkrankung auch eine Beeinträchtigung des Paares dar. Der Gesunde erfährt dann kaum Beachtung, oder wenn, dann im Sinne der Aufforderung, für den Kranken da zu sein und alles zu tun, damit es dem anderen wieder besser gehe. Dass der Partner aber selber darunter leidet,

sich überfordert fühlt und mit vielfältigen, auch negativen und ambivalenten Gefühlen konfrontiert wird, geht meist unter. Innerhalb des Paares sollte deshalb vermieden werden, dass sich eine ungesunde Rollenverteilung einschleicht: der Kranke und der Gesunde. Beide müssen ein faires Geben und Nehmen aufrechterhalten.

Depressionen sind kein bleibendes Merkmal einer Person. Deshalb sind Formulierungen besser wie: „Mein Partner leidet DERZEIT an einer Depression“. Oft ist er nur Nuancen, wenige Schritte von der Normalität entfernt. Die alltägliche Arbeit zum Aufbau von Kompetenzen lohnt sich deshalb!

Stimmungen sind ansteckend, positive wie negative. Eine Depression hat somit ein hohes Ansteckungsrisiko. Forschungen zeigen, dass Personen, die schon nur den Auftrag haben, eine depressive Person anzurufen, sich anders verhalten: einsilbiger, sprachen weniger und wirkten lustlos bis deprimiert. In Partnerschaften bedeutet das, dass der Gesunde sich auch anders zu verhalten beginnt. Die Kommunikation des Paares verändert sich, der Umgang miteinander wird beeinflusst.

Studien zeigen, dass bei 2/3 der Paare, bei denen einer depressiv ist, eine niedrige Partnerschaftsqualität vorliegt. Und in diesem Fall findet sich dann ein eindeutiger Zusammenhang mit häufiger sexueller Unzufriedenheit und häufig ungünstigem Interaktionsverhalten (Kommunikation). Mehr als 50% der Depressiven haben sexuelle Probleme. Weil aber sexuelle Aktivitäten und Zufriedenheit wichtige Aspekte einer zufriedenstellenden Partnerschaft sind, ist der Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und Partnerschaftszufriedenheit relativ hoch.

Die Wechselwirkung zwischen Depression und niedriger Partnerschaftsqualität ist also hoch, allerdings bleibt die Frage danach, was zuerst da war, ungeklärt.

Kommunikation bei Paaren mit einem depressiven Partner

Beim Partner des Depressiven findet sich häufig eine ausgeprägte Ambivalenz. Zwar hört er den Klagen zu, versucht zu unterstützen und entlasten, tut dies jedoch in missmutiger Stimmung, mit Vorwürfen oder Ablehnung.

Die Kommunikation bei solchen Paaren ist häufig durch Negativität gekennzeichnet. Allerdings ist schwierig zu sagen, welche Aspekte der negativen Kommunikation Folge der Depression oder Abbild einer niedrigen Partnerschaftsqualität sind.

Gerade bei chronischen Depressionen erschöpft sich nach einer gewissen Zeit die Geduld und Positivität des Partners, er verliert die Kraft und Motivation. Deshalb ist sein Verhalten dann immer mehr von Ambivalenz gekennzeichnet – er gibt sich Mühe, verständnisvoll zu sein, lässt aber dennoch eine gewisse Ungeduld und Gereiztheit „durchblicken“. Die Kommunikation des Partners eines Depressiven ist oft durch folgende Merkmale gekennzeichnet: häufige Gereiztheit, Kritik und Unmutsbekundungen, hohe Ambivalenz, Resignation, Einsilbigkeit, wenig Selbstöffnung, sondern starke inhaltliche Konzentration auf den depressiven Partner.

Auch beim Patienten zeigen sich Kommunikationsprobleme: So bekundet er Mühe, positive Signale als solche zu erkennen. Andererseits zeigt er selber öfter negatives Verhalten, hört nicht interessiert zu, zeigt häufiges Klage- und Jammerverhalten mit Selbstabwertungen,

Äussern negativer Erwartungen, Passivität (Problemlösung wird dem Partner überlassen), neigt zu Egozentrik und ist sparsam gegenüber dem Partner mit positivem nonverbalen und verbalen Verhalten.

Rolle der Beziehung für Entstehung, Aufrechterhaltung und Rückfall der Depression

50-70% der Frauen, welche erkranken, berichten von massiven Beziehungsproblemen im Vorfeld der Entstehung der Depression. 60% betrachten diese Probleme explizit als Grund für ihre Depression. Forscher gehen deshalb davon aus, dass Beziehungsprobleme das Depressionsrisiko um 30% erhöhen. Interessant ist, dass bei Männern häufiger die Depression nach ihrer Wahrnehmung erst zu Beziehungsproblemen führt, während es bei Frauen genau umgekehrt ist.

Für die Aufrechterhaltung bzw. Heilung ist der gesunde Partner durch seine Reaktionen auf das depressive Verhalten von Bedeutung. Denn gerade die Zuwendung, Rücksichtnahme und Schonung verstärken die Symptome. Der Depressive steht mit seiner Krankheit im Zentrum, seine Klagen finden Gehör, seine Apathie wird verstärkt und seine Interessenlosigkeit weiter gefördert. Das an und für sich gut gemeinte Verhalten erweist sich also als ungünstig und verstärkt die Depression oder hält sie mindestens aufrecht. Wenn es in der zweiten Phase zur Resignation des gesunden Partners kommt, wird dies vom Kranken als Beweis für seine Unattraktivität gewertet, was die Depression noch verschlimmern kann.

Eine Reihe von Studien spricht dafür, dass der Partner im Rahmen von Rückfällen eine wichtige Rolle spielt. So fand sich ein sechsfach erhöhtes Rückfallrisiko, wenn der Partner des Depressiven, welcher nach erfolgreicher Behandlung nach Hause zurückkehrte, sich diesem gegenüber kritisch, feindselig oder überfürsorglich (Bevormundung, Bemutterung) verhielt. Während bei diesem ungünstigen Verhalten das Rückfallrisiko 64% betrug, so lag es lediglich bei 11%, wenn der Partner dieses problematische Verhalten nicht zeigte.

Richtige und falsche Unterstützung

Eine glückliche Partnerschaft ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- emotionale Verbundenheit (Liebe) und Intimität
- Wunsch nach Langfristigkeit
- Verbindlichkeit und Engagement für die Beziehung
- Angemessene Kompetenzen bezüglich Kommunikation, Problemlösung und gemeinsamer Stressbewältigung
- Sexuelle Erfüllung

Bei Paaren, bei welchen ein Partner an einer Depression leidet, findet sich häufig eine Abnahme der emotionalen Verbundenheit, der Wunsch nach Dauerhaftigkeit kann eingeschränkt sein, Kompetenzen erschöpfen sich oder liegen nicht mehr vor, und bezüglich Sexualität verringern sich Häufigkeit und Zufriedenheit. Der Partner des Depressiven wird zumeist als erste Hilfestelle gesucht – er ist die wichtigste Unterstützungsressource. Seine

Anteilnahme wird erwartet und eingefordert. Studien zeigen jedoch, dass das Nachsuchen um Unterstützung reduziert ist und auch die gemeinsame Stressbewältigung seltener vorkommt. So sucht der Partner des Depressiven kaum mehr Unterstützung beim Depressiven, da er diesen nicht noch zusätzlich belasten möchte und ihm eine effektive Unterstützung auch nicht zutraut. Dadurch kommt es zu einer Störung des Gleichgewichts innerhalb des Paares, zu der beschriebenen ungünstigen Rollenverteilung und zu einer Abwertung des Depressiven im Sinne von: „Er kann nur unterstützt werden, selber aber nicht unterstützen, da es ihm zu schlecht geht“.

Von Bedeutung ist daher, dass beide einander Unterstützung zu geben versuchen und dass auch der Depressive sich um die Belange, Sorgen und Probleme des Partners zu kümmern versucht. Die Unterstützung muss also reziprok (wechselseitig) sein. Das Paar sollte versuchen, das Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen auch während der Krankheitsphase aufrecht zu erhalten. In neueren Studien hat sich die gemeinsame Stressbewältigung als noch bedeutsamer für die Beziehungsqualität erwiesen, als die Kommunikation. Dies deshalb, da sie noch weiter geht, als sich nur gegenseitig auszutauschen. Es geht um die Erfahrung, dass der andere für einen da ist, dass er sich für das Leben des Partners interessiert und man sich auf ihn verlassen kann. Gemeinsame Stressbewältigung meint aber auch, dass man persönliche negative Erfahrungen miteinander teilt, sich einander in seinen Schwängen, Ängsten, seiner Traurigkeit und Inkompetenz begegnet und doch zueinander steht. Erst dadurch wird echte Intimität und Verbundenheit möglich, und beide Partner können einander unmaskiert und ehrlich begegnen.

Falsche Unterstützung:

- ambivalent: „Hier sind deine Medikamente, nimmt sie jetzt, sonst geht es wieder unter. Wenn ich mich nicht darum kümmere, passiert nichts“.
- Kritik und Abwertung: „Schon wieder kannst du das nicht alleine, schau, so macht man das“.
- Dem Depressiven das Gefühl geben, abhängig zu sein und selber nichts zu taugen.

Richtige Unterstützung:

- Aufmunterung zu Aktivitäten
- Loben für Ideen, Handlungen und Aktivitäten
- Vorschlagen von Aktivitäten
- Ihm zumutbare und lösbare Aufgaben geben und ihn in den Alltag aktiv einbinden – dann loben.
- Animieren von Bekannten und Freunden, ihn in Aktivitäten einzubinden und ihn als vollwertig anzusehen.
- Umbewertung: Die depressiven Gedanken hinterfragen.
- Gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen, nicht aber die Lösungen schon fertig präsentieren.

Wichtig ist schliesslich, dass auch der gesunde Partner sich um sich selber und seine Kräfte sorgt. Das soziale Umfeld sollte auch für ihn Verständnis zeigen. Er sollte auch selbst etwas für sich unternehmen. Weil sich die Kräfte und Motivation des Umfelds rasch erschöpfen ist auch wichtig, sich professionelle Hilfe zu holen. Depressionen erfordern in der Regel eine Behandlung. Dabei ist die Psychotherapie den Medikamenten überlegen. Antidepressive

sind vor allem eine momentane Krücke, bringen aber keine Heilung. In der Gesprächstherapie sollte es vor allem um Aufbau und Förderung von persönlichen Ressourcen und Kompetenzen gehen. Im kognitiven Ansatz (der gemäss Studien den anderen Ansätzen bei der Behandlung von Depressionen überlegen ist) werden mittels Sprachprotokollen die Zusammenhänge zwischen den in verschiedenen Situationen auftretenden dysfunktionalen Gedanken und den damit einhergehenden Gefühlen aufgezeigt und wird dem Patienten verdeutlicht, dass seine Art, zu denken und Situationen zu interpretieren, seine Gefühle der Traurigkeit etc. bedingt. Entsprechend versucht der Therapeut mit dem Patienten zusammen alternative, positive Gedanken zu finden, welchen diesen dysfunktionalen Gedanken entgegengesetzt werden können. Hier kommt vor allem der sokratische Dialog als Methode zum Einsatz. Der Therapeut versucht durch offene Fragen, den Patienten zum Nachdenken und zur Selbstkritik anzuregen, und hilft ihm dabei, eigene Lösungen zu erarbeiten. 98% der mit einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelten Patienten zeigten bessere Ergebnisse im Hinblick auf Heilung als Kontrollgruppen. Gegenüber Medikamenten ist die Symptomreduktion um 70% besser. Hinzu kommt, dass psychologische Therapien nachhaltigere Besserungen bringen.

Vieles spricht dafür, den Partner auch bei einer individuellen Beratung des Depressiven in die Behandlung einzubeziehen. Erstens leidet auch er unter der Depression des Partners. Zweitens spielt der Partner, wie oben ausgeführt, in vielen Fällen bei der Aufrechterhaltung der Krankheit ungewollt eine wichtige Rolle, indem er durch inadäquates Eingehen die Symptome verstärkt. Es ist für den Behandlungserfolg deshalb entscheidend, dass auch der Partner sich richtig verhält und vom Therapeuten auf ein angemessenes Verhalten hingewiesen wird. Drittens kann das Engagement des Partners bei der Behandlung für den Depressiven motivieren sein.

Inhalte dieser gemeinsamen Therapiesitzungen sind:

- Erklärung der Rolle, die der Partner im Zusammenhang mit der Depression spielt.
- Anhörung des gesunden Partners bezüglich seines eigenen Erlebens der Depression und Hilfestellungen zu seiner eigenen Gesundheitspflege.
- Hinweise auf einen günstigen Umgang mit der Depression des Partners.

Oft ist es auch sinnvoll, direkt eine Paartherapie zur Behandlung der Depression vorzuziehen, wenn:

- Die Partnerschaftsqualität niedrig ist.
- Der Partner dem Depressiven mit viel Ambivalenz, Kritik oder Hostilität (Bösartig) begegnet.
- Der Partner der Paartherapie zustimmt und motiviert dafür ist.

In der [kognitiven Verhaltenstherapie für Paare](#) wird versucht, die wechselseitige Positivität im Alltag zu fördern sowie die Kommunikation, Problemlösung und gemeinsame Stressbewältigung. Zu Beginn werden Belastungen des Paares im Zusammenhang mit der Depression besprochen und aus Sicht des Patienten wie des Partners diskutiert. Das Reziprozitätstraining ist eine Methode, welche zu Beginn der Therapie eingesetzt wird, um gegenseitigen Respekt, Achtung und Wertschätzung wiederherzustellen, welche wiederum Grundlage für das Kommunikationstraining, das Problemlösetraining und die Förderung der dyadischen Bewältigung dient. Die Intervention erfolgt in vier Schritten. Zuerst werden die Partner aufgefordert, sich zu überlegen, was sie im Alltag tun können, um dem Partner

Freude zu bereiten. In einem zweiten Schritt werden die Listen mit möglichen Verstärkern miteinander diskutiert und im dritten Schritt werden beide Partner aufgefordert, im Alltag nun zu beobachten und zu bemerken, wenn der Partner etwas von dieser Freude bereitenden Aktivitäten umsetzt. Bei den Gesprächsübungen werden die bei Depressiven und ihren Partnern häufig festzustellenden negativen Formen der dyadischen Unterstützung (ambivalent und/oder hostile Unterstützung) oder unangemessene Unterstützung des Partners (Schonung, Entlastung, usw.) problematisiert, und es wird darauf hingearbeitet, dass die wechselseitige dyadische Unterstützung weder diesen negativen Charakter hat, noch im Sinne eines emotionalen Überengagements erfolgt. Ferner wird das Paar angehalten, auf die Wechselseitigkeit der Unterstützung zu achten. Beide sollen versuchen, einander ausgewogen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen. In vielen Fällen wird zudem ein Akzent auf die wechselseitige Akzeptanz gelegt. So wird mit dem Paar herausgearbeitet, was einem am anderen stört, welche seiner Eigenschaften man nicht mag und worunter man beim Partner leidet. Einige dieser negativen Aspekte kann man verändern und sollte man zu überwinden versuchen. Andere gehören zur jeweiligen Persönlichkeit des Partners, sind Ausdruck seiner Person und Lebensgeschichte. Das Paar wird aufgefordert, sich zu überlegen, welche Eigenschaften des anderen man sich verändert wünscht und welche man am anderen zu akzeptieren bereit ist. Ziel dieser Auseinandersetzung ist es, Kompromisse zu suchen und sich wechselseitig mit mehr Toleranz und Grosszügigkeit zu begegnen.

Der Hauptgewinn einer Paartherapie gegenüber einer Einzeltherapie zur Behandlung einer Depression liegt in der Einbeziehung des gesamten Systems, in der besseren Prognose mit einer längerfristig geringeren Rückfallgefahr. Eine Studie zeigt, dass die Besserung bei Paaren mit niedriger Partnerschaftsqualität durch eine Paartherapie bei 89% lag. Die Besserungsrate ist allerdings geringer, wenn die Partnerschaftsqualität hoch ist.