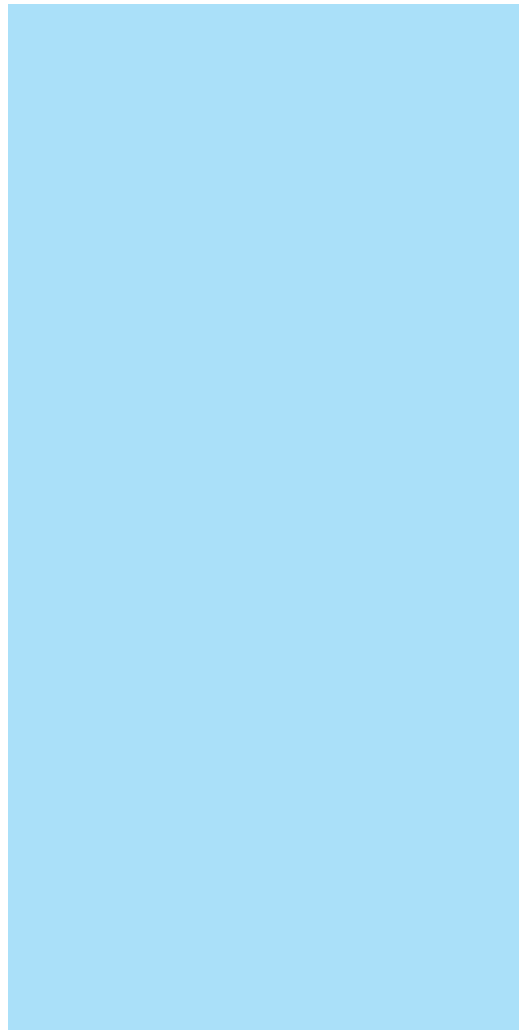


B. Störungsbezogener Teil

Teil VIII
Störungen von inter-
personellen Systemen



41. Beziehungs- und Sexualstörungen

41.1 Klassifikation und Diagnostik

Dirk Revenstorf und Elsbeth Freudenfeld

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1005	2.3 Störungen des Familiensystems	1009
2. Klassifikation	1005	3. Diagnostik	1010
2.1 Beziehungsstörungen	1005	4. Literatur	1012
2.2 Sexualstörungen	1007		

1. Einleitung

Von vielen Autoren wird die Auffassung vertreten, daß Beziehungsstörungen und funktionelle Sexualstörungen zwei Seiten derselben Medaille seien und daher gemeinsam behandelt werden sollten (Arentewicz & Schmidt, 1980). Eine strikte psychophysische Parallelität scheint jedoch zwischen diesen Bereichen nicht vorzuherrschen, sondern manche Paare tragen ihre Konflikte mehr auf der verbalen, andere mehr auf der sexuellen Ebene aus. Es ist immer nötig, in der Paartherapie frühzeitig nach der sexuellen Beziehung zu fragen. Und es ist immer sinnvoll, in der Sexualtherapie die nicht-sexuelle Kommunikation zu durchleuchten, sofern ein Partner vorhanden ist. Die Störungsbilder werden im folgenden nach drei Rubriken geordnet: Paar-Beziehung, Sexualität und Familie.

2. Klassifikation

2.1 Beziehungsstörungen

Wenn individuelle Charaktere und ihre Störungen schon vielgestaltig sind, so wird die Vielzahl der Beziehungstypen mit deren möglichen Störungen fast unübersehbar. Reiter (1983) katalogisiert etwa 30 Ansätze zur Klassifikation

von Beziehungen und deren Störungen, wobei die Anzahl der Typen innerhalb der Ansätze zwischen 2 und 20 schwankt.

Es gibt Störungen, die auf *individuelle Persönlichkeitsmerkmale* und die entsprechende *neurotische Partnerwahl* zurückgehen, wie beispielsweise bei depressiven, hysterischen oder auch sadistischen Zügen eines Partners. Willi (1975) spricht in diesem Zusammenhang von *Kollusionen*, die er auf Fixierungen in psychosexuellen Phasen (narzistisch, oral, anal und phallisch) zurückführt. Dabei unterscheidet er eine regressive und eine progressive Form der Fixierung, die sich in der Paarbeziehung komplementär ergänzen. Etwa wird in der analen Fixierung das Thema der Kontrolle zur Kollusion, indem der eine Partner den anderen dominiert und dieser sich unterwirft. Oder der oral regressive und oral progressive Partner ergänzen sich, indem sich der eine versorgen läßt und der andere versorgt. Es finden sich auch andere komplexe Formen der Komplementarität zwischen den Merkmalen beider Partner: so etwa beim Sadismus und Masochismus oder beim Zwangscharakter und hysterischen Charakter. Für Einzelheiten darf auf Reiter (1983) verwiesen werden.

Zusätzlich können Beziehungsstörungen in Bezug auf ihre zeitliche Entwicklung betrachtet werden: so können Beziehungen problematisch

werden, wenn sie sich im Laufe der Zeit nicht weiterentwickeln. Sie können auch dann problematisch werden, wenn einer der Partner einen individuellen Entwicklungsschritt im Sinne seiner *Individuation* vollzieht, oder sie können durch eine zunehmende Verhärtung eines zugrundeliegenden *neurotischen Konflikts* beider Partner kritisch werden (*Verklammerung*), der – in beiden Persönlichkeitsstrukturen angelegt – durch gegenseitige Passung bei mangelnder Flexibilität zur Eskalation tendiert (vgl. Revenstorf, 1985).

Nach mehreren Langzeitstudien, in denen die Interaktion von Paaren beobachtet und ausgewertet wurde, entwickelte Gottman (1993b) eine *Balance-Theorie*, nach der die Stabilität oder Auflösung von Beziehungen anhand zweier Variablen vorausgesagt werden kann: das Überwiegen von positiven Gesprächsreaktionen (Interesse, positive Zuwendung usw.) oder von negativen Gesprächsreaktionen (Kritik, Abwertung, abwehrendes Verhalten usw.). Nach dieser Theorie stellt sich für jedes Paar ein spezifisches Verhältnis zwischen Positivität und Negativität ein, das prognostische Aussagen zuläßt. Danach erhalten die Beziehungen die beste Prognose, in denen das Verhältnis zwischen positiven und negativen Interaktionen bei 5:1 liegt, während instabile Ehen ein Verhältnis von kleiner als 1:1 aufweisen. Jedoch erwiesen sich nicht alle negativen Reaktionen als gleich schädigend für die Beziehung: Wut und Ärger weisen nicht auf eine zukünftige Trennung hin, während kritisierendes Verhalten der Ehefrau, Verachtung und Abwehr bei beiden Partnern und «Abschotten» des Ehemannes die größte prognostische Validität für eine spätere Scheidung haben. Eine weitere Typologie findet sich bei Fitzpatrick (1988).

Auf der Balance-Theorie basiert eine Beziehungstypologie, die fünf Arten von Paaren anhand ihres Sprecher- und Zuhörerverhaltens unterscheidet (Gottman, 1993a), wobei sich die ersten drei Gruppen als stabil und die anderen beiden als instabil erwiesen:

(1) *Impulsive Paare* zeichnen sich durch emotionale Expressivität aus, und zwar in positive wie in negative Richtung. Streit und lebhaftes Auseinandersetzungen nehmen in diesen Beziehungen viel Raum ein, gehen aber immer auch mit dem Ausdruck von Humor, Interesse und Zuneigung einher.

(2) *Sich bestätigende Paare* bewältigen ihre Konflikte in Diskussionen, in denen sie unterstützend und respektvoll miteinander umgehen und kooperativ an einer Lösung arbeiten, die beide Seiten befriedigt. Emotionen kommen nur gemäßigt zum Ausdruck.

(3) *Konfliktvermeidende Paare* betonen ihre Gemeinsamkeiten, während sie den Unterschieden nur geringe Bedeutung beimessen. Konflikthafte Themen werden am liebsten ignoriert oder nur kurz diskutiert, um möglichst schnell die Harmonie wiederherzustellen.

(4) *Feindselige Paare* sind in Konfliktsituationen zwar engagiert, verhalten sich dabei aber anklagend und abwehrend. Typisch für deren Auseinandersetzungen sind «Gedankenlesen», gegenseitige negative Unterstellungen («Das machst du nur, weil ...») und verallgemeinernde Anklagen («Du bist immer/nie ...»).

(5) *Feindselig-distanzierte Paare* wirken im Umgang miteinander emotional gleichgültig, können aber über triviale Themen in kurze, heftige Auseinandersetzungen geraten, wobei ein Partner attackiert, während der andere abwehrt und sich zurückzieht.

Interessant an dieser Typologie sind vor allem die erste und die dritte Gruppe, die zwei häufig angenommene Hypothesen für Dysfunktionalität in der Ehe widerlegen: nämlich daß sowohl emotionale Eskalation als auch Konfliktvermeidung zur Verschlechterung von Beziehungen beitragen. Das Geheimnis der Stabilität dieser Beziehungen scheint demnach darin zu liegen, daß die Partner sich gegenseitig und die Beziehung überwiegend positiv einschätzen, was sich in ihrer Interaktion in einer günstigen Balance zwischen konstruktiven und destruktiven Reaktionen ausdrückt.

Viele der Typologien, wie die von Gottman, haben eine systematische Basis, andere wiederum entstammen der klinischen Beobachtung. Doch keiner von ihnen kann man ohne weiteres den Vorzug klinischer Praktikabilität geben. So interessant sie im einzelnen erscheinen mögen, die Frage nach der Indikation läßt sich anhand solcher Kategorien meist nicht beantworten.

Der Therapeut muß entscheiden, ob der Schwerpunkt der Therapie a) im sexuellen Bereich liegt, oder b) in der verbalen Kommunikation oder c) im Austausch auf der Handlungsebene. Sollen d) individuelle neurotische Anteile – die sich eventuell ergänzen – betrachtet werden, oder soll e) die Beziehung zu den Eltern oder zu den Kindern mit einbezogen werden? Diese diagnostischen Fragen klären sich meist erst im Verlauf der Therapie: einerseits anhand des Interventionsrepertoires des Therapeuten, zum anderen durch das Angebot der Klienten. Hilfreich erscheint auch die Unterscheidung von Stufen der Intervention, die auf Amendt (zitiert nach Wendt, 1979) zurückgeht: die «Limitierte Intervention», die «Spezifische Suggestion» und die «Intensive Therapie» (LI-SS-IT).

In DSM-IV bzw. ICD-10 finden wir Zusatzkategorien, mit denen Beziehungsstörungen codiert werden können:

- DSM-IV: andere klinisch relevante Probleme (Achse I), Bereich menschliche Probleme: Partnerschaftsprobleme (ICD-9-CM: V61.1), zwischenmenschliche Probleme im Zusammenhang mit einer psychischen Störung oder einem medizinischem Krankheitsfaktor (V61.9).
- ICD-10: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Kap. XXI [Z]): Z63.0 Probleme in der Beziehung zum (Ehe)partner.

2.2 Sexualstörungen

Unter Sexualstörungen werden unterschiedliche Störungen subsumiert. Zu unterscheiden sind sexuelle Funktionsstörungen (ICD 10: F52), Störungen der Geschlechtsidentität (F64; z. B. Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen) und Störungen der Sexualpräferenz (F65; z. B. Pädophilie). Im folgenden wird nur auf die Funktionsstörungen eingegangen.

Die früher üblichen Bezeichnungen «Impotenz» und «Frigidität» bei männlichen oder weiblichen Sexualstörungen haben sich als zu global und zudem als diskriminierend erwiesen. Um Störungen der Sexualität zu differen-

zieren, wird im DSM-IV zwischen vier Phasen des sexuellen Erlebens unterschieden: einer Appetenz-, einer Erregungs-, einer Orgasmus- und einer Resolutions-Phase.

Für die *Appetenzphase* werden sexuelle Aversion und Mangel oder Verlust des sexuellen Verlangens als Störungen genannt. In ICD-10 wird zusätzlich gesteigertes sexuelles Verlangen klassifiziert.

In der *Erregungsphase* können für Mann und Frau gleichermaßen eine Erregungsschwäche oder ein Erregungsverlust vorliegen, die in der mangelhaften Blutfülle und geringen Schwellung des Penis beim Mann, bzw. der Schamlippen und der Scheidenumgebung bei der Frau, zum Ausdruck kommen. Diese Phase geht bei der Frau mit der Lubrikation der Scheide einher, die vermindert sein kann. Analog kann beim Mann eine Erektionsschwäche vorliegen.

Beim männlichen *Orgasmus* läßt sich die Emission von der Ejakulation unterscheiden. Während mit der Ejakulation die Beförderung des Ejakulats durch die Harnröhre nach außen gemeint ist, die durch die quergestreifte Muskulatur der Penisbasis bewirkt wird, stellt die Emission die Kontraktion der inneren Geschlechtsorgane dar (Samenblase, Prostata und Samenleiter). Hierdurch wird das Ejakulat in den hinteren Teil der Harnröhre befördert. Diese Phase wird vom Mann als Unvermeidlichkeit der Ejakulation wahrgenommen. Beim weiblichen Orgasmus wurde früher zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus unterschieden, was heute als unzutreffend angesehen wird. Der weibliche Orgasmus wird als ein einheitlicher Reflex klonischer Kontraktionen bestimmter Muskelgruppen angesehen, der gleichermaßen entweder durch Reizung der Klitoris oder der vaginalen Schleimhaut ausgelöst werden kann. Eine anatomische Struktur an der Vaginaoberfläche, durch deren Reizung der Orgasmus besonders leicht veranlaßt wird (der sog. Grafenbergpunkt), hat sich ebensowenig bestätigen lassen, wie die Absonderung einer Flüssigkeit während des Orgasmus, analog zum Prostatasekret des Mannes (Ladas, Whipples & Perry, 1983; Masters & Johnson, 1993). *Orgasmusstörungen* bestehen darin, daß der Orgasmus gar nicht oder nur stark verzögert eintritt und können

sowohl beim Mann wie auch bei der Frau auftreten. Der früher für die weibliche Orgasmusstörung übliche Begriff Anorgasmie erscheint zu ausschließlich und wird nicht mehr verwendet. Als Störung der männlichen Orgasmusphase kann eine verfrühte Ejakulation (*Ejaculatio praecox*) auftreten, die einen befriedigenden Geschlechtsverkehr für beide Partner verhindert. Als speziell weibliche Reaktionen werden zwei *Schmerzstörungen* beschrieben. Beim *Vaginismus* kommt es zu einer reflexartigen Verkrampfung der Scheidenmuskulatur beim Versuch der Penetration. Als *Dyspareunie* werden Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs, wie Jucken, Schmerzen oder Brennen beschrieben.

Für die *Resolutionsphase* zählt Zimmer (1985) zudem Mißempfindungen nach dem Geschlechtsverkehr zu den Sexualstörungen (Schmerzen, Erschöpfung, depressive oder aggressive Verstimmungen).

Sexualstörungen werden als primär bezeichnet, wenn Erregung oder Orgasmus noch nie stattgefunden haben; sie werden sekundär genannt, wenn sie nur in bestimmten Situationen vorkommen oder zu einem anderen Zeitpunkt abwesend waren. Bevor eine Differenzierung der

funktionellen Sexualstörungen vorgenommen werden kann, sind *organische Störungen* der Sexualität abzuklären. Organische Befunde, die einer sexuellen Störung zugrunde liegen können, sind bei der Frau beispielsweise eine mißlungene Dammnahrt nach der Geburt oder beim Mann die Verengung der Vorhaut (Phimose). Außerdem können Mißbildungen der äußeren Geschlechtsorgane sowie Hymenreste zu Störungen des sexuellen Erlebens führen.

Sexuelle Probleme treten häufig unter *Drogeneinfluß* auf. So finden sich bei Alkoholikern oftmals Appetenzverlust, Erektionsschwäche oder *ejaculatio praecox*, während es bei Drogenabhängigkeit zum Ejakulationsverlust kommen kann. Des weiteren wirken sich viele Neuroleptika, Antidepressiva, Sedativa, Antiepileptika, Beta-Blocker und andere Pharmaka negativ auf die sexuelle Appetenz und Erregung sowie die Orgasmusfähigkeit aus. Tabelle 1 enthält zusammenfassend die wichtigsten Störungen. Nicht eingegangen wird hier auf Mißbrauch und sexuelle Abweichungen (vgl. ICD-10: F65): Fetischismus, fetischistischer Transvestismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie und Sodomasochismus. Ihre Behandlung würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen.

Tabelle 1: Psychosexuelle Funktionsstörungen im Überblick (DSM-IV mit ICD-9-CM und ICD-10 Code)

Phase	Frau	Mann
Appetenz – Hemmung	Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71; F52.0)	Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71; F52.0)
– Exzess	(ICD: gesteigertes sexuelles Verlangen; F52.7)	(ICD: gesteigertes sexuelles Verlangen; F52.7)
– Aversion	Störung mit sexueller Aversion (302.79; F52.10)	Störung mit sexueller Aversion (302.79; F52.10)
Erregung	Störung der sexuellen Erregung (302.72; F52.2) Vaginismus (306.51; F52.5) Dyspareunie (302.76; F52.6)	Störung der sexuellen Erregung (302.72; F52.2)
Orgasmus	Weibliche Orgasmusstörung (302.73; F52.3)	Männliche Orgasmusstörung (302.74; F52.3) Ejaculatio Praecox (302.75; F52.4)

2.3 Störungen des Familiensystems

Systemische Ansätze der Familientherapie gehen von der regulativen Funktion individueller Symptome aus. Das heißt, der Symptomträger (Indexpatient) leistet mit seinem Problemverhalten einen meist unbewußten Beitrag zur Erhaltung der Familiengemeinschaft. Etwa kann dem wiederholten Prüfungsversagen des jüngsten Kindes die Funktion zugeschrieben werden, die Eltern vor der Krise des «leeren Nestes» zu bewahren. In der komplexen Struktur der Familie kann sich die Störung in unterschiedlichen Aspekten des Systems äußern. Entsprechende Ausführungen finden sich in der psychodynamisch orientierten (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981; Stierlin, 1992), strukturellen (Minuchin, Rosman & Baker, 1981) sowie strategischen Familientherapie (Haley, 1977; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1977; Madanes, 1982). Zusammengefaßt ergeben sich folgende Möglichkeiten, wie sich eine Störung im Familiensystem äußern kann:

(1) *Entwicklungsstufe*: Jede Familie durchläuft unterschiedliche Phasen, die in der Regel mit Übergangskrisen verbunden sind. Zum Beispiel bringt die Geburt eines Kindes häufig eine Aufmerksamkeitsverlagerung bei der Frau vom Ehemann auf den Säugling mit sich. Das kann zu Störungen führen, wenn der Ehemann dies als Kränkung erlebt und sich vermehrt Ersatzobjekten zuwendet (Beruf, Alkohol u. a.).

(2) *Struktur*: Innerhalb der Familie existieren funktionelle Subsysteme, z. B. das der Eltern, das der Kinder oder der Großeltern. Wenn die Grenzen zwischen den Generationen unklar werden, etwa durch transgenerationelle Koalitionen, kommt es zu einer Störung der natürlichen Hierarchie. Ein Beispiel hierfür wäre das parentifizierte Kind, das für einen schwachen Elternteil sorgt.

(3) *Regeln* haben die Funktion, die Homöostase in Systemen aufrechtzuerhalten. Symptomatische Familien fallen meist dadurch auf, daß sie an rigiden Mustern und – häufig unausgesprochenen – Regeln festhalten, die eine Weiterentwicklung auf systemischer oder individueller Ebene verhindern. Zum Beispiel könnte

die Regel «Bei uns halten alle zusammen.» erschweren, daß ein pubertierendes Kind sich aus der Familie löst und dazu führen, daß Symptome entwickelt werden, die es ermöglichen, ohne offene Konfrontation die Regel zu unterlaufen.

(4) *Sequenzen*: Störungen in der Familie zeigen sich u. U. in wiederkehrenden markanten Kommunikationsformen und Verhaltenssequenzen. Etwa streitet die Mutter mit dem Vater, wenn die anorektische Tochter das Essen verweigert.

(5) *Familienidentität*: Wenn es den Kindern (unbewußt) übertragen wird, bestimmte Lebensziele zu erreichen, an denen die Eltern gehindert waren (gesellschaftlicher Status, Berufswahl, persönliche Freiheiten), spricht man von Delegation. Solche Vermächtnisse können destruktiver Natur sein, indem die Eltern Kritik oder Verwünschungen weitergeben, die sie selbst in ihrer Kindheit erlitten haben. Solche Aufträge haben die Tendenz, die Entwicklungsfreiheit der Kinder einzuschränken. Zur Identität der Familie können auch die sogen. Familienmythen beisteuern, die im Sinne eines über die Generationen weitergegebenen «Schicksals» bestimmte Verhaltensweisen tradieren und günstigere Entwicklungen behindern.

Die wohl allgemeinste Klassifikation von Beziehungsstörungen haben Olson, Sprenkle und Russel (1979) herausgearbeitet. Danach lassen sich Konflikte auf den beiden Dimensionen der *Kohäsion* und der *Adaptibilität* lokalisieren. Es gibt einerseits Familien (und Ehepaare), in denen die einzelnen Partner nebeneinander *isoliert* leben (geringe Kohäsion), zum anderen solche, wo es keine persönlichen Freiräume mehr gibt und das Maß an Intimität überzogen ist (*Verstrickung*). Außerdem kann die Adaptibilität des Verhaltens innerhalb des Systems sehr *rigide* sein und unverändert über lange Zeiten festgehalten werden, oder es gibt überhaupt keine Regeln bzw. sie werden ständig verändert, so daß das Zusammenleben *chaotisch* erscheint. Die extremen Kombinationen wie chaotisch-isoliert, chaotisch-verstrickt, rigide-verstrickt und rigide-isoliert sind angeblich besonders anfällig für Beziehungsstörungen (vgl. hierzu auch Reiter & Steiner, 1982). Ist der Konflikt der Familie oder des Paares mehr auf der Dimension Nähe-Distanz angesiedelt, so wird sich die In-

tervention auf die Regelung der Distanz beziehen (s. auch Christensen & Shenk, 1991); liegt der Konflikt eher auf der Dimension der Adaptibilität, so wird es bei der Intervention um die Veränderung der Einflußnahme einzelner Personen und um die Revision von Regeln innerhalb der Familie gehen.

Nebem dem am besten bekannten Circumplex-Modell von Olson et al. (1979) finden sich in der Literatur diverse weitere Modelle, welche eine umfassende Klassifikation und Diagnostik von Familiensystemen erlauben (Überblick s. Walsh, 1993). Als Beispiele seien genannt: Beavers-System (Dimensionen Grenzen, Autonomie, Macht, Intimität, positive Ressourcen, Problemlösung, familiäre Werte, kontextuelle Klarheit, familiäre Orientierung); McMasters Modell (Dimensionen: Problemlösung, Kommunikation, Rollenorientierung, affektiver Austausch, affektive Mitteilung, Verhaltenskontrolle).

3. Diagnostik

- *Beziehungsstörungen.* Es gibt eine Reihe von Instrumenten zur Messung von Beziehungsstörungen und deren Ausmaß. Am aufwendigsten sind Interaktionsbeobachtungen (vgl. Gottman, 1993b), am einfachsten ist die Anwendung von Selbstbeurteilungsfragebögen. Als *Fragebögen* zu nennen sind u. a. *Marital Adjustment Scale* MAS, *Dyadic Adjustment Scale* DAS, *Fragebogen zur Kommunikation und Partnerschaft*, *Marital Satisfaction Inventory* MSI, *Marital Communication Inventory* MCI, *Communication Patterns Questionnaire* (s. Hank, Hahlweg & Klann, 1990; Scholz, 1987; Westhoff, 1993). Als Beispiel sei hier der *Partnerschaftsbogen* von Hahlweg angeführt, der die drei faktorenanalytisch gefundene Aspekte «Streit», «Zärtlichkeit» und «Kommunikation» erfaßt (s. Kasten 1; Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1982). Der Gesamtwert kann 90 erreichen und beträgt im Mittel bei unauffälligen Paaren 65 und bei Paaren in Therapie 40. Die Retestzuverlässigkeit wurde über sechs Wochen ermittelt.

Neben den Fragebögen hat sich in der Partnerschafts-Diagnostik insbesondere die *systematische Verhaltensbeobachtung* etabliert. Als Verfahren seien u. a. genannt: *Marital Interaction*

Coding System MICS-III, *Couples Interaction Scoring System* CISS (s. Grotevant & Carlson, 1987); *Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktionen* (Hahlweg, Feinstein & Müller, 1988); *System zur Erfassung dyadischem Coping* (Bodenmann, 1995).

- *Sexualstörungen.* Zur Erfassung sexueller Störungen sei auf zwei Fragebögen hingewiesen. Der *Leitfaden zur Anamnese Sexueller Störungen* LASS von Arentewicz und Schmidt (1980) ist als Fremdbeurteilungsverfahren konzipiert und kann daher der Exploration zugrundegelegt werden. Die *Tübinger Skalen zur Sexualtherapie* TSST von Zimmer (1989) enthalten sechs Skalen, die das Störungsausmaß, die Einflußverteilung in der Beziehung, Selbstbefriedigung (Intensität, Frequenz und Zufriedenheit), Achtung und Respekt (von Seiten des Partners), Körperwahrnehmung und kommunikative Ängste (z. B. vor dem Äußern von Wünschen) erfassen.

- *Störung des Familiensystems.* Eine Vielzahl an Verfahren liegt zur Familiendiagnostik vor. Zu nennen sind Fragebögen (z. B. *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* FACES von Olson; *Familienklimaskalen* von Moos; s. oben), Verhaltensbeobachtung in experimentellen Situationen, Skulpturverfahren, projektive Verfahren (s. Cierpka, 1988, 1996; Hank et al., 1990; Touliatos, Perlmutter & Strauss, 1989).

Zur Diagnose von Paar- und Familiensystemen (s. Cierpka, 1988; 1996) kann man die oben genannten fünf Betrachtungsebenen durchgehen, um pathologische Muster, Strukturen und Regeln zu analysieren und geeignete Ansatzpunkte für die Intervention zu finden. Wenn die Störung des Indexpatienten als Beitrag zur Erhaltung der Familie diagnostiziert wird, ist der Indexpatient zwar meist entlastet, aber man muß darauf achten, daß dadurch andere Personen (etwa die Eltern) nicht beschuldigt werden. Vielmehr geht es darum, die Funktion des Symptoms durch andere Regulative zu ersetzen. Die störungsbezogene Diagnostik ist zweckmäßigerweise durch Interaktionsdiagnostik zu ergänzen. Dazu gehört es festzustellen, wie flexibel die Familie auf Veränderungen reagiert und welche Vorerfahrungen hierfür aktiviert werden können. Interessen, Besonderheiten

Kasten 1
Partnerschaftsfragebogen (PFB) (Hahlweg, 1996)

	nie/sehr selten	selten	oft	sehr oft
1. Er/sie wirft mir Fehler vor, die ich in der Vergangenheit gemacht habe.	0	1	2	3
2. Er/sie streichelt mich während des Vorspiels so, daß ich sexuell erregt werde.	0	1	2	3
3. Ich merke, daß er/sie mich körperlich attraktiv findet.	0	1	2	3
4. Er/sie sagt mir, daß er/sie zufrieden ist, wenn er/sie mit mir zusammen ist.	0	1	2	3
5. Vor dem Einschlafen schmiegen wir uns im Bett aneinander.	0	1	2	3
6. Er/sie bricht über eine Kleinigkeit einen Streit vom Zaun.	0	1	2	3
7. Er/sie teilt mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit.	0	1	2	3
8. Wenn wir uns streiten, beschimpft er/sie mich.	0	1	2	3
9. Er/sie reagiert positiv auf meine sexuellen Wünsche.	0	1	2	3
10. Wir schmieden gemeinsam Zukunftspläne.	0	1	2	3
11. Wenn er/sie etwas aus seiner/ihrer Arbeitswelt erzählt, so möchte er/sie meine Meinung dazu hören.	0	1	2	3
12. Wir planen gemeinsam, wie wir das Wochenende verbringen wollen.	0	1	2	3
13. Er/sie berührt mich zärtlich und ich empfinde es als angenehm.	0	1	2	3
14. Er/sie macht mir ein ernstgemeintes Kompliment über mein Aussehen.	0	1	2	3
15. Er/sie bespricht Dinge aus seinem/ihren Berufsleben mit mir.	0	1	2	3
16. Er/sie bemüht sich, sich meine Wünsche zu merken, und erfüllt sie bei passender Gelegenheit.	0	1	2	3
17. Er/sie kritisiert mich in einer sarkastischen Art und Weise.	0	1	2	3
18. Er/sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung.	0	1	2	3
19. Wenn er/sie mich offensichtlich falsch behandelt hat, entschuldigt er/sie sich später dafür bei mir.	0	1	2	3
20. Wir unterhalten uns am Abend normalerweise mindestens eine Stunde miteinander.	0	1	2	3
21. Wenn wir uns streiten, können wir nie ein Ende finden.	0	1	2	3
22. Er/sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist.	0	1	2	3
23. Er/sie nimmt mich in den Arm.	0	1	2	3
24. Während eines Streites schreit er/sie mich an.	0	1	2	3
25. Er/sie fragt mich abends, was ich den Tag über gemacht habe.	0	1	2	3
26. Wenn wir uns streiten, verdreht er/sie meine Aussage ins Gegenteil.	0	1	2	3
27. Er/sie spricht mit mir über seine/ihre sexuellen Wünsche.	0	1	2	3
28. Er/sie streichelt mich zärtlich.	0	1	2	3
29. Er/sie sagt mir, daß er/sie mich gern hat.	0	1	2	3
30. Er /sie schränkt mich in meiner persönlichen Freiheit ein.	0	1	2	3

Anmerkungen:

Skala «Streitverhalten» enthält Items: 1, 6, 8, 17, 18, 21, 22, 24, 26, 30; Reliabilität: .68 (Retest), .93 (Splithalf)

Skala «Zärtlichkeit» enthält Items: 2, 3, 4, 5, 9, 13, 14, 23, 27, 28; Reliabilität: .74 (Retest), .91 (Splithalf)

Skala «Gemeinsamkeit/Kommunikation» enthält Items: 7, 10, 11, 12, 15, 16; Reliabilität: .83 (Retest), .88 (Splithalf)

ten und Fertigkeiten stellen wichtige Motivationsquellen dar, die für die Kooperation genutzt werden können. Wenn etwa das Konkurrenzgefühl in der Familie besonders ausgeprägt ist, kann die Veränderung in Form eines Wettstreites eingeführt werden («Wer hört zuerst auf zu rauchen?»)

4. Literatur

- Arentewicz, C.Z. & Schmidt, G. (Hrsg.). (1980). *Sexuell gestörte Beziehungen*. Berlin: Springer.
- Bodenmann, G. (1995). Die Erfassung von dyadischem Coping: der FDCT-2 Fragebogen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 7, 119–148.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1981). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Christensen, A. & Shenk, J.L. (1991). Communication, conflict and psychological distance in nondistressed clinical and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458–463.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (1988). *Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (1996). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Fitzpatrick, M.A. (1988). A typological approach to marital interaction. In P. Noller & M.A. Fitzpatrick (Eds.), *Perspectives on marital interaction* (pp. 98–120). Clevedon: Multilingual Matters Ltd.
- Gottman, J.M. (1993a). The roles of conflict engagement, escalation and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 6–15.
- Gottman, J.M. (1993b). A Theory of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology*, 7, 57–75.
- Grotevant, H.D. & Carlson, C.I. (1987). Family interaction coding systems: a descriptive review. *Family Process*, 26, 49–74.
- Hahlweg, K., Feinstein, E. & Müller, U. (1988). Analyse familiärer und partnerschaftlicher Kommunikation. In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik* (S. 153–169). Berlin: Springer.
- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1982). *Partnerschaftsprobleme*. Berlin: Springer.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München: Pfeiffer.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz.
- Ladas, A.K., Whipple, B. & Perry, J.D. (1983). *Der G-Punkt*. München: Pfeiffer.
- Madanes, C. (1982). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1993). *Liebe und Sexualität*. Berlin: Ullstein.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russel, C.S. (1979). Circumplex model of marital- and-family systems. *Family process*, 18, 3–28.
- Reiter, L. (1983). *Gestörte Paarbeziehungen: theoretische und empirische Untersuchung zur Ehepaardiagnostik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reiter, L. & Steiner, R. (1982). Gruppentherapie mit nachfolgender Selbsthilfegruppen. *Partnerberatung*, 19, 133–144.
- Revenstorf, D. (1985). *Psychotherapeutische Verfahren, Bd. IV*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scholz, O.B. (1987). *Ehe- und Partnerschaftsstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Selvini-Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1977). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1992). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. München: dtv.
- Touliatos, J., Perlmutter, B.F. & Strauss, M.A. (1989). *Handbook of family measurement techniques*. Newbury Park: Sage Publ.
- Walsh, F. (1993). *Normal family processes*. New York: Guilford.
- Wendt, H. (1979). *Integrative Sexualtherapie*. München: Pfeiffer.
- Westhoff, G. (Hrsg.). (1993). *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zimmer, D. (1989). *Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft* (2. Aufl.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

41.2 Beziehungs- und Sexualstörungen: Intervention

Dirk Revenstorf und Elsbeth Freudenfeld

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1013	4.4 Kognitive Ebene	1018
2. Aspekte der familiären Bindung	1015	4.5 Handlungsebene	1020
3. Affektentwicklung und Bindungsverhalten ...	1015	4.6 Sexuelle Ebene	1025
4. Interventionen in Beziehungssystemen ...	1016	4.7 Paar-Ebene	1026
4.1 Existentielle Ebene	1016	4.8 Familien-Ebene	1027
4.2 Physiologische Ebene	1017	5. Schlußbemerkungen	1032
4.3 Emotionale Ebene	1018	6. Literatur	1032

1. Einleitung

Psychische Störungen lassen sich als Dysfunktion psychischer Mechanismen auffassen. Die einzelnen Therapieschulen haben meist einige dieser Mechanismen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung gestellt, während in diesem Buch eine gesamtpsychologische Sichtweise zugrundegelegt wird. Solche separaten Prozesse sind etwa der Energiehaushalt (in der Psychoanalyse), Kontakt (in der Gestalttherapie), kognitive Prozesse (in der rational-emotiven Therapie), Lernmechanismen (in der Verhaltenstherapie) oder die Sinnfindung (in der Logotherapie). Darüberhinaus lassen psychische Störungen sich als Beziehungsstörungen auffassen – entweder in der freigestellten Partnerschaft (Paartherapie) oder innerhalb der Primärfamilie (Familientherapie). Da sich die meisten Therapieschulen in der Metaanalyse als effizient erweisen (Grawe, Donati & Bernauer, 1994), erscheint es sinnvoll, die verschiedenen psychischen Mechanismen gemeinsam zu betrachten. Damit gelangen die Therapieschulen aus der Konkurrenzsituation in eine ergänzende

Betrachtungsweise. An dem in Kasten 1 dargestellten Fall soll dies verdeutlicht werden.

Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen sind im Sinne eines Zwiebel-Modells zu verstehen, bei dem die äußeren Schalen die inneren implizieren. Die Familieninteraktion kann sich nur verändern, wenn auch einzelne Beziehungen darin sich ändern. Dies impliziert veränderte Handlungsweisen (Kommunikation), die wiederum einen veränderten kognitiv-emotionalen Prozeß mit sich bringen.

Paartherapie nimmt aus dieser Sicht eine Sonderstellung ein, indem sie weder als Einzeltherapie noch als Familientherapie zu verstehen ist. Vielmehr geht es um aufeinander bezogenes Verhalten von Individuen, die sich frei gewählt haben und sowohl bei der Partnerwahl als auch bei der Gestaltung der Beziehung und schließlich im Konflikt von ihrer individuellen Lerngeschichte beeinflusst werden. Paartherapie hat daher systemische und auch entwicklungsgeschichtliche Aspekte – die man wiederum hinsichtlich der Ursprungsfamilie systemisch analysieren kann. Darüber hinaus werden Paar-

Kasten 1

Unterschiedliche Betrachtungsebenen

• **Ebene der Primärfamilie:** Eine dreißigjährige verheiratete Frau, Mutter eines zehn- und eines achtjährigen Jungen, hat seit der Geburt des letzten Kindes eine Agoraphobie mit Panikattacken entwickelt. Sie konnte das Haus zunehmend weniger verlassen – zum Schluß nur noch in der Begleitung ihres Mannes. Sie hatte oft die Befürchtung, eine Herzattacke zu erleiden, und die eintretende Angst veranlaßte sie zur Hyperventilation, so daß die Klientin in manchen Fällen mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht werden mußte. Funktionell kann man diesen Fall unterschiedlich einordnen, je nachdem welchen psychischen Prozeß man zur Betrachtung heranzieht.

• **Existenzielle Ebene:** Die existenzielle Krise der Frau resultiert daraus, daß sie gerade eine Schwelle im Lebenszyklus überschreitet und sie sich mit ihren eigenen Interessen auseinandersetzen oder eine neue Beziehung eingehen und ihrem Leben einen neuen Sinn geben könnte. Das Symptom ist eine Lösung, die sie von der Verantwortung oder der persönlichen Weiterentwicklung entlastet und gleichzeitig die Beziehung zum Mann stärkt, der Mann sich gern um sie sorgt.

• **Emotionale Ebene:** Das Ohnmachtsgefühl, das mit dem Gedanken «Ich habe keinen Einfluß» verknüpft ist, kann als Folge der Überprotektion durch Mutter verstanden werden. Als Kind hatte die Klientin wenig Gelegenheit Erkundungsverhalten zu lernen und für Neugier belohnt zu werden, noch fand sie Gelegenheit, Bedrohung erfolgreich zu begegnen (s. Abschnitt 3).

• **Kognitive Ebene:** Das Gedankengebäude, das die Entwicklung des Symptoms begleitet, enthält einerseits die Katastrophisierung des möglichen Kollapses, zum anderen die Überzeugung der eigenen Ohnmacht. Selbstkommentare wie: «Ich werde es nicht durchstehen», umschreiben sowohl den mütterlichen Einfluß

(«Ich kann nichts; sie tut ja alles für mich.») als auch traumatische Erfahrungen mit dem Erstickungstod einer Tante («Man kann plötzlich umfallen und ersticken.»). Beides sind irrationale Gedanken.

• **Handlungsebene:** Verschiedene Handlungen wie Einkaufen, Fahrstuhl- oder Autofahren werden gemieden, und diese Vermeidung wird durch Schutz und Schonung belohnt (positive Verstärkung), denn der Mann nimmt der Frau viel ab und erspart ihr dadurch viele Unannehmlichkeiten.

• **Ebene der Paarbeziehung:** Der fürsorgliche und Sicherheit vermittelnde Ehemann stellt praktisch die Fortsetzung der mütterlichen Fürsorge dar. Zugleich trägt er Züge eines «Wunschvaters», nämlich schützend, aber gültig und nicht streng wie die Mutter zu sein. Die Klientin muß auch fürchten, daß sie bei zuviel Eigeninitiative mit ihrem Mann in Konkurrenz treten und damit die Beziehung gefährden könnte. Gleichzeitig hat sie mit ihrem Symptom auch eine gewisse Macht, indem sie Einfluß auf die Unternehmungen der Familie ausübt. Da das Symptom geeignet ist, die Beziehung zu stabilisieren – der Mann wird in seiner dominanten Rolle bestätigt, die Frau kann sich mit Schutzforderungen ihrerseits durchsetzen – könnte man nach einem günstigeren Mechanismus suchen, der die homöostatische Funktion übernimmt und aber gleichzeitig der Klientin mehr eigenen Handlungsspielraum ermöglicht.

• **Ebene des sozio-kulturellen Kontextes:** Hier könnte man der Klientin provokativ vermitteln, daß sie sich eben in der typischen Rolle der Frau befände. Die Klientin kann sich dann mit dieser Rolle abfinden, gewissermaßen als besonders ausgeprägter Fall einer traditionellen Ehe. Sie könnte sich aber auch mit Frauenthemen auseinandersetzen und diese in einer Gruppe ähnlich interessierter und betroffener Frauen bearbeiten.

konflikte mehr oder weniger unter Einbeziehung der Kinder ausgetragen (*Triangulierung*) und haben daher häufig einen *sekundären familientherapeutischen* Aspekt. Dennoch kann man das aufeinander bezogene Verhalten zweier Menschen, die in selbstgewählter Gemeinschaft zusammenleben, auch als *geschlossenes Subsystem* betrachten – ohne die Kinder oder die Eltern des Paares miteinzubeziehen.

Die Indikation für eine bestimmte Interventionsebene ergibt sich zunächst aus dem Therapieauftrag (Einzeltherapie, Paartherapie, Familientherapie). Der Therapeut wird im Sinne des «joinings» den Auftrag annehmen, aber wenn nötig z. B. die «Kooperation» des Ehemannes anfordern und so die Paarebene in den Therapieprozeß einbeziehen.

2. Aspekte der familiären Bindung

Obwohl es sehr verschiedene Typen von Liebesbeziehungen gibt – so unterscheidet Sager (1976) einen romantischen, einen egalitären, einen kameradschaftlichen und einen «Eltern-Kind»-Typ –, scheint das zentrale Moment jeder Zweierbeziehung eine affektive Bindung zu sein. Es sind die Emotionen beider Partner, die über die Qualität und Funktion der Interaktion entscheiden, und diese sind gegenseitig gut eingeübt. Bei Kelley et al. (1983) wird zwischen Liebe (love) und Verbindlichkeit (commitment) unterschieden, ähnlich wie Hatfield und Rapson (1992) zwischen «passionate» und «companionate love» unterscheiden, während Tennov (1981) von der Liebe zudem die Verliebtheit (limerance) als heftige, aber möglicherweise nur kurzfristige Bindung abgrenzt. Empirische Un-

tersuchungen haben faktorenanalytisch fünf deutlich getrennte Aspekte intimer Bindung ergeben: *Sehnsucht, körperliche Zuwendung, Sorge, Vertrauen und Toleranz*. Die von Kelley (1983) unterschiedenen drei Typen von Liebe – nämlich die leidenschaftliche, die pragmatische und die altruistische Liebe – lassen sich in diesen fünf Aspekten wiedererkennen, wie in Tabelle 1 deutlich wird.

Als vergleichbare deskriptive Aspekte von Liebesbeziehungen werden häufig *Leidenschaft, Verbindlichkeit (commitment) und Nähe (intimacy)* genannt. Für die Leidenschaftskomponente wird entsprechend der Zwei-Prozeß-Theorie von Solomon angenommen, daß sich einem hedonischen Verlauf eine anhedonische Phase anschließt. Während die erstere mit der Gewöhnung abflacht, behält die anhedonische ihre Amplitude bei und verlängert sich in ihrer Dauer. In diesem Zusammenhang – insbesondere bezüglich der Intimität – ist auch die Emotionstheorie von Interesse. Gefühle entstehen ihr zufolge durch die Unterbrechung eingeübter Handlungsabläufe, und intime Partner verfügen über besonders wirksame Möglichkeiten, sich gegenseitig zu unterbrechen – im positiven wie im negativen Sinn. Für die Therapie ist es daher angezeigt, den funktionellen Wert aufeinander bezogenen Verhaltens und die individuelle Entwicklung von Verhaltensmustern klarer zu machen.

3. Affektentwicklung und Bindungsverhalten

Bowlbys Bindungstheorie (1975) (s. auch Kap. 14/Sozialisation) beschreibt die Entwicklung

Tabelle 1: Liebesfaktoren

	Leidenschaftliche Liebe	Pragmatische Liebe	Altruistische Liebe
Sehnsucht	x		
Körperliche Zuwendung	x	x	
Sorge	x	x	x
Vertrauen		x	x
Toleranz			x

Anmerkung: Leidenschaftliche, pragmatische und altruistische Liebe als Kombination von fünf Faktoren (Sehnsucht, körperliche Zuwendung, Sorge, Vertrauen und Toleranz)

und Differenzierung der Affekte in ihrer sozialen Funktion; zum anderen erklärt sie, wie die affektive Bindung zwischen Erwachsenen im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung des emotionalen Repertoires zu sehen ist. Diese Entwicklung wird in drei aufeinanderfolgende Phasen eingeteilt, in denen *Bindungsverhalten*, *Erkundungsverhalten* und *Reproduktionsverhalten* gelernt werden. Für das letztere sind die Emotionen der Sehnsucht, der Leidenschaft sowie der Sorge und Toleranz – wie in Tabelle 1 zusammengefaßt – entscheidend.

Eine zentrale These dieses Ansatzes besteht darin, daß intime Beziehungen in dieser dritten erwachsenen Phase nur dann unbeeinträchtigt entstehen und weitergeführt werden können, wenn in der ersten Phase eine vertrauensvolle Bindung möglich war und in der zweiten Phase Erkundungsverhalten entwickelt werden konnte. War dies nicht der Fall, ist die Person in ihrem Bindungsverhalten verunsichert, wobei Bowlby – je nach Art der Entwicklungsstörung – die *Angstbindung*, das *zwanghafte Unabhängigkeitsstreben*, die *Überfürsorglichkeit* und die *emotional isolierte Person* unterscheidet. Derartige Verhaltensmuster werden besonders von komplementär passenden Partnern ausgelöst. Dies führt zum *Kollisionskonzept* von Willi (1975). Es besagt im wesentlichen, daß sich Partner aufgrund gegenseitig entsprechender emotionaler Profile wählen, die sich zunächst auf das wechselseitige Geben und (vgl. das Diagnostik-Kapitel weiter oben) Nehmen positiv auswirken, die Beziehung jedoch auf Dauer konflikthaft machen können. Während im günstigen Fall eine Art Bedürfniskomplementarität besteht, können die jeweiligen Erwartungen im Konfliktfall einen oder beide Partner überfordern.

Als Beispiel sei das eheliche System der depressiven Persönlichkeit geschildert (Feldmann, 1976). Es kann beispielsweise dem Depressiven ein Partner in der Helferrolle gegenübergestellt sein, dessen Hilfeleistung jedoch das Gefühl der Hilflosigkeit im Depressiven verstärkt. Dieser versucht daraufhin durch passiv-aggressives Verhalten den Helfer zu entweren, worauf dieser seinerseits durch Kritik den labilen Selbstwert des Depressiven weiter unterminiert, so daß von ihm erneut Hilfsappelle kommen. Ähnliches trifft auf den Fall der agoraphischen Frau zu (Hafner, 1977). Ihr steht der unerschütterliche Mann gegenüber, der in

seiner Beschützerrolle unentbehrlich erscheint. Dadurch hält er jedoch die Ängstlichkeit der Frau aufrecht und hemmt ihre Eigeninitiative, während sie ihrerseits sich darauf beschränkt, Kontrolle durch ihre Symptomatik auszuüben. Bei beiden Beziehungstypen wird die zirkuläre Kausalität in der Verknüpfung der Verhaltensweisen beider Partner deutlich.

Empirisch sind Typen komplementärer Partnerwahl oft und mit meist negativem Ergebnis untersucht worden. Einfache Komplementaritäten wie Dominanz/Submissivität scheinen nicht zu existieren. Allerdings ist fraglich, ob es sich dabei um für Fragebögen zugängliche – weil unbewußte – Bedürfnisstrukturen handelt und ob solche Komplementaritäten in bestimmten Lebensphasen wirksamer sind als in anderen. So etwa postulieren Kerkhoff und Davis (1962), daß am Anfang einer Beziehung eher Homogamie in Bezug auf Interessen und soziale Herkunft eine Rolle spielt, und daß Bedürfniskomplementaritäten erst später bedeutsam werden. Mittelt man jedoch über alle Altersstufen, so resultieren nur schwache Zusammenhänge. Die Vielzahl von Beziehungstypologien aus der klinischen Kasuistik, die komplementären Charakter haben, wurde von Reiter (1983) zusammenfassend diskutiert. Auf sie kann hier im einzelnen jedoch nicht eingegangen werden.

4. Interventionen in Beziehungssystemen

4.1 Existentielle Ebene

Identität ist etwas, das im Verlauf der Adoleszenz bewußt wird. Allerdings kann diese Identität in Krisensituationen immer wieder infrage gestellt, aber auch neu erworben werden. Wenn beispielsweise ein Partner sich in der Ehe einen zeitlichen und finanziellen Freiraum für seine persönlichen Neigungen zu schaffen sucht, wenn ein Partner sich durch den Karriere-Erfolg des anderen in seinem Selbstwert erschüttert sieht, oder wenn er bei einer schweren Krankheit des Partners von der Angst erfaßt wird, den anderen zu überleben –, so wird auch für den Außenstehenden erkennbar, daß hier Situationen und Ereignisse eingetreten sind, die

die Identität und den Lebenssinn der betroffenen Person bedrohen. In dauerhaften Beziehungen definiert sich die Identität zu einem gewissen Teil über diese Beziehung – entweder in Abgrenzung vom anderen oder in der Gemeinsamkeit mit ihm.

Man kann als dritter dieses Selbstwertgefühl nur indirekt zu restaurieren helfen, da dieser fehlende Teil nicht vollständig kommunizierbar ist. Denn Identität ist ja gerade die Schnittmenge aller Erfahrungen, die in dieser spezifischen Kombination niemand außer dem betreffenden Individuum gemacht hat, wie Percy (1983) scharfsinnig bemerkt. Möglicherweise kann jedoch ein Vorgehen wie Farellys und Brandsmas (1986) therapeutische Provokation hierzu einen Beitrag leisten. Die *provokative Technik* besteht darin, entweder das Symptom umzudeuten und als kluge Lebenslösung zu preisen oder das Unglück des Betroffenen als Katastrophe zu übertreiben. In beiden Fällen dient die Überzeichnung dazu, den Widerspruch des Klienten zu provozieren, so daß er häufig mit einer eigenen Sinndeutung aufwartet und auf diese Weise einen Beitrag zu seiner Identität liefert. (vgl. dazu Kap. 22.5/ Paar-, Familientherapie). So beschreibt Frankl (1975) einen depressiven Klienten, dessen Frau zwei Jahre zuvor gestorben war und deren Verlust er nicht überwinden konnte. Auf die Frage, was denn gewesen wäre, wenn er zuerst gestorben wäre, antwortet der Klient: «Das wäre schrecklich – wie würde sie gelitten haben!» Darauf entgegnet Frankl: «Sehen Sie, dieses Leiden haben Sie ihr erspart. Aber jetzt müssen Sie dafür zahlen, indem Sie weiterleben und Ihre Frau betrauern.» Damit gewann das Leiden für den überlebenden Ehemann wieder einen Sinn.

4.2 Physiologische Ebene

Daß physiologische Erscheinungen einen bedeutsamen Aspekt des Wohlbefindens darstellen, muß hier nicht belegt werden; die Psychophysiologie und Psychosomatik befassen sich mit diesen Vorgängen. Von Interesse ist jedoch die Tatsache, daß sich Beziehungsaspekte in physiologischen Parametern niederschlagen können. Es ist hinlänglich bekannt, daß Asthmaanfälle, Hautreaktionen, Migräne, Magen-Darmdysfunktionen u.ä. unmittelbar im Zu-

sammenhang von Beziehungsstörungen auftreten können.

Minuchin, Rosman und Baker (1981) haben den Sachverhalt einer akuten physiologischen Korrespondenz dokumentiert – und zwar als Veränderung der Blutspiegelwerte bei einem diabetischen Kind, das seine streitenden Eltern beobachtete. Ein anderer quantitativ erhobener Befund ist der Zusammenhang zwischen dem Erregungsniveau beim Ehestreit und den Ausmaß der ehelichen Zufriedenheit (Levenson & Gottman, 1983). Nicht nur, daß die physiologische Erregung der Partner im Streitgespräch bei unzufriedenen Paaren stärker korreliert war als bei zufriedenen Paaren. Zudem fanden die Autoren bei einer dreijährigen Nachkontrolle, daß Verschlechterungen in der ehelichen Zufriedenheit zu einem Varianzanteil von 80 Prozent aus dem Erregungsniveau während des Streitgesprächs drei Jahre zuvor vorhersagbar waren. Offenbar gelingt es zufriedenen Paaren besser, die Eskalation im Streit zu vermeiden. Revenstorff, Hahlweg und Schindler (1982) haben für diese Erregungseskalation im Streit ein Drei-Komponenten-Modell vorgeschlagen, wonach die biologisch angelegte Alarmreaktion von einer instrumentellen Komponente aus der kindlichen Entwicklungsgeschichte überlagert wird. Daraus ergibt sich ein individuelles Emotionsmuster, das in der Paarbeziehung durch eine dritte Komponente verstärkt wird, die aus der emotionalen Interaktion der Partner resultiert. Während die erste, biologische Komponente funktional ist, können die zweite und dritte – die nach dem lerntheoretischen Gesichtspunkt der gegenseitigen positiven und negativen Verstärkung zur eigentlichen Eskalation führen – abgebaut werden. Hierfür kommen Methoden der Umstrukturierung (siehe unten) und der Stimuluskontrolle (siehe Kommunikationstherapie weiter unten) infrage. Ebenso kann durch direktes Biofeedback die Erregung der Partner im Streitgespräch kontrolliert werden (z. B. Herzraten-Rückmeldung). Gottman (1993) schlägt eine Methode der physiologischen Beruhigung vor, bei der das Paar die Diskussion unterbricht, sobald die Herzrate sich im Verlauf des Streits um mehr als 10 Schläge pro Minute erhöht. Während der Unterbrechung bauen die Partner ihre Erregung mit Hilfe beruhigender Tätigkeiten oder Selbstverbalisierungen ab, wobei als Idealfall ange-

strebt wird, daß die Partner lernen, sich gegenseitig zu besänftigen.

4.3 Emotionale Ebene

Daß Bindungen von Emotionen getragen werden, wurde eingangs erwähnt. Emotionen haben eine Lerngeschichte, die das biologische Spektrum mit individueller Gewichtung versteht. Solche Emotionsprofile sind von mehreren Autoren als Circumplex beschrieben worden (Leary, 1957). Dabei paßt auf bestimmte Ausprägungen im Profil eines Individuums jeweils eine emotionsökologische Nische im Profil des Partners besonders gut und bestimmt vermutlich die Partnerwahl für die Partnerschaft mit. Diese Art der Kollusion «Komplementarität» zu nennen, ist deshalb ungünstig, weil dies ein eindimensionales Konzept von Passung suggeriert (etwa dominant/submissiv oder extravertiert/introvertiert). Emotionen – und in der Folge automatisierte emotionale Reaktionen (Temperament/Charakter) – haben nach funktionalistischer Auffassung einen Orientierungs- und einen Kommunikationsaspekt und treten als von der Vernunft getrennte, wenn auch interdependente Urteilsfunktion auf.

Nach Auffassung der Gestalttherapie werden emotionale Muster häufig überformt, d. h. z. B. eine Ärgerreaktion wird bei entsprechender Lernerfahrung gewohnheitsmäßig von Angst überlagert. Die so geformten emotionalen Reaktionsmuster engen den Handlungsspielraum der Person in ihren Beziehungen ein (indem z. B. der Ausdruck von Ärger unmöglich wird). Der Therapeut wird auf der Suche nach emotionalen Ressourcen, die den Handlungsspielraum erweitern (und nonverbal noch andeutungsweise zum Ausdruck kommen), diese Anteile in das Bewußtsein der Person heben. Er wird spürbar machen, daß diese Emotionen nicht nur ungefährlich sind, sondern sogar hilfreich sein können, und daß die Person mit ihrer Hilfe zu neuen Handlungsentwürfen gelangen kann. In Gesprächen zwischen intimen Partnern kann man eine beiderseits verhärtete Interaktion dadurch auflösen, daß man ein für die Beziehung relevantes Gefühl lebendig werden läßt und verhindert, daß der Partner in gewohnter Weise reagieren kann. Der Thera-

peut bedient sich dabei der sogenannten *Prozeßfragen* (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Er verwendet nicht Fragen wie «Warum können Sie nicht auf Ihren Mann zugehen?», sondern fragt stattdessen nach Wahrnehmung (1), Fühlen (2), Denken (3) und dem Handlungsentwurf (4 und 5).

- (1) «Was nehmen Sie wahr?» «Woran merken Sie, daß Sie blockiert sind?»
- (2) «Was fühlen Sie in diesem Moment?»
- (3) «Was denken Sie jetzt?»
- (4) «Was wünschen Sie sich in diesem Moment?»
- (5) «Was hindert Sie daran, etwas Bestimmtes zu tun?»

Katalytisch wirken oft auch Satzangebote, die der Klient in Ich-Form wiederholt. Auf diese Weise kann er emotionale Bedeutung leichter überprüfen. So könnte man einem äußerlich gefühlsarmen und leistungsorientierten Ehemann, der sich im Krisenfall zurückzieht, vorschlagen, seiner Partnerin zu sagen: «Ich fühle mich dir unterlegen», (evtl. alternierend mit der Umkehrung des Satzes: «Ich fühle mich dir überlegen»), um ihm klar werden zu lassen, daß er möglicherweise Hilfe von seiner Frau braucht. In vielen Fällen führt eine solch konfrontative Vorgehensweise zu einem Bereich der Beziehung, der bisher nicht angetastet wurde. Das heißt, das bisherige Schema der negativen Interaktion wird durchbrochen und es wird vom Partner eine neue Reaktionsweise gefordert. Johnson und Greenberg (1984) haben die Wirksamkeit eines emotional orientierten Vorgehens in der Paartherapie überprüft und gefunden, daß dies mindestens so effektiv ist wie ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen.

4.4 Kognitive Ebene

Von vielen Autoren ist der Einfluß des rationalen Denkens und bestimmter Erwartungen auf unser Gefühlsleben, unsere Situationsbewertung und damit Entscheidungsfindung betont worden. Es wird dabei die Fähigkeit des Menschen hervorgehoben, destruktive Gefühle und Verhaltensmuster durch Reflexion zu unterbrechen. Ellis hebt hervor, daß *übersteigerte Erwartungen* und *irrationale Gedanken* für man-

gelndes Wohlbefinden und Neurosen verantwortlich sind. Für intime Beziehungen sind das insbesondere folgende Erwartungen (Ellis & Harper, 1961):

- vom anderen total geliebt zu werden,
- vom anderen in jeder Hinsicht anerkannt zu werden,
- daß der andere sich so verhält, wie man es erwartet,
- daß Streit furchtbar ist,
- daß die Beziehung ewig halten muß,
- daß Unverträglichkeiten unerträglich sind.

Epstein und Eidelson (1981) fanden darüber hinaus in gestörten Beziehungen folgende irrationale Gedanken:

- der Partner oder die Qualität der Beziehung kann unmöglich verändert werden,
- der Partner soll in der Lage sein, ohne Worte zu wissen, was der andere von ihm will.

Derartige Erwartungen können irrational genannt werden, weil sie nicht vernünftig begründbar sind und weil die Fakten gegen sie sprechen. Allerdings wäre es seltsam, wenn man zwei Menschen, die verliebt sind, nicht ein gewisses Maß an Irrationalität zugestehen würde. Wenn sie nicht eine extrem optimistische Vorstellung von ihrer Beziehung hätten – würden sie sich dann je auf eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft einlassen? Dieser angenehme Optimismus, so vermutet Beck, erhöht die Überlebenschancen – oder zumindest die Chancen der Reproduktion. Es sollte also nicht darum gehen, das irrationale Element aus intimen Beziehungen zu verbannen und stoischen Gleichmut einziehen zu lassen, wie Ellis es manchmal nahelegen scheint. Vielmehr geht es darum, irrationale Überzeugungen dann zu entkräften, wenn sie sich auf die Beziehung destruktiv auswirken (für weitere Ausführungen s. Kap. 22.5/ Paar-, Familientherapie und Kap. 22.4/ Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie).

Von Interesse ist auch die Attribution dessen, was aktuell zwischen zwei Personen geschieht. Eine wichtige Funktion von kausalen Attributionen besteht darin, unsere komplizierte Welt berechenbarer und damit einfacher zu gestalten. Diese Vereinfachung entsteht daraus, daß wir aus wiederholten Erfahrungen bestimmte

Erwartungen und Vorhersagen ableiten, die in ähnlichen Situationen eine schnellere und automatisierte Informationsverarbeitung ermöglichen und daher einen erneuten Attributionsprozeß überflüssig machen. Das heißt, daß in neuen, unerwarteten oder schwierigen Situationen nach kausalen Erklärungen gesucht wird, um in Zukunft darauf vorbereitet zu sein, insbesondere auch, um negative Ereignisse verhindern zu können. Auf intime Beziehungen übertragen heißt das, daß die Attributionsaktivität am Beginn der Beziehung besonders ausgeprägt ist, bis sich stabile Erwartungen bezüglich des Charakters und des Verhaltens des Partners herausgebildet haben, die in den späteren Stadien der Beziehung als weitgehend automatischer Prozeß ablaufen. Erst wenn Konflikte auftauchen, beginnen die Partner wieder verstärkt nach ursächlichen Erklärungen dafür zu suchen, daß die Beziehung und das Verhalten des Partners nicht mehr ihren Erwartungen entspricht.

Jacobson hat die Attributionsstile zufriedener und unzufriedener Paare untersucht und in Übereinstimmung mit oben genannten Annahmen gefunden, daß unerfreuliche Ereignisse (z. B. Partnerverhalten) in der Beziehung mehr Attributionsaktivität hervorrufen als angenehme (siehe Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Berley & Jacobson, 1988; Bradbury & Fincham, 1992). Im Vergleich der Paare zeigt sich, daß in gestörten Beziehungen zwar das *negative Verhalten* des Partners attribuiert wird, aber nicht das ebenfalls auftretende *positive Verhalten*. Dadurch entsteht der in der Paartherapie häufig zu beobachtende Effekt, daß die Partner die unangenehmen Verhaltensweisen des jeweils anderen in den Vordergrund stellen, während sie das positive Verhalten ignorieren oder herunterspielen, indem sie es äußeren Umständen zuschreiben oder dem Partner unterstellen, unabsichtlich gehandelt zu haben – d. h. sie schreiben erwünschtes Partnerverhalten unstabilen, externen und spezifischen Faktoren zu. Im Gegensatz dazu wird die Bedeutsamkeit des negativen Verhaltens maximiert, indem es überdauernden Charakteristika des Partners zugeschrieben und als von ihm beabsichtigt ausgelegt wird – d. h. es wird als global, stabil und internal beurteilt. Das Attributionsmuster glücklicher Paare verhält sich genau komplementär dazu. Bei ihnen wird das positive Partnerverhalten besonders hoch bewertet und auf

stabile Partnereigenschaften und beabsichtigtes Handeln zurückgeführt, während der Einfluß des negativen Verhaltens minimiert wird, indem es externen und variablen Umständen zugeschrieben wird.

Für die Paartherapie implizieren diese Ergebnisse, daß es nicht ausreicht, positive Verhaltensweisen zu fördern (s. unten), da dieser Therapieerfolg durch das Attributionsmuster des Partners unterminiert werden kann («Er ist nur nett zu mir, weil der Therapeut es ihm aufgetragen hat.»). Um dies zu verhindern ist es nötig, destruktive Attributionsprozesse und irrationale Überzeugungen, die eine positive Entwicklung der Beziehung blockieren, aufzulösen und beziehungsfördernde, konstruktive kognitive Muster durch kognitive Umstrukturierung (vgl. Kap. 22.5/Par-, Familientherapie und Kap. 22.4/Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie). In Tabelle 2 werden zehn Umstrukturierungsstrategien beschrieben und auf das Beispiel «Zahnpastatube» angewandt (vgl. Revenstorf, 1985, 1987).

4.5 Handlungsebene

Paare würden sich nicht finden und zusammenbleiben, wenn nicht – zumindest zu Beginn der Beziehung – das Verhalten des jeweils einen Partners zum Glück des jeweils anderen beitrüge. In verhaltenstheoretische Begriffe gefaßt heißt das, daß sich solche Partner anziehen, die in der Lage sind, sich gegenseitig mit attraktiven Verstärkern zu versorgen und daß die Aussicht auf den zukünftigen Erhalt dieser Verstärker die Entscheidung, eine dauerhafte Beziehung einzugehen, beeinflusst. Der Wert, den dabei ein bestimmter Verstärker für eine bestimmte Person hat, ergibt sich aus ihrer persönlichen Lerngeschichte und ihren genetischen Prädispositionen. Die Bereicherung, die für den einzelnen aus der Verstärkung resultiert, kann sowohl einen externalen Fokus haben – wie Zuwachs an Status und Prestige –, als auch einen internalen – wie emotionale Unterstützung, sich verstanden fühlen, sexuelles Vergnügen.

Tabelle 2: Zehn Umstrukturierungsstrategien für Selbstkommentare

- *Abwertung des Anderen*: «Reg dich nicht auf. Er ist völlig unfähig, systematisch zu denken» (Verachtung).
- *Ablenkung*: «Es gibt im Moment wichtigeres zu tun, als den Standort der Zahncreme zu diskutieren» (Gleichgültigkeit).
- *Distanzierung*: «Wenn ich in 20 Jahren an diesen Tag und diesen Vorfall denke, werde ich darüber lachen und es unwichtig finden» (Gleichgültigkeit).
- *Toleranzerhöhung*: «Es ist völlig absurd anzunehmen, daß zwei Menschen gegenseitig ihren Erwartungen in jeder Kleinigkeit entsprechen» (Wohlwollen).
- *Herausforderung*: «Wir streiten uns oft über Kleinigkeiten wie diese. Ich will ihm vergeblich etwas begreiflich machen. Vielleicht versuche ich es mal anders. Ich verstecke das nächste Mal die Zahncreme» (Neugier).
- *Selbstaufwertung*: «Es gibt viele Gelegenheiten, bei denen er mir in anderer Weise zeigt, daß er mich liebt» (Zuwendung).
- *Positive Umdeutung*: «Indirekt will er mir zeigen, daß er mich braucht» (Zufriedenheit).
- *Eigene Verantwortung*: «Ich bin schon besonders pedantisch und es ist nicht ganz einfach, es mir recht zu machen» (Nachsicht).
- *Perspektive des Anderen*: «Er hat oft Schwierigkeiten, mir gerecht zu werden, wahrscheinlich bringt ihn das ganz durcheinander» (Verständnis).
- *Helferposition*: «Er möchte vielleicht auch diesen Streit vermeiden, aber er kann nicht über seinen Schatten springen. Vielleicht komme ich ihm ein bißchen entgegen» (Unterstützung).

Warum bleiben Paare nicht einfach in diesem glücklichen Zustand, in dem sie sich gegenseitig das geben, was ihnen wertvoll und erstrebenswert erscheint? Christensen, Jacobson und Babcock (1995) beschreiben vier Prozesse, die zur Entwicklung von Beziehungsstörungen beitragen.

Zum ersten verlieren auch die schönsten Dinge im Leben durch ständige Wiederholung an Attraktivität. Das, was am Beginn der Liebe neu und aufregend war, verwandelt sich durch zunehmende Habituation in alltägliche Routine, und wenn ein Paar nur über eine begrenzte Auswahl an Verstärkern verfügt und dieses Repertoire auch nicht erweitert, besteht die Gefahr, daß die Beziehung als nicht mehr befriedigend erlebt wird. Zweitens treten – egal wie gut zwei Menschen zusammenpassen – spätestens im ständigen Zusammenleben Gegensätze zwischen den Partnern zutage, die in der Phase der Verliebtheit nicht wahrgenommen oder als unwichtig betrachtet wurden, im täglichen Kontakt aber durchaus über Zündkraft verfügen. Drittens gibt es Gegensätze oder Unvereinbarkeiten zwischen den Partnern, die erst durch gemeinsame Lebenserfahrungen entstehen. So kann ein Paar sich einig sein, daß sie Kinder haben wollen und ähnliche Vorstellungen bezüglich deren Erziehung teilen. Sind die Kinder aber einmal da, kann dies in beiden Partnern unvorhersehbare psychische Prozesse auslösen, die möglicherweise in unterschiedlichen Vorstellungen und Wünschen resultieren. Als Viertes wird das Entstehen von Gegensätzlichkeit durch die jeweils individuelle Entwicklung der Partner beschrieben, wie es z. B. stattfindet, wenn eine Frau sich im Laufe der Ehe mehr ihrer Karriere und weniger der Familie widmen möchte.

Jeder dieser vier Prozesse bedeutet für mindestens einen der Partner Verstärkerentzug oder sogar Bestrafung. Und da kein Mensch gerne freiwillig auf angenehme Dinge verzichtet, beginnt meist an diesem Punkt ein Kreislauf von *aversiver Kontrolle*, wie Patterson (1982) es für die Kommunikation in gestörten Familien beschreibt. In Situationen der Unvereinbarkeit beginnen Partner mehr oder weniger Druck oder Zwang auf den anderen auszuüben, um ihn zum Nachgeben zu bewegen. Beispiele für Maßnahmen der aversiven Kontrolle sind Rückzug, Weinen, Liebesentzug, Wecken von Schuld-

gefühlen bis hin zu körperlicher Gewalt. Wenn einer der Partner tatsächlich nachgibt, bedeutet dies für beide Partner eine Verstärkung – für den Nachgebenden eine negative und für den «Gewinner» eine positive –, womit die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß dieses Muster wiederholt wird. Dennoch wird der nachgebende Partner vermutlich nicht immer in dieser Rolle bleiben wollen und seinerseits Möglichkeiten finden, den anderen unter Druck zu setzen. So entsteht ein Zustand gegenseitiger aversiver Kontrolle, und in der Regel verfügen beide Partner über ein äußerst wirksames Repertoire an Techniken, um den anderen an seinen schwachen Punkten zu treffen.

Dieser Ablauf läßt sich auch in der Kommunikation beobachten, wo Kontrolle meist durch Kritik oder Desinteresse am Gesprächspartner ausgeübt wird. So kann man aus dem Gesprächsverhalten eines Paares Rückschlüsse auf die Machtverteilung in der Beziehung ziehen (Whisman & Jacobson, 1990). Hierbei kann sich die Dominanz eines Partners auf zwei Arten ausdrücken: entweder im *Reden*, indem er die meiste Redezeit beansprucht, ohne sich für den anderen zu interessieren, oder im *Nicht-Zuhören*, indem er sich nicht für das interessiert, was der andere erzählt, aber auch nichts von sich selbst mitteilt.

Singer, Wynne und Toohey (1978) berichten, daß in Familien mit gestörten Beziehungen eine bestimmte Art der *Kommunikationsdevianz* besteht, die in tangentialer Bezugnahme auf den Partner und einem Mangel an gegenseitiger Validierung zum Ausdruck kommt. Viele Autoren haben festgestellt, daß gestörte Beziehungen durch die Unfähigkeit, Probleme und Konflikte konstruktiv zu lösen, gekennzeichnet sind. Um Veränderungen in gestörten Beziehungen herbeizuführen, greift die traditionelle verhaltensorientierte Paartherapie im wesentlichen auf zwei Hauptstrategien zurück: Austausch gegenseitig verstärkender Verhaltensweisen (AV) und Kommunikations- und Problemlösetraining (KPT).

Beim *Austausch gegenseitig verstärkender Verhaltensweisen (AV)* wird das Ziel verfolgt, möglichst schnell eine emotionale Entlastung für das Paar zu erreichen, indem die Häufigkeit positiven, d. h. verstärkten und verstärkenden Verhaltens gesteigert und gleichzeitig das Auftreten negativen, d. h. strafenden Verhaltens reduziert wird.

Erreicht wird dies, indem der Therapeut zunächst gemeinsam mit den Klienten die betreffenden Handlungen und Verhaltensweisen identifiziert und – weil es leichter ist, die Häufigkeit von Belohnung zu erhöhen als die von Bestrafung zu senken – vor allem nach den Ressourcen des Paares sucht, d. h. nach den Dingen, die von mindestens einem der Partner als befriedigend, schön oder genußvoll empfunden werden und die der andere ihm auch geben kann, z. B. Komplimente, Anerkennung, Zärtlichkeit, liebevolle Gesten. Diese Ressourcen werden in einem relativ direktiven Vorgehen aktiviert, bis sich der Austausch erwünschter Verhaltensweisen in einem Prozeß positiver Rückkopplung durch die gegenseitige Verstärkung selbst aufrechterhält. Um dies zu erreichen, schlagen Christensen, Jacobson und Babcock (1995) drei Schritte vor:

(1) *Wunschliste*: zunächst richtet jeder seinen Fokus darauf, was der Partner braucht, um sich in der Beziehung wohler zu fühlen und was er selbst dazu beitragen kann. Dadurch wird der Klient aus der Rolle des sich Klägers in die Rolle dessen gebracht, der über Kompetenzen verfügt, die Entwicklung der Beziehung positiv zu beeinflussen.

(2) *Umsetzung*: Im zweiten Schritt geht es darum, die Wunschlisten in konkretes Handeln umzusetzen. Gleichzeitig können die Partner nun auch Wünsche direkt aussprechen. Doch sollte es in jedem Fall dem Gebenden überlassen bleiben, welche Wünsche er erfüllt und wann er dies tut. Diese Freiwilligkeit hat günstige Auswirkungen auf die Compliance und erhöht andererseits die Wahrscheinlichkeit, daß das gezeigte Verhalten vom Empfänger positiv aufgenommen wird.

(3) *Verstärkung*: Die Partner werden in ihren Bemühungen, dem anderen etwas Gutes zu tun,

schnell nachlassen, wenn sie damit keine positiven Reaktionen beim Empfänger hervorrufen. Daher ist darauf zu achten, daß die gutgemeinten Handlungen gewürdigt und damit auch verstärkt werden, um den positiven Austausch dauerhaft aufrechterhalten.

AV arbeitet zielorientiert darauf hin, dem Paar möglichst schnell ermutigende Erfolgserlebnisse zu vermitteln und es so für eine weitere Bemühung um die Verbesserung der Beziehung zu motivieren. Die Aufgaben, die der Therapeut dem Paar gibt, werden hauptsächlich zwischen den Sitzungen zu Hause geübt (s. Tab. 3) und anschließend mit dem Therapeuten besprochen. Bleibt es in der Therapie bei dieser einen Komponente, stellt sich zwar eine rasche Verbesserung ein, die aber eine hohe Rückfallquote in sich birgt, da keine grundlegenden Problemlösestrategien vermittelt wurden.

Daher beinhaltet die behaviorale Paartherapie als zweite Komponente ein *Kommunikations- und Problemlösetraining KPT* (vgl. Kap. 22.5/Paar-, Familientherapie) das während der Therapiesitzungen durchgeführt wird und im Unterschied zum AV einen eher prozeßorientierten Charakter hat. Dieses Üben von grundlegenden Fähigkeiten zieht langsamere Veränderungen nach sich, hat aber einen hohen *Präventionswert*.

Um Paaren die Fähigkeit zu vermitteln, ihre Konflikte und Probleme konstruktiv zu lösen, sind zahlreiche Programme zur Förderung der Kommunikationsfertigkeiten entwickelt und überprüft worden (vgl. Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1981).

Als hilfreich hat sich das sog. *aktive Zuhören* erwiesen (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980), das darin besteht, daß die Gesprächspartner im Rollentausch üben, sich zuzuhören, um später erst – davon getrennt – Stellung zu beziehen. Dieses Zuhören ist durch ein Zusam-

Tabelle 3: Handlungsorientierte Hausaufgaben

- Beobachtung angenehmer Verhaltensweisen des anderen
- Verwöhnung des anderen (einen Tag pro Woche, geplant)
- Gemeinsame Konfliktlösung (nach dem Schema des gelenkten Dialogs)
- Aktivierung gemeinsamer Ressourcen (Freizeit, Sport, Kultur, Spiele, Beziehungen)
- Gestufte Übungen zur Zärtlichkeit: zum Zweck der Differenzierung der Sexualität (sensitive focus)

menfassen dessen gekennzeichnet, was vom anderen verstanden wurde. Dadurch hat der Sprecher Gelegenheit zu überprüfen, ob das, was er ausdrücken wollte, wirklich ankam. Formell ergibt sich folgende Sequenz:

- (1) Partner A – Mitteilung
- (2) Partner B – Zusammenfassung
- (3) Partner A – Korrektur (wenn nötig)
- (4) Partner B – Mitteilung
(z. B. Stellungnahme zu 1)
- (5) Partner A – Zusammenfassung
- (6) Partner B – Korrektur (wenn nötig)

Nach diesem Schema wird es möglich, Absicht und Wirkung einer Mitteilung zu vergleichen (1/2 bzw. 4/5). Auch lernt der Zuhörer zwischen *Verstehen* und *Reagieren* zu unterscheiden (2 und 4). Erfahrungsgemäß entstehen Streit eskalationen dadurch, daß der Sprecher sich unverstanden fühlt und daher seine Argumentation verschärft. Der Zuhörer dagegen fühlt sich angegriffen und versucht, durch Verteidigung und Rechtfertigung die Aussage des anderen abzuwerten. Dies wird durch obiges Vorgehen vermieden.

Eine zweite Kommunikationsfertigkeit betrifft die Äußerung von nichtanklagender Kritik. Streitpunkte beinhalten im allgemeinen Kritik, doch wird diese häufig so vorgebracht, als handle es sich um objektive Einwände dem anderen gegenüber. Zum Beispiel: «Morgens deine Kippen vom Vorabend wegräumen, ist eine Zumutung.» Hilfreich erweist sich hier das Training von sogenannten Ich-Botschaften. Etwa: «Ich fühle mich erniedrigt, wenn ich deine Kippen vom Abend wegräumen muß, denn ich komme mir dabei vor wie deine Putzfrau.»

Aktives Zuhören und nichtanklagende Kritik – ebenso wie das Vorbringen von konkreten Wünschen statt genereller Forderungen – können in einem *gelenkten Dialog* kombiniert werden, der auf Konfliktlösung abzielt. Dieser Dialog gliedert sich in sieben Phasen:

- (1) Problemdarstellung gemäß des Schemas des aktiven Zuhörens und der nichtanklagenden Kritik.
- (2) Wunscharstellung gemäß des Schemas aktiven Zuhörens.
- (3) Lösungsmöglichkeiten suchen (Brainstorming).

- (4) Konkretisierung (Ort, Umfang, Zeit usw.).
- (5) Aushandeln gegenseitiger Leistungen und Wünsche – eventuell mit Kontrakt.
- (6) Belohnung (gegenseitig oder voneinander unabhängig; kann auch wegfallen).
- (7) Überprüfung der Abmachung (eventuell Revision).

Der Therapeut strukturiert den Dialog und achtet darauf, daß keiner der beiden Gesprächspartner überfordert wird, daß beide zu ihrem Recht kommen, daß Gefühlsinhalte angesprochen werden, Abmachungen aussichtsreich erscheinen und daß der behandelte Gegenstand für die betroffene Person relevant bleibt. Es gibt eine Reihe von Manövern, die über eventuell auftretende Schwierigkeiten in dieser Dialogführung hinweghelfen können, unter anderem folgende in Tabelle 4 aufgeführte Techniken.

Die Wirksamkeit der beiden Komponenten ist vielfach nachgewiesen worden (vgl. Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1981; Jacobson, 1984). Es hat sich gezeigt, daß die Kombination beider Verfahren der Anwendung nur einer der beiden Komponenten überlegen ist.

Sowohl AV als auch das KPT zielen auf *Veränderung* ab und stehen daher mit der Fähigkeit der Paare, sich anzupassen, Kompromisse zu schließen und zu kooperieren, in Beziehung. Ausgehend von der Beobachtung, daß die Anpassungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft in den meisten Beziehungen begrenzt ist, schlagen Christensen, Jacobson und Babcock (1995) die Integration einer dritten Komponente vor, die sie als *Akzeptanz* bezeichnen. Dieser neue Ansatz zielt darauf ab, solche Konflikte, die sich auch mit therapeutischer Unterstützung nicht lösen lassen, zu akzeptieren, indem der sich beklagende Partner damit aufhört, den anderen ändern zu wollen. Um diesen Prozeß zu fördern, haben die Autoren vier Strategien entwickelt:

- (1) Die Entwicklung eines *empathischen Diskussionsstils*, der das Problem als gemeinsamen Feind behandelt, unter dem beide zu leiden haben. Wenn das gelingt, können die Partner über ihre Schwierigkeiten sprechen, ohne sich gegenseitig anzuklagen und können sich nach dem Prinzip «Geteiltes Leid ist halbes Leid» im Gespräch über das Problem näher kommen

Tabelle 4: Therapeutische Manöver im gelenkten Dialog

A. Direkte Verhaltens-Vorschläge

- *Regelverweis* (aktives Zuhören, nicht-anklagende Kritik)
- *Bilanzierung*: Beide Partner werden gebeten zu überprüfen, wie weit die Diskussion sie im Moment gebracht hat.
- *Stützmaßnahmen*: Nonverbal durch die Veränderung der Sitzposition dem einen der beiden Partner Unterstützung signalisieren; verbal Zuspruch oder Kritik üben.
- *Doppeln* der Formulierung (suggerieren).
- *Satzangebote* machen, die den emotionalen Ausdruck pointieren. Den einen fragen, welche Hilfe er vom anderen braucht, um eine bestimmte Forderung zu erfüllen.

B. Distanzierungs-Manöver

- *Rollenwechsel*: Der eine Partner soll darstellen, wie der andere sich verhalten soll.
- *Triangulierung*: Die Unterhaltung bei Eskalationsgefahr über den Therapeuten abwickeln.
- *Pause*, Unterbrechung. Die Stühle der Betroffenen umstellen und so den *Blickkontakt unterbrechen*, so daß sie nur noch verbal aufeinander eingehen können. Aufforderung zu einer *Bildbeschreibung* oder szenischen Darstellung dessen, wie die Beziehung im Augenblick von dem einen und dem anderen empfunden wird.

C. Paradoxe Manöver

- Die Sitzung unterbrechen und zu einer früheren Übung *zurückgehen* («zu schnell vorgegangen»).
- *Katastrophisieren* des Problems, damit die Beteiligten es entdramatisieren.
- *Umdeuten* des Streits als Interesse o. ä.
- *Selbstabwertung* des Therapeuten: Humorvolles Eingeständnis der Überforderung.
- *Trennungsphantasie*: Beide werden bei umgedrehten Stühlen gebeten, sich vorzustellen, sie hätten sich gerade getrennt und sollen das in der Phantasie durchleben: einen Tag danach, einen Monat danach, ein Jahr danach, 20 Jahre danach – um dann, mit einer Rückschau kurz vor dem eigenen Tod herauszufinden, ob eine jetzige Trennung einen sinnvollen Zusammenhang mit ihrem Leben ergäbe.

und sich empathisch verbünden. Insofern wird der Konfliktstoff, der ursprünglich zwischen dem Paar stand und es emotional trennte, zur Quelle neuer Intimität.

(2) *Innere Distanzierung* von dem Problem, z.B. durch Humor oder durch eine objektive Analyse des typischen Ablaufs einer Problemsituation. Dadurch lernt das Paar, destruktive Interaktionssequenzen gewissermaßen aus der Beobachterposition wahrzunehmen und in schwierigen Situationen emotional gelassener zu bleiben, wodurch der Konflikt noch weiter externalisiert und entschärft wird.

(3) *Erhöhung der Toleranz* gegenüber dem negativen Verhalten des Partners. Dies kann gesche-

hen, indem in der Therapie auf die positiven Seiten des Problems hingewiesen wird oder indem der Kontext, in dem das negative Verhalten normalerweise auftritt, geändert wird. Um das zu erreichen, kann der Therapeut das Paar auffordern, das Problemverhalten und die Reaktion darauf in einer neutralen Situation zu «spielen», wodurch es in der Regel als weniger schwerwiegend empfunden wird.

(4) Die Entwicklung von mehr *Unabhängigkeit*, indem die Partner lernen, besser für sich selbst zu sorgen. Wenn eine Person ihre Bedürfnisse auch unabhängig von ihrem Partner befriedigen kann, fühlt sie sich weniger auf ihn angewiesen und wird daher seine Unzulänglichkeiten leichter akzeptieren können.

Therapeutisch interessant ist an diesem Ansatz die aus der Gestalttherapie bekannte Paradoxie der Veränderung: Denn obwohl die Strategien darauf abzielen, daß der Partner so akzeptiert wird, wie er ist, entsteht in den meisten Fällen gerade dadurch, daß man es aufgibt, den Partner verändern zu wollen, die Bereitschaft zu positiver Veränderung. Außerdem setzt Akzeptanz eine Veränderung auf kognitiver Ebene voraus: Das, was nicht geändert werden kann, wird akzeptiert, indem sich die Art zu denken und das Problem zu beurteilen ändert.

Die beschriebenen Interventionen haben auch dann eine positive Wirkung auf bestehende Beziehungen, wenn sie mit einzelnen Klienten durchgeführt werden, denn im Prinzip handelt es sich um Fertigkeiten des Individuums. Sie können sowohl zwischen Ehepartnern, als auch zwischen Eltern und Kind oder zwischen Kindern ab einer gewissen Altersstufe eingesetzt werden. Sie sind also nicht spezifisch für die Paartherapie, wenngleich sie dort die häufigste Verwendung finden.

4.6 Sexuelle Ebene

Sexualverhalten ist im Menschen als natürliche Funktion angelegt und wird zum großen Teil durch reflexartige Reaktionen des Körpers gesteuert (s. Kap. 41.1/Klassifikation, Diagnostik). Jedoch kann diese natürliche Sexualfunktion von vielerlei Faktoren gestört oder gehemmt werden, die z. B. physiologischer, psychischer, zwischenmenschlicher, kultureller oder auch einfach nur situativer Art sind. Da die sexuelle Reaktion als solche biologisch vorgegeben ist, geht es in der Behandlung sexueller Störungen weniger um das Erlernen einer gewünschten Reaktion, sondern vielmehr um das Erkennen und Auflösen von Einschränkungen und Blockierungen, damit sich das natürliche Verhalten von selbst entfalten kann. Auf der individuellen Ebene sind dies vor allem Leistungsängste, Schuldgefühle, Wertvorstellungen, Angst vor Kontrollverlust, überhöhte Erwartungen und Minderwertigkeitsgefühle. Auf der Paarebene kommen Schuldzuweisungen, Mißverständnisse aufgrund mangelhafter Kommunikation, und Unwissenheit über die Sexualität des anderen

Geschlechts hinzu. Auf kultureller Ebene sind Normen, Mythen und moralisch begründete Schamgefühle zu nennen (vgl. auch Barbach, 1982; Zilbergeld, 1968).

Die Behandlung sexueller Störungen kann mit Einzelpersonen oder mit Paaren durchgeführt werden. Bei Bestehen einer Beziehung wird die Arbeit mit dem Paar gegenüber der Arbeit mit dem Individuum bevorzugt, auch wenn nur einer der Partner der Verursacher der sexuellen Probleme zu sein scheint. Dem liegt die Annahme zugrunde, daß es in einer intimen Beziehung keinen unbeteiligten Partner gibt, sondern immer beide betroffen sind.

Sexualtherapie wird von zeitgenössischen Autoren (Masters, Johnson & Kolodny, 1993) als Psychotherapie mit edukativen, übenden und kommunikativen Komponenten verstanden. Um den Einfluß psychischer Störgrößen auf die Sexualität des Paares abzuklären, wird ein großer Teil der Zeit in den Therapiesitzungen darauf verwandt, die Verarbeitung von Frustration und Ärger in der Beziehung und die Bedeutung der oben genannten Hemmungen und Blockaden zu klären. Darüber hinaus werden die Partner dazu angeleitet, die durch die Übungen vermittelten Erfahrungen im Gespräch miteinander auszutauschen, was besonders wichtig ist, wenn das Paar in der Kommunikation über intime Themen bislang gehemmt war.

Die Basistechnik der Sexualtherapie sind die *Gefühlskonzentrationsübungen* (Sensate Focus), die je nach Störung variiert werden. Zu Beginn der Behandlung wird das Paar in der Regel instruiert, direkte Sexualkontakte sowie genitale Berührungen zu unterlassen. Durch diese Anweisung sollen Leistungsorientierung und Versagensängste ausgeschaltet werden. Dann werden dem Paar gestufte Übungen verschrieben, die zwischen den Sitzungen zu Hause durchgeführt werden, die darauf abzielen, die Spielarten der Zärtlichkeit zu erweitern und die Orgasmusfixierung abzubauen (vgl. Kap. 22.5/ Paar-, Familientherapie). Für einzelne Störungen werden zusätzlich spezifische Techniken eingesetzt:

- *Erektionsstörung*: Vorrangig ist hier der Abbau von Leistungsdruck, indem ein spielerischer, nicht auf ein Ziel orientierter Umgang mit Sexualität vermittelt wird. Dabei sind die oben

genannten Übungen sinnvoll. Zusätzlich kann die Partnerin darin instruiert werden, durch fraktionierte Masturbation ein wiederholtes Entstehen und Abklingen der Erektion herbeizuführen. Da sich der Mann in der passiven Rolle befindet, kann er dabei Vertrauen in diesen natürlichen und ohne sein willentliches Zutun funktionierenden Prozeß gewinnen.

- *Ejaculatio praecox*: Eine Technik bei der Behandlung von vorzeitigem Samenerguß besteht darin, daß die Frau den Penis des Partners bis kurz vor die Ejakulation manuell stimuliert und dann sofort unterbricht. Wenn der Ejakulationsdrang nachgelassen hat, wird die Stimulation fortgeführt. Dieser «*Stopp-Start*»-Zyklus wird mehrfach wiederholt und endet nach hinreichend langer Verzögerung schließlich mit der Ejakulation. Diese Übung kann auch auf den Geschlechtsverkehr ausgedehnt werden, indem sich der Mann passiv in der unteren Position befindet, während die Frau auf ihm sitzend aktiv die koitale Stimulation kontrolliert.

Als weitere Methode der Ejakulationskontrolle hat sich die «*Quetschtechnik*» bewährt. Während der koitalen Stimulation übt die Frau in gewissen Abständen manuellen Druck an der Peniswurzel oder unterhalb der Eichel aus, um die Ejakulation zu verhindern.

- *Orgasmusstörungen*, nämlich daß der Orgasmus verzögert oder gar nicht eintritt, sind bei Frauen häufiger (früher Anorgasmie genannt) als bei Männern (*ejaculatio retardata*). Barbach (1982) spricht in diesem Zusammenhang von «prä-orgasmischen» Frauen, da 93 Prozent der Teilnehmerinnen des von ihr konzipierten Trainings anschließend orgasmisch waren. Die fünfwöchige Behandlung stellt eine Verbindung aus Gruppendiskussion, physiologischen Informationen über weibliche Anatomie und Sexualität, Heimübungen und Individualunterricht dar. Zu den Heimübungen gehören die Erforschung und das Vertrautwerden mit dem eigenen Körper, Training der Beckenmuskulatur («Kegelübungen»), unterstützende sexuelle Phantasien und gestufte Masturbation. Wird später der Partner einbezogen, so kann der Übergang zum Geschlechtsverkehr dadurch erleichtert werden, daß dabei die manuelle Stimulation durch den Mann oder die Frau als «Brücke» beibehalten wird.

- *Vaginismus*: Die reflexartige Verspannung der Vaginalmuskulatur (vor Einführung der Penis) wird mit einem Training zur Anspannung und Entspannung dieses Bereichs begonnen. Als nächstes erhält die Frau eine Reihe von Dilatatoren mit zunehmendem Umfang, die behutsam unter Verwendung eines Gleitmittels eingeführt werden und zur täglichen Übung dienen. Für den Übergang zum Geschlechtsverkehr ist es wichtig, daß die Frau anfänglich den Penis des Mannes selbst einführt, damit sie das Gefühl hat, den Vorgang selbst zu steuern.

4.7 Paar-Ebene

Hier liegt der Schwerpunkt nicht mehr auf dem handelnden Individuum, sondern es geht um die Beziehung der Partner zueinander. Es gilt die Annahme, daß auf systemischer Ebene – also der Ebene der Paar- und Familienbeziehung – Regulative existieren, die zwar mit Disposition und Intention der Individuen in Einklang stehen, sich aber nicht vollständig daraus ableiten lassen. In den Naturwissenschaften gibt es dafür mehrere Modelle. Die Denkweise entspricht dem Popperschen *Emergenz-Prinzip* (Popper & Eccles, 1977), welches besagt, daß beispielsweise in der Chemie Reaktionen auftreten, die zwar mit dem physikalischen Atom- und Molekülaufbau vereinbar, jedoch nicht in allen Einzelheiten aus ihm vorhersagbar sind. Dasselbe tritt auf biologischer Ebene in Erscheinung, so etwa bei evolutionären Entwicklungen, die aus der Biochemie nicht im einzelnen vorhersagbar sind. Extrapoliert man dieses Prinzip auf psychische Reaktionen, kann beispielsweise das Phänomen der sogenannten freien Entscheidung plausibel gemacht werden. So können zwei jeweils für sich stabile Persönlichkeiten eine Bindung eingehen, in der sich eine neurotische Rollenverteilung etwa vom Typ der Willi'schen Kollusion (Willi, 1975) einspielt (s. Kasten 2).

Nach Sager (1976) bestand zwischen den Partnern eine Eltern-Kind-Bindung mit einem impliziten Vertrag der Nichtaggression und Fürsorglichkeit und den Erwartungen, immer füreinander da zu sein und den anderen niemals zu verlassen. Als Intervention ist hierfür eine Bewußtmachung dieser Erwartungen und

Kasten 2 Kollusion nach Willi (1975)

Ein Mann von 45 Jahren litt an Wochenenden häufig unter depressiven Phasen. In der Anamnese stellte sich heraus, daß er seinen Vater nie gekannt hatte (der war im Krieg vor seiner Geburt gefallen) und seine Mutter ihn für die ersten vier Lebensjahre im Waisenhaus untergebracht hatte, da sie selbst zu diesem Zeitpunkt psychisch krank war. Das nie befriedigte Bedürfnis nach einer fürsorglichen und stabilen Bezugsperson war im späteren Leben durch eine ungewöhnlich liebevolle und sorgende Ehefrau kompensiert worden. Zwischen den beiden bestand eine harmonische Beziehung, in der es nie einen offenen

Streit und seit zwanzig Jahren keine Sexualität gegeben hatte. Die Kollusion kann darin gesehen werden, daß die Ehefrau die Rolle einer treusorgenden und verlässlichen Mutter und der Ehemann die eines braven Jungen übernommen hatten. Die bei dem Mann zuerst auftretende Unzufriedenheit mit der Beziehung drückte sich in depressiven Verstimmungen und dem körperlichen Symptom «schwerer Beine» aus, die ihn bewegungsunfähig machten und ihn so symbolisch daran hinderten, die Partnerin auch nur vorübergehend zu verlassen – ein Angebundensein analog zu dem des kleinen Kindes im Waisenhaus.

eine Neuverhandlung des Vertrages vorgesehen. Dazu könnte eine vorübergehende Trennung mit hinreichender Absicherung der Fortsetzung der Beziehung und Nichtverletzung des anderen gehören, um die fehlende Erfahrung eines als ungefährlich erlebten Verlassens des Partners zu ermöglichen. Sager unterscheidet gemäß der Erwartungen der Partner aneinander fünf Bindungstypen:

- (1) Romantische Bindung (Nähe, Kontrolle und traditionelle Verteilung der Geschlechterrollen)
- (2) Eltern-Kind-Bindung (einer übernimmt die progressive Rolle eines Elternteils, während der andere eine regressive Kindrolle einnimmt)
- (3) Egalitäre Bindung (Auffassung von gleichen Rechten und Freiheiten beider Partner)
- (4) Kameradschaftliche Bindung (wenig Leidenschaft, aber hinreichend Intimität und Vertrauen)
- (5) Pragmatische Bindung (praktische und ökonomische Gründe überwiegen bei der Partnerwahl)

Die neu zu verhandelnden Erwartungen des Paares betreffen Themen wie: Treue, ewiges Glück, unauflösbare Bindung, Partner als Erziehungs- und Inspirationsobjekt, Ehe als sicherer Herd, Familie als Klan u. a.

In dem an Margret Mahler angelehnten Entwicklungsmodell von Bader und Pearson (1988) wird zwischen Symbiose, Differenzierung und Konsolidierung in der Ehe-Beziehung unterschieden. Für jede dieser Phasen sind unterschiedliche Interventionen vorgesehen (s. Tab. 5). Das oben beschriebene Paar würde als in der symbiotischen Phase fixiert angesehen werden – in einer harmonischen Verstrickung, von der eine aggressive Verstrickung zu unterscheiden ist. Letztere ist gegeben, wenn sich die Partner immer wieder mit Kritik und Schuldzuweisung gegenseitig abwerten, ohne sich aber trennen zu können. Für den beschriebenen Fall käme als Intervention zur Auflösung der harmonischen Verstrickung eine Einübung in nicht verletzenden Formen der aggressiven Auseinandersetzung infrage (s. Bach & Weyden, 1968).

4.8 Familien-Ebene

Bei der systemischen Betrachtungsweise werden im allgemeinen drei Gesichtspunkte hinzugezogen: der Zugewinn an Freiheitsgraden auf höherer Ebene (Emergenz-Prinzip, Popper & Eccles, 1977, s. oben), die spontane Selbstorganisation von komplexen Systemen und ihren restriktiven Randbedingungen (Synergetik, Haken, 1981) sowie die kybernetische Betrachtungsweise von Regelmechanismen (Bertalanffy, 1968).

Tabelle 5: Auf spezifische Entwicklungsphasen bezogene Interventionen

<p><i>Auflösung symbiotischer Verstrickung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Exposition gegenseitiger Aggression – Streitverschreibungen – Förderung der gegenseitigen Abgrenzung – Rekapitulation symbiotischer Prägung – Ablösungsrituale bezüglich der Primärfamilie
<p><i>Auflösung feindseliger Verstrickung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Umdeutung der Aggression – Triangulieren des Gesprächs über den Therapeuten – Unterbrechung nonverbaler Kommunikation – Streitregeln und Verletzungs Grenzen – Verzeihen-Lernen – Kontrollierte Streitverschreibungen – Kognitive Umstrukturierung und Humor – Rekapitulation von Übertragungssituationen
<p><i>Förderung der Autonomie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Getrennte und gemeinsame Aktivitäten – Trennungs-Phantasie – Konstruktive Trennung – Problemlöse-Training – Förderung gemeinsamer Aussenkontakte

Zur *Selbstorganisation* findet sich ein Beispiel in Kasten 3. Haken (1981) hat solche Formen der Selbstorganisation auf allen Ebenen der Physik, Chemie, Biologie, Soziologie usw. nachzuweisen versucht und hat für dieses systemische Verhalten den Ausdruck «Synergetik» geprägt. Ge-

mäß dieser Betrachtungsweise verklärt ein Teil als «Ordner» den anderen – hier im Beispiel das Kind mit seinem Symptom die Eltern, die in der Folge ihr Verhalten zum großen Teil nach dem Kind richten. Dabei hat das Kind sein Symptom mutmaßlich nur im Zusammenhang mit dem elterlichen Verhalten entwickelt. Es entstehen höchst unwahrscheinliche Organisations- oder Lebensformen, die im familiären Kontext zum Teil als bizarre Symptome auffallen. Die Formen der Selbstorganisation haben meist neben der *Unwahrscheinlichkeit* ihrer Konfiguration noch ein Element der *Unvorhersagbarkeit*, indem nicht sicher ist, welches spezielle Verhalten der Symptomträger entwickeln wird. Um andere Lösungen für solchen komplexen Systeme zu finden («Attraktoren», Prigogine & Stengers, 1986), müssen bestimmte Parameter verändert werden, so daß eine neue Entscheidung möglich wird («Bifurkationspunkte»). Die Parameter, die die Interaktion in Familien regeln und bei solchen Organisationsprozessen Berücksichtigung finden, lassen sich häufig auf die Dimensionen *Intimität* (Nähe/Distanz) und *Kontrolle* (Rigidität/Chaos) zurückführen, die auch miteinander verquickt sein können (vgl. Olson, Sprenkle & Russel, 1979). Die Intervention wird also darauf abzielen, das Ausmaß einer dieser beiden Dimensionen in der Familie zu verändern.

Kasten 3 Selbstorganisation

Der 28jährige Sohn ist das letzte Kind zweier Eltern in fortgeschrittenem Alter (Mutter 65 und Vater 70). Seit mehreren Jahren verzögert der Sohn den Studienabschluß als Bibliothekar durch Versagen oder Rücktritt von der Prüfung. Die Eltern sind seit Jahren zerstritten und der Vater hat in der Vergangenheit mehrfach seine Frau betrogen, die sich ganz auf die Erziehung und die Förderung des Sohnes verlegt hat. Obwohl alle Beteiligten Interesse am Studienabschluß des Sohnes bezeugen und dieser hinreichend intelligent und gut vorbereitet erscheint, mißlingt er immer wieder. Sowohl die Rollenverteilung beim Ehepaar, als auch das Studienversagen des Kindes kann man als *funktionell* ansehen. Alle lösen ein Problem unter gegebenen Rahmenbedingungen

mit geringstem Aufwand und Reibungsverlust. Das beunruhigende Verhalten des Sohnes ermöglicht es der Mutter die Konfrontation mit dem beziehungsflüchtigen Ehemann aus dem Wege zu gehen, die vermutlich zum Konflikt zwischen den Ehepartnern führen kann. Die Eltern sehen sich veranlaßt, sich gemeinsam mit dem Sohn zu beschäftigen, der so unbewußt ihre mögliche Trennung verhindert. Dies ist allerdings nicht so zu verstehen, daß das Kind sich bewußt opfert. Vielmehr entstehen unter bestimmten restriktiven Rahmenbedingungen plötzlich neue Formen der Selbstorganisation – etwa so wie sich Wirbel in einer glatten Strömung bilden, wenn bestimmte Hindernisse sich ihr entgegenstellen.

• *Morphostase*. Welche Ansatzpunkte liefert die Kybernetik für die systemischen Interventionen? In der Kybernetik werden Regelkreise beschrieben, die der Aufrechterhaltung bestimmter Soll-Niveaus dienen (Homöostase). Dies geschieht durch *negative Rückkoppelung*, d.h. durch Gegensteuerung. Wenn beispielsweise durch zu viel Gemeinsamkeit die optimale Distanz für das Wohlbefinden eines Familienmitgliedes unterschritten ist, wird dieses Familienmitglied gereizt sein und vielleicht einen Streit in Kauf nehmen und so wieder mehr Distanz gewinnen. Oder ein mit formalen Kontrollmöglichkeiten (sozialer Einfluß, materielle Ressourcen) gering ausgestatteter Partner entwickelt ein körperliches Symptom und erreicht auf diese Weise Schonung oder nimmt darüber hinaus Einfluß auf bestimmte Unternehmungen (verhindert z.B. einen Theaterbesuch). Über die psychophysiologische Schnittstelle solcher hypothetischer Mechanismen ist bisher wenig bekannt. Denkbar wäre neben der symptom-spezifischen Vulnerabilität auch eine immunsuppressive Wirkung bestimmter Hormone unter Streß.

Im Unterschied zur Warmwasserheizung, die gern als Beispiel eines Regelkreises herangezogen wird, gibt es in biologischen Systemen neben der homöostatischen eine zweite, gegenläufige Tendenz: die des *Wachstums* und der *Differenzierung* von Organismen. Im zwischenmenschlichen Bereich der Familie sind Phasen des Umbruchs einerseits unvorhergesehen (so etwa bei Krankheit, dem Tod eines Familienmitgliedes oder Arbeitslosigkeit), andererseits treten sie in jeder Familie mit Regelmäßigkeit im Verlauf des Lebenszyklus auf. Der system-

theoretischen These zufolge treten Krisen dann auf, wenn Wachstum oder Differenzierung durch die Umstände gefordert werden, das System aber an seinem alten Regelmodell homöostatisch festhält.

• *Morphogenese*. Neben der negativen Rückkoppelung ist eine *positive Rückkoppelung* in der Familienkommunikation zu beobachten, etwa bei der symmetrischen Streiteskalation, wenn die gegenseitigen Angriffe massiver werden und unter Umständen zu Tötlichkeiten führen. Wenn in solchen Fällen keine übergeordnete Gegenregulation vorhanden ist, tritt bei der positiven Rückkoppelung leicht eine Schädigung ein, etwa die körperliche Verletzung des Organismus. Gegenseitige erotische Stimulation ist hingegen ein «positives» Beispiel für positive Rückkoppelung. Positive Art der Rückkoppelung kann auch therapeutisch genutzt werden, um ein stabiles dysfunktionales System beweglich zu machen und zu einer neuen Form der Interaktion zu veranlassen (s. Kasten 4).

Die *Systemische Therapie* zielt darauf ab, die Familie zur Auflösung einer überholten oder schlecht funktionierenden Regel (hoher Energieaufwand und Reibungsverlust) und zur Adaptation an geänderte Bedingungen zu bringen. Im Grunde entspricht diese Veränderung der Familie dem Übergang von der Assimilation zur Akkomodation, wie ihn Piaget für die intrapsychische Entwicklung kognitiver Leistungen beschrieben hat. Dysfunktional gewordene Regelungen betreffen den Informationsfluß in der Familie, die zusammen verbrachte Zeit, die Glaubwürdigkeit einzelner Familienmitglie-

Kasten 4 Positive Rückkoppelung

Watzlawick, Weakland und Fisch (1974) beschreiben ein von den Eltern überversorgtes junges Ehepaar. Die Eltern kommen zum Rasenmähen, Abwaschen, Kochen; sie bringen ungefragt Lebensmittel mit usw. Das junge Paar wehrt sich gewöhnlich durch höfliche Zurückweisung dagegen, die aber als Bescheidenheit ausgelegt wird. Erst der Rat, die Hilfsbereitschaft mit Unverschämtheit zu kontern,

half, das übertriebene Versorgungsmuster aufzulösen. Das junge Ehepaar wies die Unterstützung nicht mehr zurück, sondern forderte sie ein: seit einer Woche sei nicht mehr abgewaschen worden, der Rasen müsse gemäht werden und der Kühlschrank sei völlig leer. Die Eltern kamen noch einmal und dann nicht wieder zu Hilfe («Die Kinder müssen endlich erwachsen werden!»).

der, das Maß an Selbstöffnung, Vertrauen und Toleranz, die Verteilung von Verantwortung und Ressourcen u. a.

Diese Kommunikations- und Verhaltensaspekte kommen in *strukturellen Merkmalen* der Familie zum Ausdruck, die von den sogenannten strukturellen Familientherapeuten (Minuchin, 1977) an den Grenzen der Subsysteme festgemacht werden. Darunter sind die Grenzen zwischen Großeltern, Eltern und Kindern sowie der Familie nach außen zu verstehen. Sind die Grenzen innerhalb eines Subsystems undurchlässiger als zwischen den Subsystemen, so kann diese Regelung funktional sein, bis der Lebenszyklus oder äußere Umstände eine Veränderung erforderlich machen. Drei Beispiele solcher Grenzüberschreitungen sind in *Abbildung 1* dargestellt.

a) Zwei distanzierte Eltern, wobei die Mutter sich dem Kind zuwendet und der Vater seinem

Beruf. Der Lebenszyklus erfordert, daß das Kind zur Schule kommt und für die Mutter nicht mehr den ganzen Tag erreichbar ist.

b) Die Eltern streiten sich über die meisten Dinge des Alltags und der Vater klagt seiner Tochter zu häufig sein Leid. Als die Tochter in die Pubertät kommt, wird einerseits die Intimität zwischen Vater und Tochter problematisch, zum anderen erzeugt sie eine rivalisierende Beziehung zur Mutter.

c) Der geschiedene Vater überläßt seiner Mutter die Erziehung des Kindes und will wieder neu heiraten. Die zweite Frau findet keinen Zugang zu dem Kind und fühlt sich von der Schwiegermutter herabgesetzt.

Geprägt werden solche Strukturen häufig von entwicklungsgeschichtlichen Dispositionen, die zu Bindungsscheu, Überfürsorglichkeit oder

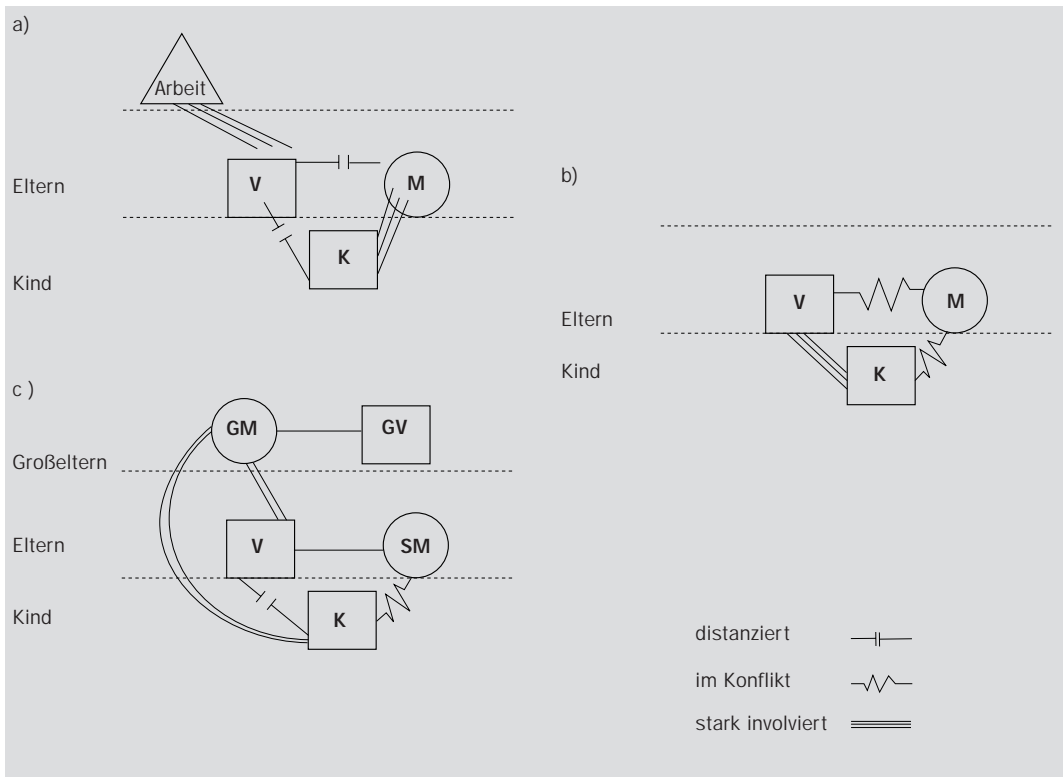


Abbildung 1: Drei Beispiele von Subsystemen mit unterschiedlich dichten Subsystemgrenzen und Koalitionen.

Verlustangst führen können. Die daraus unter Umständen resultierende Polarität der bereits erwähnten Dimensionen «Intimität» und «Kontrolle» ist nicht per se dysfunktional, sondern wird dies erst unter bestimmten Umständen. Zum Beispiel kann die Isolation einzelner Familienmitglieder, wie Minuchin sie für farbige Unterschichtenfamilien beschrieben hat, durchaus einen Grad von Autonomie fördern, der zum Überleben in diesem speziellen Kontext wichtig ist. Stark verstrickte Familien wiederum können den einzelnen Mitgliedern sehr viel Unterstützung gewähren. Rigide Kontrolle durch feste Regeln kann bei externer Bedrohung das System am (Über)leben erhalten, und eher chaotische Familien können unter Umständen sehr kreativ zu Zeiten des Wandels sein.

Bei den systemischen Interventionen wird zwischen strukturellen und strategischen Maßnahmen unterschieden. *Strukturelle* Maßnahmen zielen darauf ab, Beziehungsmuster direkt und aktiv umzugestalten. Colapinto (1991) nennt drei Typen:

- *Rekomposition*: Es werden in einem Kommunikationsprozeß Personen eliminiert (etwa das triangulierte Kind) oder neue Personen hinzugefügt (z. B. der distanzierte Vater).
- *Symptomveränderung*: Umbenennen, Herunterspielen, auf ein neues Symptom Hinarbeiten usw.
- *Strukturelle Modifikation*: Kommunikation in bestimmten Kanälen unterbrechen oder zu fördern, Verhalten verschreiben, Verhalten verstärken, Konflikt induzieren, Koalition auflösen, Kommunikationsfertigkeiten einüben.

Strukturelle Interventionen scheinen angezeigt zu sein, wenn sich das System in einem instabilen dysfunktionalen Zustand, zum Beispiel in einer Krise, befindet. Kann der Zustand dagegen eher als stabil und dysfunktional beschrieben werden, so ist mit großer Trägheit des Systems gegenüber Veränderungen zu rechnen. Der Appell der Familie an den Therapeuten wird im wesentlichen den Wunsch beinhalten, das Symptom zu beseitigen, im übrigen jedoch alles andere beim alten zu lassen. In diesem Fall erscheinen strategische Maßnahmen zweckmäßig.

Strategische Interventionen sind vor allem die sogenannten *paradoxen Interventionen* (oftmals verbunden mit einer sogenannten rituellen Verschreibung), wie sie besonders Selvini-Palazzoli, Boscolo, Czezin und Prat (1977) berichten. Am häufigsten finden sich darunter folgende typische Strategien, wobei meist eine Form der Umdeutung mit einer Form der Symptomverschreibung einhergeht. Umdeutungen betonen meist die positive Intention der Familie, die Homöostase aufrecht zu erhalten. Zu beachten ist, daß die positive Umdeutung des Verhaltens des Symptomträgers allein (etwa des Kindes), leicht zu Schuldattributionen auf die restlichen Familienmitglieder (etwa der Eltern) führt. Die Umdeutung soll wohlwollend und toxisch zugleich sein (Dell, 1981) und der Therapeut benutzt den Rapport zur Familie als Schlupfloch, um die dysfunktionale Balance von innen her zu stören (Seltzer, 1986).

- *Positive Umdeutung* einer negativen Interaktion («Streit zeigt die investierte Energie von seiten des Beteiligten»).
- *Provokative Überzeichnung* oder *Bagatellisierung* des Symptoms, um seine Bedeutung in unerwarteter Weise zu ändern.
- *Symptomsimulation* und *Verschreibung* («damit Sie Gelegenheit haben, genauer herauszufinden, warum dieses Verhalten für Sie wichtig ist»).
- *Mißerfolgsvorhersage* und Warnung vor zu schnellem Fortschritt, um Enttäuschungen zu vermeiden und um die *eigene Verantwortung* für das Verhalten anzustacheln.
- *Rückfallverschreibung*.

Mit den paradoxen Verschreibungen werden unterschiedliche Ziele verfolgt. Es wird der Angst vor Veränderung Rechnung getragen. Es kann aber andererseits auch Widerstand gegen die Umdeutung oder Verschreibung erzeugt werden, woraus eine Verminderung des Symptoms resultiert. Bei einer katastrophalen Überzeichnung des Symptoms kann die Eigeninitiative zu einer weniger dramatischen Darstellung und entsprechender Symptominderung angeregt werden. Die Verschreibung von Sympto-

men oder von deren Simulation kann ebenfalls dazu führen, daß die Familienmitglieder ihr bisheriges Verhalten aufgeben. Es kann sich auch ein Bedeutungswandel einstellen, indem bei Ausführung der Verschreibung über das Symptom Kontrolle ausgeübt wird. Auch wird dadurch der Übergang von Fremdkontrolle (durch den Therapeuten) zur Selbstkontrolle erleichtert. Schließlich werden die Familienmitglieder dadurch, daß das Symptom und seine Akteure in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden, aufeinander aufmerksam gemacht. Der Zweck der paradoxen Intervention kann aber auch wie in dem Beispiel oben darin liegen, durch Eskalation durch Überschreitung der bisherigen Randbedingungen eine Veränderung zu provozieren. Durch heruntergeschraubte Erwartungen wird ebenfalls die Eigeninitiative gefördert, und eine Rückfallverschreibung kann die negativen Affekte einer vorübergehend eintretenden Verschlechterung und ihre Katastrophisierung verhindern.

Derartige Interventionen müssen spezifisch auf den individuellen Kontext der Familie bezogen sein und setzen voraus, daß der Rapport zwischen Therapeut und Familienmitgliedern gegeben ist. Diese Maßnahmen sollen dysfunktionale, aber stabile Regelungen auflösen. *Kontraindiziert* sind paradoxe Verschreibungen nach Meinung von Todd (1986) in aktuellen Verlustsituationen, bei drohender Dekompensation, Gewaltanwendung oder Suizid, unerwünschter Schwangerschaft, Arbeitsplatzverlust und ähnlich akuten Krisen. Es gibt unterschiedliche Schulen strategischer und struktureller Familientherapie, die sich teils in der Sprache, zum Teil auch in der Mischung struktureller und strategischer Elemente unterscheiden. Differenzen bestehen auch in den Empfehlungen zur Einzel- oder Co-Therapie, zur Rolle der Supervision und der Nutzung der therapeutischen Autorität. Allen gemeinsam ist offenbar die Überzeugung, daß es nicht unbedingt gewinnbringend sei, wenn die Bedeutung der therapeutischen Intervention den Familienmitgliedern mitgeteilt wird. Auf Einzelheiten der verschiedenen Therapieschulen kann hier nicht eingegangen werden; es wird dazu auf die Originalliteratur verwiesen (Übersichten vgl. Madanes, 1982, 1991; Weeks & L'Abate, 1979 1982; Seltzer, 1986; Todd, 1986).

5. Schlußbemerkungen

Die Familientherapie wird in ihrem Ergebnis als vielversprechend eingeschätzt (Gurman & Kniskern, 1981). Dabei ist in Rechnung zu stellen, daß es keine einheitliche Familientherapie gibt. Über alle Studien hinweg wird die durchschnittliche Verbesserungsrate für Familien in familientherapeutischer Behandlung auf 73 Prozent eingeschätzt (verglichen mit 61% in der Paartherapie). Die verhaltenstherapeutische Paartherapie ist vor allem bei mittleren Störungen der Beziehung erfolgreich, wobei die Verbesserung der Kommunikation eine entscheidende Komponente zu sein scheint. Bei schweren Störungen scheint das rein operante Vorgehen kontraindiziert zu sein, während operante Methoden besonders erfolgreich bei aggressiven Problemen zwischen Eltern und Kindern eingesetzt worden sind (Patterson, 1975). Des weiteren ist Familientherapie bei psychosomatischen Problemen der Adoleszenz und bei Drogenabusus angezeigt. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß die Einzeltherapie von Beziehungsstörungen im Ergebnis als eher ungünstig eingeschätzt wird.

Insgesamt mangelt es an kontrollierten Studien, da Kontrollgruppen von vielen Familientherapeuten als unzumutbar abgelehnt werden. Eine Alternative ist die sogenannte «Treatment on Demand»-Kontrollgruppe (TOD; s. Gurman & Kniskern, 1981), bei der den Teilnehmern der Kontrollgruppe eine minimale Behandlung als Krisenintervention gewährt wird, sofern sie von der Familie gewünscht wird (zur Evaluation s. auch Kap. 22.5/Par-, Familientherapie).

6. Literatur

- Bach, G. R. & Wyden, P. (1968). *The intimate enemy. How to fight fair in love and marriage*. New York: Avon.
- Bader, E. & Pearson, P. T. (1988). *In quest of the mythical mate*. New York: Brunner/Mazel.
- Barbach, L. G. (1982). *For Yourself: Die Erfüllung weiblicher Sexualität*. Frankfurt/M.: Ullstein.
- Berley, R. A. & Jacobson, N. S. (1988). Causal attribution in intimate relationships. In P. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (pp. 1–90). New York: Academic Press.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications* (collected papers). New York: Braziller.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter Kind-Beziehung*. München: Kindler.

- Bradbury, T.N. & Fincham, F.D. (1992). Attributions and Behavior in Marital Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 4, 613–628.
- Christensen, A., Jacobson, N. & Babcock, J.C. (1995). Integrative Behavioral Couple Therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 31–64). New York: Guilford.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 417–443). New York: Brunner/Mazel.
- Dell, P.F. (1981). Paradox redux. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 127–134.
- Ellis, A. & Harper, R. (1961). *A guide to successful marriage*. Hollywood: Wilshire.
- Epstein, N. & Eidelson, R.J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples. *The American Journal of Family Therapy*, 9, 13–22.
- Farely, E. & Brandsma, M. (1986). *Provokative Therapie*. München: Jungfermann.
- Feldmann, L.B. (1976). Depression and marital interaction. *Family Process*, 15, 389–395.
- Frankl, V.E. (1975). *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: UTB 457.
- Gottman, J.M. (1993). A Theorie of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology*, 7, 57–75.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (Eds.). (1981). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hafner, R.J. (1977). The husbands of agoraphobic women: Assortative mating or pathogenic interaction? *British Journal of Psychiatry*, 30, 233–239.
- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1981). *Partnerschaftsprogramme: Möglichkeiten zur Bewältigung*. Heidelberg: Springer.
- Haken, H. (1981). *Erfolgsgeheimnisse der Natur*. Frankfurt: Ullstein.
- Hatfield, E. & Rapson, R.L. (1992). Similarity and attraction in close relationships. *Communication Monographs*, 59, 209–212.
- Holtzworth-Munroe, A. & Jacobson, N.S. (1985). Causal attributions of married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1398–1412.
- Jacobson, N.S. (1984). Marital therapy and the cognitive behavioral treatment of depression. *Behavior Therapist*, 7, 143–147.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1984). The differential effects of experimental and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 53, 175–189.
- Kelley, H.H. (1983). Love and commitment. In H.H. Kelley, E. Berscheid, A. Christensen, J.H. Harvey, T.L. Husten, G. Levinger, E. McClintock, E. Peplau & D.R. Peterson (Eds.), *Close relationships* (pp. 265–314). New York: Freeman.
- Kelley, H.H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J.H., Husten, T.L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau, E. & Peterson, D.R. (Eds.). (1983). *Close relationships*. New York: Freeman.
- Kerckhof, A.C. & Davis, K. (1962). Value consensus and need complementary in mate selection. *American Sociological Review*, 27, 295–303.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Levenson, R.W. & Gottman, J.M. (1983). Marital interaction: Physiological linkage and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 587–597.
- Madanes, C. (1982). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. (1991). Strategic Family Therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 396–416). New York: Brunner/Mazel.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1993). *Liebe und Sexualität*. Frankfurt/M.: Ullstein.
- Minuchin, S. (1977). *Familien und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russel, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3–28.
- Patterson, G.R. (1975). *Families: Applications of social learning to family life*. Champaign: University Press.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene/Oregon: Castilia Publishing Comp.
- Percy, W. (1983). *The Last Self-Help Book Lost in the Cosmos*. New York: Farrer, Straus & Giroux.
- Perls, E.S., Hefferline, R.E. & Goodman, R. (1951). *Gestalttherapie, Teil I und Teil II*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Popper, K.R. & Eccles, R. (1977). *The self and its brain*. New York: Springer.
- Prigogine, I. & Stengers, I. (1986). *Dialog mit der Natur*. München: Piper.
- Reiter, L. (1983). *Gestörte Paarbeziehungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Revenstorf, D. (1985). *Psychotherapeutische Verfahren. Gruppen-, Paar- und Familientherapie (Bd. IV)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Revenstorf, D. (1987). Der kognitive Trend in der Verhaltenstherapie bei Paaren. *Hypnose und Kognition*, 4 (2).
- Revenstorf, D., Hahlweg, K. & Schindler, L. (1982). Streit in der Ehe. Aggression und Interaktion. *Partnerschaftsberatung*, 18, 90–108.
- Sager, C.J. (1976). *Marriage contracts and couple therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung*. Berlin: Springer.
- Seltzer, L.E. (1986). *Paradoxical strategies in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Selvini-Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Czechin, G. & Prat, G. (1977). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett.
- Singer, M.T., Wynne, L.C. & Toohey, M.C. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. In L.C. Wynne, R. Cromwell & S. Maghysse (Eds.), *The nature of schizophrenia* (pp. 243–256). New York: Wiley.
- Tennov, D. (1981). *Limerenz. Über die Liebe und das Verliebtsein*. München: Pfeiffer.
- Todd, T. (1986). Structural-Strategic Marital Therapy. In N. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy* (pp. 71–106). New York: Brunner & Mazel.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974). *Lösungen*. Bern: Huber.
- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1979). A compilation of paradoxical methods. *American Journal of Family Therapy*, 7, 61–76.

- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy*. New York: Bruner & Mazel.
- Whisman, M.A. & Jacobson, N.S. (1990). Brief marital therapy. In R. A. Wells & V.J. Gianetti (Eds.), *Handbook of brief psychotherapies. Applied clinical psychology* (pp. 325-349). New York: Plenum Press.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Zilbergeld, B. (1968). *Männliche Sexualität*. Tübingen: DGVT.
-