

## Kapitel 14

# Beziehungs- und Interaktionstörungen

Kurt Hahlweg

### *1 Einleitung zur Thematik*

Menschen werden mit der Sehnsucht nach Bindung geboren. Favorisiert wird – nach wie vor – eine lebenslange Verbindung. So berichteten Levinger und Moles (1979), daß 90 % der von ihnen befragten Jugendlichen heiraten wollten. Bei Partnerschaft und Ehe handelt es sich offenkundig um den wichtigsten Lebensbereich des Menschen. In allen Umfragen zur Lebenszufriedenheit treten Liebe, Partnerschaft und Familie als zentrale Faktoren des Wohlbefindens der Bevölkerung hervor (Köcher, 1993) und stellen somit eine der wichtigsten Quellen für Lebensfreude und psychische Stabilität dar. Dieser Lebensbereich kann sich jedoch durch eine destruktive Veränderung der Beziehung zu einer der schlimmsten Leidensquellen wandeln.

#### *1.1 Unzufriedenheit mit der Partnerschaft*

In einer repräsentativen Umfrage an Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren (Döring et al., 1986) gaben 10 % der Befragten in fester Partnerschaft an, mit ihrer Beziehung unglücklich zu sein, weitere 25 % waren „eher glücklich“. Man kann wohl vermuten, daß viele Frauen aus dieser letzteren Gruppe in Partnerschaften leben, die noch als gerade erträglich empfunden werden, so daß die Prävalenz von „Risikoehen“ bei ca 25 % liegen könnte. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen einer FOCUS-Umfrage (1993, 27; „Der tägliche Alptraum: Psycho-Drama Ehe“), nach der rund 26 % der Befragten schon einmal daran gedacht hatten, sich von ihrem Ehepartner scheiden zu lassen. Bei den 11 bis 15 Jahre Verheirateten betrug die Rate sogar 40 %.

#### *Scheidung*

Die Daten zur Beziehungsqualität entsprechen ungefähr der Scheidungsrate, die seit 1962 kontinuierlich angestiegen ist. Ließen sich in den alten Bundesländern 1970 ca. 76.000 Paare scheiden, so waren es 1980 schon 96.000 und 1993 138.000 (Statistisches Bundesamt, 1993); prozentual werden die meisten Ehen im 5. Jahr geschieden. Man schätzt, daß bei uns ca. jede dritte, in Großstädten jede zweite Ehe geschieden werden wird. Betroffen von der Schei-

dung sind auch eine zunehmende Zahl von minderjährigen Kindern; 1993 immerhin 123.000.

Von soziologischer Seite werden Auflösungstendenzen der Ehen vor allem aus dem beobachtbaren Funktionswandel abgeleitet. Wurden im Verlauf der industriellen Revolution Ehen noch unter dem Gesichtspunkt der Produktionsgemeinschaft und der materiellen Existenzsicherung geschlossen, so werden Ehen heute vorrangig unter der Prämisse gegenseitiger emotionaler Unterstützung eingegangen, mit diesbezüglich hohen gegenseitigen Erwartungen, an deren Erfüllung viele Paare scheitern (König, 1978). Andere Umstände, z. B. die erhöhte Lebenserwartung der Partner mit der einhergehenden längeren Partnerschaftsdauer (eine Ehe dauerte 1850 durchschnittlich 20, heute könnte sie aufgrund der Lebenserwartung 50 Jahre andauern), veränderte Rollenverteilungen zwischen Männern und Frauen, die finanzielle Stellung der Frauen oder Veränderungen im Scheidungsrecht, werden ebenfalls als Einflußfaktoren diskutiert (Hahlweg, 1986).

#### *Auswirkungen von Scheidung*

Ehescheidung ist eines der am meisten belastenden Ereignisse im menschlichen Leben. Menschen, die vom Partner getrennt oder geschieden sind, haben einen schlechteren psychischen und physischen Gesundheitsstatus als vergleichbare Individuen, die allein leben, verwitwet oder verheiratet sind (Bloom et al., 1978). Geschiedene und getrennt Lebende sind als ambulante und stationäre psychiatrische Patienten ungefähr sechsmal stärker vertreten als verheiratete Personen und damit deutlich überrepräsentiert. Diese Gruppe zeigt auch eine höhere Inzidenzrate für klinisch relevante Depressionserkrankungen (Bachrach, 1975). Neben der höheren Rate an psychischer Symptomatik kommt es nach Scheidung bei den Betroffenen zu einer deutlichen Zunahme von akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (z. B. Infektionen; Lynch, 1977).

#### *1.2 Egetherapie*

Die für den Zerfall einer partnerschaftlichen Beziehung entscheidenden Konfliktbereiche liegen nach Ansicht der um Egetherapie nachsuchenden Paare vor allem im emotionalen Bereich. So wurden von ca. zwei Dritteln der Paare mangelnde Kommunikation und Zuwendung, unbefriedigende Sexualität und störendes Temperament des Partners als Grund für die Ehekrise genannt. Probleme aus dem instrumentell-ökonomischen Bereich (Finanzen, Haushalt, Beruf) spielen eine eher untergeordnete Rolle (Klann & Hahlweg, 1994).

Niedrige Beziehungsqualität und häufige Partnerkonflikte sind darüber hinaus korreliert mit einer erhöhten Rate an physischer Aggression gegenüber dem Partner. Repräsentative Studien aus den USA ergaben eine jährliche Prävalenzrate ehelicher Gewalt in Höhe von 12.5 %. Physische Gewalt gegen die Kinder war weit verbreitet: 60–70 % der Befragten gaben an, ihre Kinder

physisch zu strafen, die Rate von schwerer Kindesmißhandlung lag bei 4 % (Straus & Gelles, 1986). In der Bundesrepublik Deutschland liegt die eheliche Gewaltrate der 20–50 jährigen bei ca. 8.5 % (Wetzels et al., 1995).

Immer mehr Paare suchen professionelle Hilfe, wenn in ihrer Beziehung emotionale Spannungen und aggressive Auseinandersetzungen zunehmen. Im Bereich der Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft läßt sich beispielhaft folgende Entwicklung verzeichnen: 1985 gab es 216 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen (EFL), bis 1993 erhöhte sich die Anzahl auf 364 (insgesamt gibt es 2639 Beratungsstellen; Dorenberg-Kohmann et al., 1994). Es läßt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Nachfrage nach Ehe-, Familien- und Lebensberatung feststellen. 1990 wurden ca. 61.000 Klienten in 295.000 Stunden beraten, 1993 über 68.000 Klienten in mehr als 365.000 Beratungsstunden.

### *1.3 Ehekonflikte und psychische Störung*

Gerade in den letzten Jahren wurde immer deutlicher, daß die Art und Qualität der partnerschaftlichen Beziehungen Einfluß auf die psychische und somatische Befindlichkeit aller Familienangehörigen hat. So gaben 58 % der Patienten einer psychiatrischen Ambulanz in den USA an, daß Eheprobleme der Hauptgrund für das Aufsuchen der Institution gewesen seien (Overall, Henry & Woodward, 1974). Partnerkonflikte sind oft auch der Grund für Suizide und Suizidversuche. Es wird geschätzt, daß ca. 50 % aller Selbstmordversuche auf interpersonelle Konflikte zurückzuführen sind (Balck, Reimer & Jenisch, 1981). Im klinischen Bereich setzt sich immer mehr die Überzeugung durch, daß Partnerschaftsprobleme bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von vordergründig individuellen Problemen eine Rolle spielen können. Konsequenterweise werden deshalb auch die Partner häufiger mit in die Therapie einbezogen. Dies gilt natürlich vor allem für sexuelle Dysfunktionen, aber auch für depressive und schizophrene Störungen, Phobien, psychosomatische Erkrankungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie für Störungen des Kindes- und Jugendalters, insbesondere Aggression, Verhaltensstörungen und Ängste (Grych & Fincham, 1990).

Beziehungsstörungen können nicht nur korreliert sein mit der akuten Episode, sondern spielen auch bei Rückfällen eine bedeutsame Rolle. Nach neun Monaten erlitten 63 % der depressiven Patienten einen Rückfall, die nach stationärem Aufenthalt zu einem ihnen kritisch gegenüberstehenden Partner zurückkehrten, verglichen mit 11 % der Patienten, die nach der Entlassung mit einem ihnen gegenüber positiv oder neutral eingestellten Partner zusammenlebten (Hooley, Orley & Teasdale, 1986). Diese Befunde aus dem Bereich der „expressed emotion“-Forschung (Leff & Vaughn, 1985) gelten im übrigen auch für Patienten mit manischen und schizophrenen Störungen und weisen nachdrücklich auf die Notwendigkeit hin, Ehepartner oder Familienangehörige in die ambulante Nachsorge mit einzubeziehen.

#### 1.4 Ehekonflikte und physische Störung

Auch für somatische Probleme ist die Beziehungsqualität ein bedeutsames Korrelat (Burman & Margolin, 1992). Die Auswirkungen von niedriger Ehequalität und Scheidung vom Partner auf die Immunfunktionen wurde von Kiecolt-Glaser et al. (1987) untersucht, wobei es sich zeigte, daß verheiratete Frauen mit niedriger Ehequalität und Geschiedene depressiver waren und schlechtere Immunfunktionen aufwiesen als Frauen mit hoher Ehequalität. In einer neueren Studie untersuchten Kiecolt-Glaser et al. (1993) das Problemlöseverhalten von jungverheirateten, sehr glücklichen Paaren. Partner, die während der Diskussion eines Konfliktes häufiger negative Gesprächsbeiträge wie Kritik oder Abwertung äußerten, hatten in den nächsten 24 Stunden schlechtere Immunwerte als Partner mit positivem Kommunikationsverhalten. Bei Patienten mit essentieller Hypertonie wurde zusammen mit dem gesunden Partner ein Kommunikationstraining durchgeführt (Ewart et al., 1984). Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten sich signifikante Reduktionen des systolischen Blutdrucks nach dem Training.

Diese Befunde legen nahe, Egetherapie oder präventive Trainingsprogramme nicht nur zur Verbesserung der Ehequalität einzusetzen, sondern auch, um psychische Störungen oder somatische Parameter wie immunologische oder psychophysiologische Variablen zu verändern.

Im folgenden werden die empirischen Befunde zu den Determinanten der Ehequalität und die sich daraus ergebenden theoretischen Modelle zur Erklärung von Beziehungsverschlechterung dargestellt, anschließend das verhaltenstherapeutische Vorgehen in der Egetherapie beschrieben. Diese Interventionen in etwas abgewandelter Form haben sich auch bei der Rückfallprophylaxe schizophrener und bei der Therapie depressiver Patienten sehr gut bewährt, so daß zum Abschluß des Kapitels auf die Anwendungen in diesem Bereich eingegangen wird.

#### 1.5 Determinanten der Ehequalität

Es erscheint nicht möglich, das Konzept intimer Beziehungen eindeutig zu definieren, daher werden die Begriffe „Intime Beziehung“, „Ehe“ und „Partnerschaft“ synonym gebraucht. Ein grundlegendes Problem stellt die Bestimmung eines reliablen und validen *Kriteriums für Ehequalität* dar. Objektive Kriterien gibt es nicht, in der Literatur wurde daher eine Vielzahl von Konzepten benutzt, z. B. Eheglück, -anpassung, -zufriedenheit oder -erfolg. Da die Tests zur Erfassung dieser subjektiven Konzepte hoch miteinander korrelieren, verwendet man in jüngster Zeit die Begriffe *Ehequalität* und *Eheerfolg* synonym.

Ein Instrument zur Erfassung der Ehequalität ist die international häufig verwendete „Dyadic Adjustment Scale“ (DAS, Spanier, 1976). Der Fragebogen enthält 32 Items, z. B. „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft?“

„Wie oft streiten Sie mit Ihrem Partner?“. Die interne Konsistenz ist mit 0.96 sehr hoch. Aufgrund mehrerer Studien gelten Werte von  $>100$  als Kriterium für hohe Ehequalität, Werte darunter als Zeichen für geringe Ehequalität. Entsprechende deutschsprachige Fragebogen finden sich in einem Diagnostikmanual für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung (Hank, Hahlweg & Klann, 1990). Einfacher als Ehequalität ist *Ehestabilität* zu definieren, da hierbei nur formale Aspekte (Scheidung, Trennung) eine Rolle spielen. Ehequalität und -stabilität sind miteinander korreliert, aber nicht identisch. Zwar sind die meisten Partner unglücklich, deren Ehe in Scheidung endet, aber längst nicht alle unglücklichen Ehen enden in Scheidung.

Die ersten empirischen Studien, in denen die *Determinanten der Ehequalität* untersucht wurden, stammen aus den 30er Jahren (z. B. Terman, 1938). Damals lagen die Forschungsschwerpunkte im Bereich der Familiensoziologie, dementsprechend wurden überwiegend sozioökonomische Variablen und Konzepte wie Werthaltungen oder Rollenkompatibilität untersucht. Psychologische Studien, vor allem solche, in denen das interaktionelle Verhalten der Partner untersucht wurde, erschienen erst Mitte der 70er Jahre. Betrachtet man die Ergebnisse (Hahlweg, 1986; Karney & Bradbury, 1995), so ist offensichtlich, daß die meisten der untersuchten Variablen nur wenig Varianz des Eheerfolgs erklären; dies gilt besonders für sozioökonomische (z. B. Alter, Altersdifferenz der Partner, Status, Schulbildung) und individuelle Variablen (z. B. Persönlichkeit). Die Untersuchung der Hypothese, daß Homogenität der Partner korreliert ist mit Ehequalität, erbrachte widersprüchliche Befunde. Es gibt jedoch fast keine Hinweise darauf, daß *Unähnlichkeit* mit Ehequalität zusammenhängt.

Die Studien, in denen gezielt die Transaktionen der Partner untersucht wurden, ergaben die klarsten Ergebnisse (Gottman, 1994; Hahlweg, 1986). Aus den Befunden wird deutlich, daß der Grad der Ehequalität in hohem Ausmaß von den Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten der Partner abhängt. In diesen Studien werden üblicherweise Paare mit niedriger oder hoher Ehequalität gebeten, im Videolabor eines ihrer Eheprobleme zu diskutieren. Diese Gespräche werden dann mit Hilfe eines geeigneten Beobachtungsverfahrens ausgewertet (siehe Markman & Notarius, 1987). In eigenen Untersuchungen (Hahlweg, 1986) an 60 Paaren mit Hilfe des KPI (Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktion) konnte gezeigt werden, daß Paare mit hoher Ehequalität sich bei der Diskussion nonverbal wesentlich positiver verhielten (sie schauten z. B. den Partner häufiger an, lächelten mehr, sprachen mit warmer, zärtlicher Stimme) als Paare mit niedriger Ehequalität (diese hatten z. B. weniger Blickkontakt, häufiger abgewandte Körperhaltung, sprachen öfter mit kaltem, sarkastischem Tonfall). Partner mit hoher Ehequalität sprachen häufiger über ihre eigenen Gedanken, Gefühle und Wünsche und vermittelten dem Partner öfter, daß sie ihn akzeptierten als Partner mit niedriger Ehequalität. Diese kritisierten und werteten ihren Partner häufiger ab, stimmten seinen Äußerungen seltener zu und rechtfertigten sich öfter.

Auch bei sequenzanalytischer Auswertung der Gespräche zeigten sich deutliche Unterschiede in den Kommunikationsmustern, speziell im Bereich negativer Eskalation. Hierbei geht es um das Verhalten in Gesprächsabschnitten, in denen sich die Partner gegenseitig kritisieren, beschuldigen, Vorwürfe machen, drohen oder den Vorschlägen des anderen nicht zustimmen. Paaren mit hoher Ehequalität gelingt es, solche Eskalationen nach kurzer Zeit abzukühlen und zu unterbrechen. Hervorstechendstes Merkmal von Paaren mit niedriger Ehequalität war deren Unfähigkeit, sich aus solchen negativen Zirkeln zu lösen. Besonders deutlich war dies im nonverbalen, affektiven Bereich: war die Atmosphäre einmal negativ, so blieb sie es mit hoher Wahrscheinlichkeit über einen langen Zeitraum.

Diese geschilderten Unterschiede zwischen Paaren mit hoher und niedriger Ehequalität sind im übrigen nicht spezifisch für intime Zweierbeziehungen mit Partnern ohne psychopathologische Auffälligkeiten. Ähnliche Kommunikationsmuster lassen sich auch in Familien mit einem schizophrenen (Hahlweg et al., 1988), depressiven (Hooley, 1986) oder manischen Patienten (Miklowitz et al., 1987) finden.

## *2 Erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Ehe: Theoretische Annahmen*

Eine umfassende Theorie, die die Befunde zu den Determinanten der Ehequalität integriert, ist bisher nicht formuliert worden. Es gibt in der Literatur allerdings viele Spekulationen, die meist aber den vorliegenden Daten nicht gerecht werden. Am einflußreichsten sind theoretische Überlegungen aus psychoanalytischer, system- und lerntheoretischer Sicht (s. Jacobson & Gurman, 1995; Fincham & Bradbury, 1990).

### *2.1 Psychoanalytische Annahmen*

Tiefenpsychologische Vorstellungen prägen noch immer die kirchliche Eheberaterausbildung im deutschsprachigen Raum, obwohl es bisher keine empirischen Belege für die einzelnen Thesen gibt. Auch haben sich die Konzepte im Verlauf der Zeit geändert, so daß nicht von „einer“ psychoanalytischen Theorie gesprochen werden kann. Betont wird aber stets die Bedeutung der individuellen Kindheitserfahrungen, d. h. die Beziehungen der Partner zu ihren Eltern bestimmen zu einem großen Teil, wie die eigene Ehe verlaufen wird (Meissner, 1978). Grundlegend erscheint die Partnerwahl, die nicht zufällig erfolgt, sondern von den unbewußten (meist neurotischen) Bedürfnissen der Partner bestimmt ist. Im deutschen Sprachraum populär ist das „Kollusions“-Konzept von Willi (1975).

## 2.2 Systemtheoretische Annahmen

Steinglass (1978) beschreibt systemtheoretische Prinzipien, die auch auf familiäre Prozesse anwendbar sind. Ein System ist organisiert, von anderen abgrenzbar und besteht aus einzelnen Gliedern (z. B. Ehepartnern), die in konstanter Beziehung zueinander stehen. Jedes System hat Kontrollmechanismen, die zur Stabilisation und kontrollierten Anpassung des Systems an neue Verhältnisse benötigt werden. Ein wesentliches Prinzip ist das der Homöostase, d. h., das System versucht, sich stabil zu halten. Die Regulation erfolgt mit Hilfe positiver/negativer Feedback-Schleifen. Unter positivem Feedback wird ein Aufschaukelungsprozeß verstanden, d. h. ein Anstieg oder Abfall in einem Teil des Systems bewirkt einen Anstieg oder Abfall in einem anderen Teil. Die vorher dargestellten Kommunikationsmuster der negativen Eskalation gehören zu dieser Klasse von Feedback-Schleifen und dürfen nicht mit negativem Feedback verwechselt werden. Diese Art der Rückmeldung dient zur Herstellung des Systemgleichgewichtes, d. h. ein Anstieg in einem Systemteil bewirkt einen Abfall in einem anderen.

Auf der Grundlage dieser systemtheoretischen Prinzipien entwickelten sich die verschiedenen Formen der Familientherapie.

Die einzelnen familientherapeutischen Ansätze (Gurman & Kniskern, 1981), sofern diese überhaupt zu den Bedingungen des Eheerfolges spezifische Modelle formulieren, sind sehr divergent und können hier nicht dargestellt werden. Sehr bekannt geworden sind die Thesen der sog. Palo-Alto Gruppe (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969), die für Eheerfolg oder -mißerfolg Kommunikationsstörungen verantwortlich machen wie z. B. paradoxe Mitteilungen, bei denen verbale und nonverbale Signale einander widersprechen („Natürlich hab ich Dich lieb“ – sich gleichzeitig aber der Umarmung entziehen). Häufig sollen auch Konfusionen von Inhalts- und Beziehungsaspekten Ursache für niedrige Ehequalität sein, d. h. die Partner versuchen, Beziehungsprobleme auf der Inhaltsebene oder objektive Meinungsverschiedenheiten auf der Beziehungsebene zu diskutieren. Trotz der ‚Griffigkeit‘ vieler systemtheoretischer Postulate steht eine empirische Fundierung noch aus.

## 2.3 Lerntheoretische Annahmen

Zur lerntheoretischen Erklärung des Erfolges oder Mißerfolges einer Ehe werden vor allem Annahmen aus der sozial-kognitiven Lerntheorie (Bandura, 1979) und der sozialen Austauschtheorie (Thibaut & Kelley, 1959) herangezogen.

In der Ehe hat jeder Partner bestimmte Vorstellungen davon, wie der andere ihm z. B. Zuneigung, Achtung oder Sorge zeigen sollte. Eine „ideale“ Beziehung in dem Sinne, daß sich die Vorstellungen und Verhaltensweisen beider Partner stets decken, ist jedoch kaum zu erwarten. In weniger idealen Beziehungen werden die Partner daher versuchen, ihren Partner zu ändern, damit

er ihren Vorstellungen besser entspricht. Wünsche nach Verhaltensänderungen können vielfältige Ursachen haben:

*Externe Gründe.* Änderungen im sozialen Umfeld des Paares, z. B. Geburt eines Kindes, Arbeitslosigkeit, Umzug mit Verlust des sozialen Netzwerkes, deren Bewältigung flexible Verhaltensänderungen der Partner erfordern.  
*Enttäuschte Erwartungen.* Die Gründe dafür sind vielfältig, u. a. verdeckt die anfängliche Idealisierungstendenz die subjektiv empfundenen Schwächen des Partners; Harmonisierungstendenzen führen zu Beginn der Partnerschaft zum Vermeiden von Auseinandersetzungen bei schon erkannten Differenzen; Erwartungen und Bedürfnisse können oder werden zu Beginn nicht klar artikuliert (z. B. Bedürfnis nach körperlicher Nähe: ein Partner braucht viel, der andere weniger Zärtlichkeit oder Sexualität. Sozialverhalten: ein Partner möchte häufig soziale Kontakte, der andere seltener).

*Tägliche Kleinigkeiten.* Verhaltensweisen des Partners, die für sich allein nicht störend wirken, jedoch durch die Häufigkeit ihres Auftretens für den Partner aversiv werden und nicht mehr tolerierbar erscheinen (z. B. bestimmte Gesten, Redensarten, Unordnung).

Um Änderungen herbeizuführen, setzen die Partner Belohnungen und Bestrafungen ein. Annahme ist nun, daß Paare in Beziehungen mit niedriger Qualität sich ineffektiver Methoden zur Verhaltensänderung bedienen. Positive Kontrolle zur Verhaltensänderung durch Belohnung angemessenen Verhaltens wird nur selten eingesetzt.

Die Verschlechterung der Beziehung über die Zeit läßt sich mit Hilfe des „Zwangsprozesses“ (Patterson & Reid, 1970) beschreiben, der damit beginnt, daß Person A wünscht, Person B möge sich verändern, diese jedoch ihr Verhalten beibehält. Meist wird über das Problem diskutiert und der andere gebeten, sich doch zu ändern. Lenkt B ein und ändert sich langfristig, wird kein Konflikt entstehen. Häufig verspricht B zwar eine Änderung, hält sich aber nur kurze Zeit daran. A wird dann versuchen, sich mit Bestrafung durchzusetzen, eine Bitte z. B. mit Kritisieren, Nörgeln, Drohen, Schreien oder Weinen koppeln oder aber positive Verstärker entziehen, sich z. B. sexuell verweigern.

Im *Zwangsprozeß* verhält sich A nun fortlaufend negativ und wechselt erst dann wieder zum Positiven, wenn B einlenkt (B wird also negativ verstärkt). Dieses Einlenken verstärkt aber A in ihrem aversiven Verhalten positiv, d. h., sie wird auch in Zukunft wahrscheinlich eine solche negative Strategie zur Durchsetzung ihrer Interessen anwenden. Nach den Prinzipien des Modelllernens (Bandura, 1979) und der Reziprozitätsannahme (in sozialen Systemen wird Belohnung mit Belohnung, Bestrafung mit Bestrafung vergolten, Pruitt, 1968), wird auch Person B in Zukunft häufiger zu solchen Zwangsmitteln greifen, wenn sie sich gegenüber A durchsetzen möchte.

Ein Merkmal aversiver Kontrolle ist nun, daß dadurch keine dauerhaften Verhaltensänderungen hervorgerufen werden, der Konflikt erneut aufbrechen wird. So entstehen mit der Zeit immer mehr ungelöste Konflikte und die Partner verstricken sich bei ihren untauglichen Lösungsversuchen in im-

mer aversiveren Zirkeln, da nach gewisser Zeit bei beiden eine Habituation an die Strafreize eintritt. Die aversiven Maßnahmen müssen somit in ihrer Intensität anwachsen, um noch Wirkung zu erzielen. Dieser Zwangsprozeß ist am auffälligsten bei Paaren, die offen-aggressiv mit ihren Konflikten umgehen. Es gibt jedoch auch Paare, die trotz vorhandener Gegensätzlichkeiten keine Eskalationen (mehr) zeigen. Für diese konflikt-phobischen oder konflikt-vermeidenden Paare gelten ebenfalls die geschilderten Grundannahmen, allerdings zeichnen sich diese Beziehungen durch ein Nebeneinanderherleben und emotionale Trennung aus.

Begleitet wird diese negative (aggressive oder vermeidende) Spirale durch eine reziproke Reduktion der positiven Interaktion in der Beziehung, die durch Gewöhnungsprozesse, die bei jedem Paar zu erwarten sind, noch beschleunigt wird. Damit schwindet die gegenseitige Anziehung und alternative Partner werden möglicherweise attraktiver. Die Partnerschaft wird vom Einzelnen nicht mehr als ausgewogen erlebt (Vertrauensverlust) und folglich verfahren beide nicht mehr nach dem Prinzip des „Gebens“ und „Nehmens“.

Mangelnde Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten beider Partner sind also aus lerntheoretischer Sicht vor allem verantwortlich für das Scheitern einer Ehe. Verschlechtert sich eine Beziehung, so ist die „Schuld“ nicht beim Einzelnen zu suchen, sondern in der unangemessenen Interaktion. Die Ergebnisse einer Reihe von Studien stützen die wesentlichen Annahmen (Hahlweg, 1986; Karney & Bradbury, 1995), so daß die auf dieser Basis entwickelten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen empirisch gut fundiert erscheinen.

#### *Gottman's Theorie ehelicher Stabilität*

John Gottman, University of Washington, Seattle, ist einer der bedeutendsten psychologischen Eheforscher. In seinem 1994 veröffentlichten Buch „What Predicts Divorce?“ faßte er seine Ergebnisse in einer empirisch fundierten „Theorie der ehelichen Stabilität“ zusammen. Seiner Meinung nach ist der lange Zeit vorherrschende Mythos, daß häufige Auseinandersetzungen oder völliges Vermeiden von Konflikten letztendlich zu Beziehungsverschlechterung oder Scheidung führt, wohl nicht richtig, denn diese Konfliktmuster können sehr erfolgreich sein, um Ehen zusammenzuhalten. Auseinandersetzung können, wenn sich Kummer und Unzufriedenheit Luft machen, sehr gesund sein; es kommt auf die Art und Weise an, wie die Auseinandersetzung geführt wird. Ausgehend von den Fragen: Wie versuchen Partner, den anderen zu ändern? Wie ist die Nähe-Distanz-Regulierung? postuliert Gottman (1994) fünf Ehetypen, wobei es bei stabilen Paaren (Paare, die nicht an Trennung oder Scheidung denken) drei Subtypen gibt:

- *Konflikt-vermeidende Paare*: die Partner sind emotional neutral (manche emotional sogar eher flach) und distanziert.
- *Lebhaft-impulsive Paare*: die Partner sind leidenschaftlich, emotional und bereit zur Auseinandersetzung, Kennzeichen sind streiten *und* lachen.

- *Konstruktive Paare*: die Partner sind sich emotional nahe, haben selten Auseinandersetzungen, sind kompromißbereit und haben ein hohes „Wir-Gefühl“.

Bei instabilen Paare gibt es zwei Subtypen:

- *Feindselig-engagierte Paare*: die Partner haben häufiger hitzige Auseinandersetzungen, beleidigen sich, beschimpfen einander, demütigen sich und sind sarkastisch.
- *Feindselig-distanzierte Paare*: die Paare haben wenig Streit, sind distanziert; wenn sie sich streiten, verläuft die Auseinandersetzung sehr feindselig.

Für die Stabilität wesentlich ist, wie Streit durch Liebe und Leidenschaft ausgeglichen wird, d. h., wieviel Zeit die Partner sich positiv (sich Berühren, sich Anlächeln, Komplimente machen, miteinander Lachen) und negativ verhalten (sich kritisieren, anschreien oder mißachten). Gottman geht davon aus, daß zur Stabilität das Verhältnis von Positiv zu Negativ mindestens 5:1 betragen muß, gleicht sich das Verhältnis an, wird eine Beziehungsverschlechterung oder Scheidung immer wahrscheinlicher.

Eine Beziehungsverschlechterung (mit Reduktion des „magischen 5 : 1 Verhältnisses“) wird begünstigt durch das Auftreten der sog. „4 apokalyptischen Reiter“ im Verlauf der Ehe: Kritik (typische „DU“ Sätze), Verachtung (persönliche Abwertung), Abwehr (Rechtfertigen, Gegenkritik) und Abblocken (versteinern, Schweigen, Dicht-machen, gegen eine Wand reden)

Ausgangspunkt seines Modells ist die interaktive „Triadische Balance“ aus Kommunikation/Interaktion, Wahrnehmung und psychophysiologischer Aktivierung. Solange bei dem Paar das Verhältnis von positiver und negativer Interaktion 5 : 1 beträgt, stellt sich bei Auseinandersetzungen relativ schnell psychophysiologisch Beruhigung ein, die die Kompromißfähigkeit steigert. Beide Partner fühlen sich in der Beziehung wohl. Verringert sich das 5 : 1 Verhältnis, so hat dies zur Folge, daß Auseinandersetzungen psychophysiologisch erregter verlaufen und sich die Wahrnehmung des Partners verändert, dabei handelt es sich um einen Kipp-Prozeß, d. h., Partner gehen fast Übergangslos vom Zustand des Wohlfühlens in den Zustand des Leidens an der Beziehung.

Diese veränderte Wahrnehmung hat zur Folge, daß die Attributionsprozesse immer negativer und stabiler werden: positives Partnerverhalten wird external attribuiert („Er bringt mir nur deshalb Blumen, weil auch alle anderen dies zum Muttertag tun“), negatives Verhalten internal („Er kommt zu spät, weil er mich ärgern will“). Die Partner fühlen sich durch die steigende Negativität der Interaktion überflutet und attribuieren stärker negativ. Dies kann zur Distanzierung und Isolierung der Partner führen und in der Folge beginnen die Partner, die Geschichte ihrer Beziehung zu überdenken. Die Umgestaltung bringt mit sich, daß nun auch in der Erinnerung vorher positive Aspekte der Beziehung negativer gesehen werden. Das Überdenken läßt den Wunsch nach Scheidung aufkommen, die dann, wenn z. B. wenig materielle

Barrieren im Weg stehen, das Paar kinderlos ist und alternative Partner zur Verfügung stehen, in die Tat umgesetzt wird.

Diese Theorie ist bisher von Gottman (1994) in Teilen empirisch bestätigt worden, eine direkte Prüfung in entsprechend angelegten Langzeitstudien mit jungverheirateten Paaren steht noch aus. Insgesamt erscheint die Theorie „griffig“, und läßt sich auch gut Paaren im Rahmen einer Egetherapie vermitteln.

### 3 Interventionen

Im Vergleich zur Individualtherapie gibt es bei der Egetherapie eine Reihe von besonderen *ethischen* Problemen (Margolin, 1986). Die Therapeutin\* muß u. a. die Schweigepflicht beiden Partnern gegenüber berücksichtigen, d. h. die Informationen, die sie von einem erhält, darf sie nicht ohne dessen ausdrückliche Einwilligung in den Sitzungen ansprechen. Sie muß sich als Advokat beider Partner verstehen, und sich nicht nur einem verpflichtet fühlen, daher darf die Verbesserung des einen nicht auf Kosten des anderen gehen.

International gibt es eine große Anzahl kontrollierter Studien zur Egetherapie, wobei die Effektivität verhaltenstherapeutische Ansätze am besten gesichert ist (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) und deshalb hier ausführlicher dargestellt werden soll. Ziele verhaltenstherapeutischer Egetherapie (VET) sind die Unterbrechung des Zwangsprozesses und der Wiederaufbau einer positiven Reziprozität zwischen den Partnern. VET beinhaltet eine Reihe von spezifischen Komponenten: Verhaltensanalyse partnerschaftlicher Interaktion, Maßnahmen zur Steigerung positiver Reziprozität, Kommunikations- und Problemlösetraining, kognitive Interventionen zur Veränderung von ungünstigen Attributionen und unrealistischen Erwartungen und Maßnahmen zur Krisenbewältigung (Baucom & Epstein, 1990; Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1997; Jacobson & Margolin, 1979).

Erfahrungsgemäß sollte bei einer VET mit einer Dauer von ca. 15 Sitzungen gerechnet werden, die zuerst wöchentlich, später in längeren Abständen stattfinden, um die Generalisierung des neu Gelernten auf die häusliche Umgebung zu erleichtern. Ein Paar wird von einer Therapeutin in gemeinsamen Sitzungen behandelt, bei einer Gruppentherapie mit 3–4 Paaren sollte ein Ko-Therapeutenteam zur Verfügung stehen.

Im Folgenden sollen diese grundlegenden VET-Komponenten an Hand eines für den deutschen Sprachraum überprüften Therapieprogrammes dargestellt werden. Für dieses sogenannte „Reziprozitätstraining“ liegt ein ausführlicher Therapieleitfaden vor (Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1997), außerdem ein therapiebegleitendes „Handbuch für Paare“ (Schindler, Hahlweg & Re-

---

\* Da Psychotherapie überwiegend von Frauen ausgeübt wird, wird im Folgenden die weibliche Form benutzt.

venstorf, 1980). Weitere wertvolle Hinweise zum therapeutischen Vorgehen finden sich bei Baucom und Epstein (1990) und Revenstorf (1985).

### 3.1 Diagnostikphase

Für die Diagnostikphase müssen ca. vier Sitzungen veranschlagt werden. Ziele des Erstgesprächs sind, die Eignung des Paares für eine Ehe-therapie abzuklären, der Therapeutin einen Einblick in die Problemlage zu geben, beide Partner für die Therapie zu motivieren und ihnen Informationen über das weitere Vorgehen zu vermitteln. In den nächsten beiden Sitzungen empfiehlt es sich, Verhaltensanalysen mit jedem Partner einzeln zu führen. Ziel ist die genauere Analyse der wichtigsten Konfliktbereiche und zwar hinsichtlich der verhaltensmäßigen, affektiven und kognitiven Aspekte, die dabei für den Einzelnen bedeutsam sind. Die Therapeutin hat damit die Möglichkeit, die Partner als Einzelpersonen näher kennenzulernen, außerdem können diese angstfreier und ungehemmter über ihre persönliche Sichtweise der Schwierigkeiten sprechen. Zum Abschluß sollten die spezifischen, individuellen Therapieziele formuliert werden.

Zur Vorbereitung der Interviews dienen die folgenden diagnostischen Instrumente (Hahlweg, 1995), die die Partner unabhängig voneinander nach dem Erstgespräch beantworten sollen:

1. *Anamnese*. Fragen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft. Mit diesem Fragebogen werden sozioökonomische, differentialdiagnostische und partnerschaftliche Daten erfaßt, außerdem das Verhalten in Konfliktsituationen und im sexuellen Bereich.
2. *Problemliste*. In diesem Fragebogen sind 23 Problembereiche aufgeführt, in denen Konflikte bestehen können. Die Partner sollen angeben, ob sie diese aggressiv austragen oder eine Auseinandersetzung vermeiden.
3. *Partnerschaftsfragebogen PFB*. Dieser Fragebogen hat 30 Items und mißt die Negativität des Streitverhaltens, das Ausmaß der Zärtlichkeit und die Güte der partnerschaftlichen Kommunikation. Dieses Instrument eignet sich besonders zur Therapiekontrolle und zur Prädiktion, da Partner mit niedrigen Werten in den Skalen Zärtlichkeit und Kommunikation eine eher ungünstige Prognose haben. Weitere Instrumente für Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle siehe Hank et al. (1990).

In der vierten Stunde werden die Ergebnisse der diagnostischen Sitzungen besprochen und das Paar wird gebeten, zur genaueren Analyse der Interaktionsmuster ein Problem zu diskutieren, das auf Video aufgezeichnet wird. Anschließend werden die Therapieziele spezifiziert. Das Paar verpflichtet sich, für weitere 10 Sitzungen an der Therapie teilzunehmen. Für diese Zeit wird angenommen, daß die Partner zusammenbleiben wollen. Eine Entscheidung über eine Trennung sollte erst danach erfolgen.

### 3.2 Steigerung der positiven Reziprozität

Wichtig ist, die Partner für die noch vorhandenen positiven Aspekte der Partnerschaft zu sensibilisieren. Dies erfolgt schon in der Diagnostikphase während der Interviews, gezielt aber im Anschluß daran durch bestimmte Übungen während der Therapiesitzungen und anhand von Hausaufgaben. Die erste zielt auf eine gegenseitige Wahrnehmungsverbesserung ab („Den anderen dabei erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“). Zwischen zwei Therapiesitzungen sollen sich die Partner an jeweils einem Tag beobachten und aufschreiben, welche Verhaltensweisen des anderen ihnen gut tun. Wichtig sind affektive Reaktionen (streicheln, anlächeln, loben); instrumentelle (etwas Gutes kochen, einkaufen gehen, staubsaugen) sollten nicht überwiegen. In der nächsten Sitzung berichten die Partner über ihre Vorlieben und erhalten bis zum Therapieende regelmäßig die Hausaufgabe, „Verwöhnungstage“ abzuhalten. Jeder Partner wählt dazu einen Tag oder Abend aus, an dem er den anderen verwöhnen will, ihm besondere Zuneigung und Aufmerksamkeit entgegenbringt. Jeweils zu Beginn jeder Sitzung berichten die Partner dann über den Verlauf der Verwöhnungstage. Klagt das Paar über Langeweile und unternimmt es in der Freizeit wenig, können entsprechende Aktivitäten in die Verwöhnungstage eingebaut werden.

### 3.3 Kommunikationstraining

Offene partnerschaftliche Kommunikation ist nicht nur die Grundlage für effektives Problemlösen, sondern auch die Basis für eine gute affektive Beziehung. Voraussetzung für ein gutes Verständnis ist, daß beide Partner bereit sind, offen über sich selbst zu sprechen und daß sie versuchen, dem anderen ihre Empfindungen und Überlegungen, gerade wenn sie negative Gefühle haben, möglichst eindeutig mitzuteilen. Im Kommunikationstraining werden den Partnern dazu bestimmte Sprecher- und Zuhörerregeln vermittelt, die auf folgenden Überlegungen beruhen: Die Form, in der der Sprecher etwas ausdrückt, bestimmt, ob der Zuhörer den Inhalt erfassen kann, den der Sprecher ihm vermitteln möchte (Inhaltsaspekt). Äußert der Sprecher z. B. einen Vorwurf, wird der Zuhörer sich wahrscheinlich rechtfertigen oder seinerseits mit einem Gegenvorwurf reagieren („Du bist am Abend immer so träge!“ „Du nörgelst auch nur rum“) oder sich zurückziehen und das Gespräch abbrechen. Spricht er dagegen von sich und von seinen Empfindungen, ermöglicht er es dem Zuhörer, positiv darauf einzugehen. Die Form der Mitteilung hat somit auch einen Steuerungsaspekt, d. h., sie bestimmt, wie der Partner reagieren wird. Regeln der *Sprecherrolle* sind:

- *Ich-Gebrauch* (von den eigenen Gefühlen und Wünschen sprechen. Du-Äußerungen arten leicht in Vorwürfe und Anklagen aus);
- *konkrete Situationen ansprechen* (Verallgemeinerungen wie „nie“, „immer“ werden vermieden, da sie Widerspruch beim anderen hervorrufen);
- *konkretes Verhalten ansprechen* (Beschreibung von konkretem Verhalten in konkreten Situationen verhindert das Zuschreiben von negativen Part-

ner Eigenschaften, „typisch“, „faul“, „unfähig“, „immer langweilig“, „nie aktiv“);

- *beim Thema bleiben* (Vom „Hier“ und „Jetzt“ sprechen, dies verhindert Abgleiten des Gespräches auf längst vergangene Ereignisse: „Und Du, wie bist Du damals mit meiner Mutter umgegangen!?“).

Kommunikation ist wechselseitig. Genauso wichtig wie die direkte Mitteilung ist die Reaktion des Zuhörers darauf. Bei einem offenen Gespräch müssen sich direkte Äußerungen und positives Eingehen ergänzen, sonst besteht die Gefahr, daß beide Partner nur wechselseitig Aussagen gegenüberstellen und keiner dem anderen zuhört. Werden die *Zuhörerregeln* eingehalten, so lassen sich solche Fehler vermeiden:

- *aufnehmend Zuhören* (Dem anderen nonverbal zeigen, daß man zuhört; Blickkontakt halten, sich zuwenden);
- *Paraphrasieren* (Die Äußerungen des Partners möglichst in eigenen Worten zurückmelden, um deutlich zu machen, daß man ihn verstanden hat);
- *offene Fragen* stellen (Äußert der Sprecher seine Gefühle nur indirekt, soll nachgefragt werden);
- *loben* (insbesondere für offene Kommunikation).

Diese Kommunikationsregeln werden mit den Partnern in gestufter Form eingeübt, wobei zuerst neutrale, nicht Konflikt auslösende Themen besprochen werden. Der Umgang mit negativen Gefühlen wird an Hand von Rollenspielen trainiert, da es für die Partner meist noch zu schwierig ist, eigene Probleme anzusprechen und sich gleichzeitig an die Regeln zu halten. Die *Therapeutin* ist beim Training wie auch während der gesamten Therapie sehr aktiv und greift ein, wenn die Partner die Regeln verletzen. Wichtig ist die klare Instruktion der Partner über Ziele und Aufgaben jedes Einzelnen beim Rollenspiel. Während des Gespräches versucht die Therapeutin, leitend oder verstärkend einzugreifen, indem sie z. B. Alternativen souffliert („Sie fühlen sich ziemlich hilflos.“, wenn der Sprecher dies nicht klar ausdrückt), kontingent verstärkt, möglichst ohne Unterbrechung des Gesprächs die Körperhaltung oder den Blickkontakt korrigiert und kurze Instruktionen gibt („Jetzt zusammenfassen“). Gelegentlich sollte unterbrochen werden (Schnitt), um therapeutische Rückmeldung zu geben oder um modellhaft dem Paar Alternativen aufzuzeigen. Zum Abschluß sollte eine zusammenfassende Rückmeldung über den Gesamtverlauf gegeben werden. Diese Phase dauert je nach kommunikativer Kompetenz des Paares 2 bis 4 Sitzungen.

### 3.4 Problemlösetraining

Konflikte, d. h. Gegensätzlichkeiten oder Antagonismen in bezug auf Vorstellungen, Wünsche oder Handlungen der Partner, sind in einer langfristigen Beziehung wohl unvermeidlich. Partnern in nichterfolgreichen Ehen gelingt die beiderseits befriedigende Bewältigung solcher Konflikte aufgrund des „Zwangsprozesses“ nur selten. Zur effektiveren Problemlösung erscheint es

günstig, dem Paar eine klare Struktur an die Hand zu geben. Das vier Schritte umfassende *Konfliktgespräch* stellt solch einen „roten Faden“ dar.

1. *Herausarbeiten der Gedanken/Gefühle beim Problem.* Beide Partner beschreiben wechselseitig, was sie stört und womit sie unzufrieden sind. Ziel ist, eine einheitliche Definition des Problems zu erarbeiten, wobei die Partner die erlernten Kommunikationsfertigkeiten einsetzen sollen. Das Herausarbeiten der (negativen) Gefühle stellt den wesentlichen Schritt beim Problemlösen dar, da ohne ausreichende Klärung der individuellen Gefühle und Einstellungen keine befriedigenden Lösungen erreicht werden können. Oft gelingt in dieser Phase schon eine Einstellungsänderung, wenn die Partner erfahren, aus welchen Motiven der andere gehandelt hat und eine Änderung erscheint nicht mehr so drängend (z. B. hatte der Mann das Kind angeschrien, weil er sich in der Situation hilflos fühlte und nicht, weil er das Kind grundsätzlich ablehnt wie die Frau vermutete. Oder: die Frau möchte wieder arbeiten, weil sie mehr Selbstbestätigung sucht und nicht, weil sie den Mann nicht mehr liebt wie er insgeheim befürchtete). Wichtiges Ergebnis kann auch sein, daß jeder Partner seinen eigenen Anteil am Zustandekommen des Problems anerkennt, so daß eine einseitige Schuldzuweisung entfällt und die Bereitschaft, sich selbst zu ändern, steigt. Treten emotionale Reaktionsmuster auf, die eher partnerunabhängig erscheinen und eventuell auf Erfahrungen in der Kernfamilie zurückzuführen sind, können Techniken hilfreich sein, wie sie von Greenberg und Johnson (1986) beschrieben wurden.
2. *Herausarbeiten der Bedürfnisse und Wünsche.* Die negativen Gefühle der Partner (Ärger, Unzufriedenheit, Hoffnungslosigkeit) entstehen durch die Nichtverwirklichung ihrer Bedürfnisse. Die genaue Kenntnis der jeweiligen Wunschvorstellungen ist daher Voraussetzung für eine befriedigende Lösung. Jeder soll äußern, was ihm als „Ideal“ vorschwebt; ob die Wünsche tatsächlich realisierbar sind oder nicht, spielt in dieser Phase keine Rolle.
3. *Spezifizieren von Änderungswünschen.* Da die Wunschvorstellungen meist sehr global angesprochen werden, sollen sie nun konkret beschreiben, welches Verhalten sie sich vom anderen wünschen. Zur Präzisierung können die W-Fragen (was, wann, wie, wo, mit wem, wie oft) benutzt werden. Die Sammlung von Änderungswünschen geschieht in Form eines „Brainstormings“, d. h., alle Ideen werden ohne Diskussion erst einmal aufgeschrieben, egal, wie absurd sie auch auf den ersten Blick erscheinen mögen.
4. *Gemeinsame Absprachen.* Jeder Änderungswunsch wird anschließend in bezug auf Vor- und Nachteile diskutiert. Ziel ist es, daß sich beide zu einer Reihe von Änderungen bereiterklären, wobei auf die Ausgewogenheit zu achten ist, d. h., beide Partner sollten in etwa gleich viel zur Konfliktlösung beitragen. Die getroffenen Abmachungen sollten sehr detailliert ausgearbeitet und schriftlich fixiert werden, damit jedem Partner klar ist, welche Verpflichtungen er eingeht. Manchmal empfiehlt es sich, die Partner explizit einen Vertrag schließen zu lassen, in dem auch Sanktionen bei Nichterfüllung aufgenommen sind. Die Abmachungen sollen dann bis zur nächsten Therapiesitzung in die Realität umgesetzt werden, in der auch die

Überprüfung und gegebenenfalls eine Revision der Abmachungen erfolgen kann, wenn sich bei der Ausführung Schwierigkeiten ergeben haben.

Die Themen für die Konfliktgespräche, die die Partner etwa von der 7./8. Sitzung an bis zum Therapieende führen, wurden in der Diagnostikphase erarbeitet. Das erste Konfliktgespräch über ein Thema geführt, das für beide von untergeordneter Bedeutung ist und deshalb mit großer Wahrscheinlichkeit erfolgreich abgeschlossen werden kann. Im Verlauf der Therapie werden dann nacheinander die noch ausstehenden Probleme angegangen. Darüberhinaus sollen die Partner auch zu Hause üben und so eigenständig Problemlösekompetenzen erwerben. Es wird nicht in allen Fällen gelingen, für die Konflikte Lösungen zu finden. Mit Hilfe der Struktur kann aber zumindest erreicht werden, daß die Partner ihre Gegensätzlichkeiten bewußter erfahren und besser abwägen können, ob es nicht möglich ist, die Unvereinbarkeit zu akzeptieren oder ob die Beziehung aufgelöst werden sollte.

### 3.5 Kognitive Interventionen

Partner beurteilen ihre Handlungen nicht von einem „objektiven“ Standpunkt aus, sondern interpretieren sie subjektiv. Die Art und Weise, wie Paare über ihre Beziehung und ihr Verhalten denken, wird in den bisher geschilderten Therapiekomponenten, insbesondere beim Problemlösen, mehr oder weniger implizit mit einbezogen nach der Philosophie, daß Verhalten, Kognitionen und Emotionen wechselseitig zusammenhängen und daß Einstellungsänderungen am wirksamsten durch Verhaltensänderungen zu erreichen seien. Es gibt jedoch Fälle, wo die Paare zwar ihr negatives Verhalten ändern, aber trotzdem weiterhin negativ über ihren Partner denken und diese Interventionen somit keine Beziehungsverbesserung erbringen. Bei anderen Paaren ist es sehr schwer, die Partner überhaupt zu einer Veränderung zu bewegen, wenn sie solch negative Einstellungen und Gedanken über ihren Partner und ihre Beziehung hegen. In diesen Fällen kann versucht werden, Kognitionen *direkt* zu verändern. Vor allem für drei Bereiche dysfunktionaler partnerschaftlicher Attributionen und Denkstile wurden kognitive Interventionen entwickelt (Baucom & Epstein, 1990; Revenstorf, 1985):

1. *Attributionen.* Partner geben häufig sehr vereinfachende, oft verzerrte Erklärungen für ihre Eheprobleme. Besonders deutlich wird dies bei der Tendenz, dem anderen die Schuld für die Probleme zuzuweisen. Die Partner attribuieren dabei so, als gingen diese auf interne Persönlichkeitsmerkmale des Partners, die stabil bleiben und globaler Natur sind, zurück („Seine ständige Unpünktlichkeit ist schrecklich, Zeit wird für ihn nie eine Rolle spielen!“). Externe, spezifische und variable Ursachen werden nicht zur Erklärung herangezogen („Vielleicht ist er heute im Stau steckengeblieben, so unpünktlich ist er normalerweise nicht.“). Für negative Ereignisse ist demnach der Partner, für positive nur man selbst oder externe Gründe verantwortlich. Eine solche Sichtweise schränkt den Handlungs-

spielraum der Partner erheblich ein, fördert Inflexibilität und vermindert die Bereitschaft zur eigenen Änderung.

2. *Vorhersage zukünftigen Verhaltens.* Manche Partner sind überzeugt, daß eine eigene Änderung das Partnerverhalten unmöglich beeinflussen wird. („Es hat doch alles keinen Zweck, sie wird sich nicht ändern. Was ich schon alles versucht habe!“). Diese Art des negativistischen Denkens wirkt meist als selbsterfüllende Prophezeiung.
3. *Irrationale, extreme Erwartungen.* Viele Partner haben unrealistische Erwartungen an die Ehe. Ein weit verbreiteter Glaube bei unglücklichen Paaren ist z. B., daß der andere fähig sein sollte, die eigenen Gedanken zu lesen oder zu wissen, was man wünscht, ein anderer, daß Uneinigkeit schädlich sei. Auch irrationale individuelle Überzeugungen können sich negativ auf die Partnerschaft auswirken, z. B. die Meinung, daß man immer perfekt oder in jeder Hinsicht anerkannt sein müsse.

*Rationale Umstrukturierung.* Zur Veränderung ungünstiger Attributionen wird häufig versucht, diese in rationaler Weise umzustrukturieren. Wird während eines Konfliktgespräches deutlich, daß ein Partner negative Attributionen dem anderen gegenüber hat, z. B. Vermutungen in Form von „Gedankenlesen“ äußert („Du flirtest doch mit anderen Männern, um mich eifersüchtig zu machen.“), kann der Therapeut direkt intervenieren und auf die (funktionale) Bedeutung von Interpretationen und deren Subjektivität hinweisen. Als Verhaltensalternative bietet sich dann an, direkt nach den Gedanken/Gefühlen des Partners zu fragen. Das Ziel ist, die Person dazu zu bringen, die automatisch angenommene Zuverlässigkeit ihrer Interpretation in Frage zu stellen. Diese Umattribuierungen kommen in Selbstkommentaren zum Ausdruck, die in einer neuen Sichtweise resultieren. Revenstorf (1985, S. 155–156) beschreibt eine Reihe von Strategien, die hierbei einsetzbar sind, wie z. B. Distanzierung („Wenn Ihr das Spaß macht, warum denn nicht.“), positive Umdeutung („Wenn Sie mich eifersüchtig machen will, liegt Ihr doch noch was an mir.“), die Perspektive des Anderen einnehmen („Ihr tut es sicher gut, wenn Sie merkt, daß Andere Sie auch attraktiv finden.“) oder Verantwortung übernehmen („Ich kümmere mich auch viel zu wenig um Sie und mache Ihr zu selten Komplimente.“). Die Anwendung von Selbstkommentaren muß häufig in gesonderten Therapiesitzungen eingeübt werden, in denen der andere Partner eher passiv bleibt.

*Logische Analyse.* Um irrationale Einstellungen zu verändern, wird die Einstellung deutlich herausgearbeitet, dann der Partner gebeten, alles Positive und Negative aufzuführen, die diese irrationale Erwartung mit sich bringt. Nach Abwägen der Vor- und Nachteile soll sich der Klient entscheiden, ob er die Erwartung aufrechterhalten will oder nicht. Wählt er Letzteres, muß überlegt werden, wie die kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensänderungen gestützt werden kann.

*Krisenmanagement.* Konflikte und negative Eskalationen werden in einer Beziehung trotz erfolgreicher Therapie erneut auftreten. Die wesentlichen Therapiekomponenten Kommunikations- und Problemlösetraining zielen

vor allem darauf ab, einem Streit vorzubeugen; die Regeln sind aber während eines Streites nur mit Mühe anzuwenden, da gerade dann Selbstkontrolle und rationaleres Handeln schwerfällt. Zum „Krisenmanagement“ werden den Paaren daher Maßnahmen der kognitiven Umstrukturierung vermittelt, mit denen einem Streit vorgebeugt, die Eskalation gedämpft oder nach einem Streit eine Versöhnung schneller herbeigeführt werden können (s. Hahlweg et al., 1997).

Weitere Strategien zur Modifikation von Kognitionen finden sich bei Baucom und Epstein (1990) und bei Revenstorf (1985), der auch imaginative Vorgehensweisen beschreibt, bei denen verbale Formulierungen in den Hintergrund treten. Insgesamt können diese Verfahren gut mit den VET-Basis-komponenten kombiniert werden.

### 3.6 Interventionen bei spezifischen Störungen

Die bisher beschriebenen Interventionen können als Basistherapiekomponenten gelten, die für viele Paare ausreichend sind. Oft bestehen aber neben Defiziten im Kommunikations- und Problemlösebereich noch andere Probleme, für die spezifische Therapieansätze entwickelt wurden und auf die hier nur verwiesen werden kann. Vor allem die von Neil Jacobson und Alan Gurman herausgegebenen Bücher „Clinical Handbook of Marital/Couple Therapy“ (1986, 1995) sind in diesem Zusammenhang sehr zu empfehlen. Hier finden sich Hinweise auf die besonderen Probleme, die sich aus dem Zusammenhang mit der jeweiligen Störung ergeben und wie diese im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden können.

- Alkoholabhängigkeit (McCrary & Epstein, 1995; O’Farrell, 1993)
- Agoraphobie (Craske & Zoellner, 1995)
- Eßstörungen (Foster, 1986; Root, 1995)
- Funktionelle sexuelle Störungen bei niedriger Ehequalität (Arentewics & Schmidt, 1980; Zimmer, 1985), speziell bei geringer sexueller Appetenz: Heiman, Epps & Ellis, 1995)
- Eifersucht/außereheliche Beziehungen (Constantine, 1986; Pittman & Wagers, 1995)
- Gewalt in der Ehe (Holtzworth-Munroe, Beatty & Anglin, 1995; Rosenbaum & O’Leary, 1986)
- Scheidung (Haynes et al., 1993)
- Zweitehen (Sager, 1986).

Bei psychiatrischen Störungen sind Partnerschaftsprobleme häufig und können bei deren Entstehung und Aufrechterhaltung eine wesentliche Rolle spielen. Für eine Reihe von Störungen wurden Paarinterventionen entwickelt, die entweder allein oder in Kombination mit individuellen, symptom-spezifischen Therapien angewendet werden können:

*Psychoedukative Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Patienten.* Die Rückfallgefährdung bei schizophrenen Patienten ist trotz medikamentöser Langzeitbehandlung hoch, da innerhalb eines Jahres 40 % der Patienten ein Rezi-

div erleiden. Vor allem psychosoziale Faktoren sind neben mangelnder Medikamenten-Compliance korreliert mit Rückfall, insbesondere eine kritische, ablehnende Einstellung der Partner oder engsten Familienangehörigen zum Patienten. Auf die Ergebnisse der „expressed emotion“ (EE)-Forschung (Leff & Vaughn, 1985) wurde schon in der Einleitung hingewiesen; nach einer Meta-Analyse von Kavanagh (1992) beträgt die mittlere Rückfallrate bei schizophrenen Patienten neun Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung in hoch-EE Familien 48 %, in niedrig-EE Familien 21 %. Auf Grund dieser Befunde wurden eine Reihe von psychoedukativen Familienbetreuungsprogrammen entwickelt mit dem Ziel, über den Abbau von familiärem Streß Rückfälle zu verhindern. Die einzelnen Ansätze unterscheiden sich zwar in Einzelheiten, haben aber eine Reihe von gemeinsamen Komponenten: a) Die Patienten werden neuroleptisch behandelt. b) Die Interventionen beginnen mit Sitzungen, in denen Informationen über Schizophrenie und Neuroleptikabehandlung gegeben werden. c) Der Schwerpunkt des Vorgehens liegt auf dem Abbau von Kritik und emotionalem Überengagement der Familienangehörigen. d) Ziel ist die Lösung von aktuellen familiären Konflikten. Insgesamt bestehen erhebliche Ähnlichkeiten zum Vorgehen in der Ehe-therapie (s. das Therapiemanual von Hahlweg et al., 1995).

Die familiären Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe sind sehr erfolgreich. In sechs kontrollierten Studien an Patienten mit hoch-EE Angehörigen konnte gezeigt werden, daß sich die Rückfallrate erheblich reduzieren läßt: nach einem Jahr ergab sich eine Rate von ca. 45 % bei den Patienten der Kontrollgruppen (die individuell psychiatrisch behandelt wurden), während die Rate bei Patienten mit Einschluß der Familie in die Nachbetreuung bei 10 % lag. Nach zwei Jahren betragen die Rückfallraten 70 % bzw. 22 %. Diese Ergebnisse konnten wir in einer Studie an 51 Patienten und deren Familienangehörigen (davon 45 % Ehepartner), bestätigen, die am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München durchgeführt und vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) finanziert wurde. Die Rückfallrate bei Patienten mit Familienbetreuung und Standard-Neuroleptika-Medikation betrug nach 18 Monaten 4 % (Hahlweg et al., 1995).

Die Studie von Falloon et al. (1984) zeigte außerdem, daß sich die soziale Anpassung der Patienten deutlich verbesserte und die Belastung der Familienangehörigen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe erheblich reduzierte. Außerdem war die Familienbetreuung kostengünstiger und pro Patient etwa 2000 US\$ billiger als die rein medikamentöse Behandlung, ähnliche Ergebnisse berichtete Tarrrier et al. (1991; N = 70). Ebenso konnten wir nachweisen, daß sich auch die familiäre Kommunikation erheblich verbesserte (Rieg et al., 1991).

#### *Egetherapie bei Patienten mit depressiven Störungen*

Interpersonelle Faktoren spielen eine große Rolle beim den Verlauf depressiver Störungen (Hahlweg, 1997). Konsequenterweise sollte bei der Behandlung und vor allem bei der Rückfallprophylaxe der Partner mit in die Thera-

pie einbezogen werden. Die Ergebnisse von Beach, Sandeen und O'Leary (1990) belegen die Wirksamkeit: In der Studie wurden 60 Paare untersucht, die folgenden Kriterien genügen mußten: beide Partner schätzten ihre Ehe als unbefriedigend ein und die Frau hatte eine depressive oder dysthyme Störung. Die Patientinnen wurden nach Zufall 3 Bedingungen zugewiesen: individuelle kognitive Verhaltenstherapie (KV), verhaltenstherapeutische Ehe-therapie (VET) mit ihrem Partner oder einer Wartelistenkontrollgruppe (WKG). Die Therapien dauerten je 15 Sitzungen. Nach der Therapie und bei der 1-Jahres-Nachkontrolle zeigte sich bei den behandelten Patientinnen eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik im Vergleich zu den Patientinnen in der Kontrollgruppe. Bezüglich der Ehequalität erwies sich nur die Ehe-therapie als effektiv, während sich unter kognitiver Therapie und in der Wartelistenkontrollgruppe keine Verbesserungen zeigten. Hinweise für das therapeutische Vorgehen finden sich bei Beach et al. (1990) und Gotlib und Beach (1995).

#### *4 Ehe-therapie: Wirksamkeit in kontrollierten Studien*

Aus den Übersichten von Alexander, Holtzworth-Munroe und Jameson (1994) und Grawe, Bernauer und Donati (1994) wird deutlich, daß viele der bislang praktizierten Ehe-therapie- und Beratungsformen bis heute kaum oder gar nicht empirisch abgesichert waren. *Verhaltenstherapeutische Ehe-therapien (VET)* sind dagegen ausführlich untersucht worden. Hahlweg und Markman (1988) und Shadish et al. (1993) führten eine statistische Meta-Analyse der kontrollierten VET-Studien durch. Als Methode wurde die von Smith et al. (1980) propagierte Effektstärkenanalyse verwendet. In beiden Studien ergab sich eine mittlere Effektstärke von  $ES = 0.95$ . Nach Rosenthal und Rubin (1982) bedeutet dieser Wert, daß die Chance für ein Paar, sich in bezug auf die Ehequalität zu verbessern, in den Kontrollgruppen 28 % betrug, in den VET-Gruppen dagegen 72 %. Analysen des Kommunikations- und Problemlöseverhaltens zeigten, daß die Paare die vermittelten Regeln annahmen und nach der Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich veränderte Kommunikationsmuster aufwiesen (Hahlweg, Revenstorf & Schindler, 1984).

Die statistische Meta-Analyse sagt nicht notwendigerweise auch etwas über die klinische Signifikanz der Ergebnisse aus, die sich zum Beispiel in dem Prozentsatz der erheblich gebesserten Paare widerspiegelt. Bei einer Re-Analyse von vier kontrollierten Studien konnten Jacobson et al. (1984) zeigen, daß die Erfolgsquoten bei Anwendung klinischer Signifikanzmaße geringer ausfallen als bei herkömmlicher Auswertung nach statistischen Gesichtspunkten. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß sich nach VET ca. 50 % der Paare erheblich und ca. 30 % nur leicht verbessern werden. Etwa 15 % der Paare lösen die Beziehung anschließend durch Scheidung oder Trennung auf, wobei schwer zu bestimmen ist, ob dies Ergebnis als Erfolg oder Mißerfolg zu werten ist.

Grawe, Donati und Bernauer (1994, S.528 ff.) untersuchten ebenfalls meta-analytisch die Wirksamkeit ehetherapeutischen Vorgehens. Sie konnten insgesamt 35 kontrollierte Studien ermitteln, in 29 wurden verhaltenstherapeutische Ansätze untersucht. Bei Vergleichen mit anderen Therapieformen (psychoanalytische Kurztherapie, systemische Therapie, Gestalttherapie) erwies sich VET überwiegend als wirksamer.

*Systemische Therapie.* Zur systemorientierten Paartherapie sensu Haley und Watzlawick sind 4 Studien publiziert worden, deren Ergebnisse nur zum Teil als Hinweise für eine befriedigende Wirksamkeit gewertet werden können. Es gibt keine Untersuchung, die zeigt, daß systemorientierte Paartherapie allein befriedigende andauernde Effekte herbeiführt (Grawe et al., 1994, S. 546). In der Meta-Analyse von Shadish et al. (1993) an 2 Studien zeigte sich eine Effektstärke von  $ES = 0.62$ .

*Psychoanalytisch orientierte Therapie.* Zu den Effekten psychoanalytisch orientierter Therapie liegen zwei kontrollierte Untersuchungen vor, wobei die Wirksamkeit nur schlecht abgesichert ist. Spezifische Wirkungen konnten bisher nicht nachgewiesen werden (Grawe et al., 1994, S.548). Snyder und Wills (1989) führten eine Studie durch, in der VET mit einer „Insight Oriented Marital Therapy (IOMT)“ verglichen. Die Beschreibung des therapeutischen Vorgehens (Wills et al., 1987) macht allerdings deutlich, daß die IOMT sich nur wenig von einer moderneren VET unterscheidet. Das verhaltenstherapeutische Vorgehen war dagegen eher sehr formal und orientierte sich an dem Vorgehen, das in den frühen siebziger Jahren üblich war (s. die Kritik von Jacobson, 1991). Wie dem auch sei, nach Beendigung der Therapie und auch sechs Monate später waren beide Ansätze gleich effektiv im Vergleich zur Kontrollgruppe (Snyder & Wills, 1989). Sehr überraschend war jedoch das Ergebnis der 4-Jahres Katamnese: Zu diesem Zeitpunkt unterschieden sich beide Ansätze hochsignifikant in Bezug auf die Scheidungsrate: 38 % der VET-Paare, jedoch nur 3 % der IOMT-Paare waren inzwischen geschieden (Snyder et al., 1991).

*Humanistische Paartherapie.* Für ein gesprächstherapeutisches Vorgehen liegen keine kontrollierten Studien vor. In der Shadish et al. (1993) Meta-Analyse zeigte bei 2 Studien eine nichtsignifikante Effektstärke von  $ES = 0.12$ . Johnson und Greenberg (1985) untersuchten humanistisches Verfahren mit Anlehnung an gestalttherapeutische Methoden („experiential therapy“, emotionsfokussierende Paartherapie EFPT) im Vergleich mit VET. Beide Verfahren erwiesen sich als wirksam im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe. Bei einigen Maßen erwies sich EFPT signifikant wirksamer als VET.

*Eheberatung im deutschsprachigen Raum: Wirksamkeit in der täglichen Praxis.* Die Effekte von Eheberatung wurden im deutschsprachigen Raum unseres Wissens bisher noch nicht in einer kontrollierten Studie untersucht. In einer quasiexperimentellen, prospektiven Studie untersuchten Klann und Hahlweg (1994) die Wirksamkeit von Eheberatung in der täglichen Praxis an 495 Klienten, die von 89 Beraterinnen und Beratern behandelt wurden. Im Vergleich zur Eingangsmessung hatten Paare nach Beendigung der Beratung im

Durchschnitt weniger Probleme, waren mit ihrer Beziehung global zufriedener, konnten sich im affektiven Bereich besser austauschen und gaben an, ihre Probleme besser bewältigen zu können. Sie waren zufriedener mit der gemeinsamen Freizeitgestaltung und im sexuellen Bereich, waren weniger depressiv gestimmt und klagten über weniger körperliche Beschwerden als zum Zeitpunkt vor der Beratung. Allerdings waren die Effekte eher gering ausgeprägt. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke von  $ES = 0.27$ . Bei den Frauen lag die mittlere Effektstärke mit  $ES = 0.32$  etwas höher als bei den Männern ( $ES = 0.20$ ).

*Prognose.* Bisher liegen nur wenige Studien zur Prädiktion des Therapieerfolges vor. Paare, die bei Therapiebeginn emotional und sexuell distanziert sind und bei denen die Frau über eine stark reduzierte Kommunikation klagt, scheinen nur wenig von VET zu profitieren. Die Negativität, mit der Konflikte ausgetragen werden, und die absolute Zahl von unbewältigten Konflikten korrelieren nicht mit dem Therapieerfolg (Hahlweg, 1986).

*Prävention von Beziehungsstörungen.* Für die Entwicklung von primären Präventionsprogrammen sprechen besonders folgende Überlegungen: Die steigenden Scheidungszahlen machen deutlich, daß viele Paare in unbefriedigenden Beziehungen leben und Eheberatung in vielen Fällen zu spät aufgesucht wird. Die Konflikte und negativen Interaktionsmuster des Paares sind dann so verhärtet, daß eine Änderung nur bedingt möglich ist. Ziel von Ehevorbereitungsprogrammen liegt in der Kompetenzsteigerung des Paares, mit zukünftig auftretenden Konflikten und Beziehungskrisen flexibler und konstruktiver umgehen zu können.

Während die im deutschsprachigen Raum durchgeführten Ehevorbereitungsprogramme, die vor allem im kirchlichen Rahmen angeboten werden, bisher nicht evaluiert wurden, sind in den USA bereits eine Reihe von Programmen empirisch untersucht worden (Hahlweg & Markman, 1988), insbesondere das auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage entwickelte „Premarital Relationship Enhancement Program“ (PREP; Markman et al., 1987). Grundlage für diesen Ansatz sind empirische Befunde die zeigen, daß Paare, die sich später trennen oder deren Beziehung unbefriedigend verlaufen wird, schon zu Beginn ungünstige Kommunikationsmuster aufweisen, insbesondere die Tendenz zu negativen Eskalationen bei der Diskussion von Konfliktthemen (Markman et al., 1987). In einer prospektiven Langzeitstudie, die jetzt in das 10. Jahr geht, konnten Markman et al. (1993) die Effektivität des PREP überzeugend nachweisen.

In Anlehnung an das PREP wurde das EPL-Programm (Ehevorbereitung: Ein partnerschaftliches Lernprogramm) entwickelt und in einer 5-jährigen prospektiven Studie evaluiert (Hahlweg et al., 1993; Thurmair et al., 1992). Das EPL wird in Gruppen von 4 Paaren mit 2 Trainern an einem Wochenende durchgeführt und zielt ganz konkret auf die Verbesserung von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten. Der Kurs ist in sechs Einheiten gegliedert, die systematisch aufeinander aufgebaut sind, so daß die Paare Schritt für Schritt zum Kursziel hingeführt werden. So steht in den ersten zwei Sitzungen

das Vermitteln und Einüben der grundlegenden Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten im Mittelpunkt. In den darauf folgenden Einheiten werden dann die erlernten Fertigkeiten an speziellen Themenkreisen angewandt und eingeübt. Im einzelnen sprechen hier die Paare darüber, was ihnen für ihre Ehe/Partnerschaft wichtig ist, welche Erwartungen sie an die Beziehung haben und wie sie sich ihre erotische und sexuelle Begegnung vorstellen. Im Zentrum jeder Sitzung steht jeweils das Paargespräch.

Die Effektivität des EPL wurde an einer Stichprobe von 64 Experimental- und 32 Kontrollgruppenpaaren mit Hilfe eines multimethodalen diagnostischen Instrumentariums über einen 3-Jahreszeitraum untersucht (Hahlweg et al., 1993). Die Partner waren im Mittel 28 Jahre alt und „gingen“ seit durchschnittlich 4 Jahren miteinander. Die Paare stammte zu 75 % aus der Mittelschicht und waren zu 80 % katholisch. Über 90 % hatten fest vor, in den nächsten Monaten kirchlich zu heiraten. Die Ergebnisse sind sehr ermutigend:

*Beziehungsstatus.* Im Vergleich zur Markman et al.-Studie (1988) entsprechen sich die 3-Jahres Raten von Trennungen und Scheidungen: EPL = 9,4 %, PREP = 9 %, bei den Kontrollgruppen 21,9 % (München) und 22 % (Denver). Nach 5 Jahren waren aus der Kontrollgruppe 15,6 % geschieden, aus der EPL-Gruppe 3,2 %, dieser Unterschied war signifikant. Insgesamt zeigen die Daten aus beiden Studien, daß das Ziel von EPL/PREP, die Scheidungsrate zu senken, erreicht werden konnte.

*Änderung der Kommunikationsmuster.* Die Paare wurden gebeten, vor und nach dem EPL, nach 1,5, 3 und 5 Jahren im Videolabor über einen partnerschaftlichen Konflikt zu sprechen. Die Auswertung der Konfliktgespräche mit einem Kategoriensystem (KPI, Hahlweg, 1986) ergaben signifikante Unterschiede zugunsten der EPL-Gruppe: Nach der Teilnahme am EPL konnte eine deutlich erhöhte Rate positiver Gesprächsbeiträge (Selbstöffnung, Akzeptanz des Partners, konstruktive Lösungsvorschläge, Zustimmung) festgestellt werden, nach 5 Jahren zeigten sich keine Unterschiede zum Zeitpunkt der Post-Messung. Bei der Kontrollgruppe hingegen war eine signifikante Abnahme im Vergleich zur Ausgangsmessung zu verzeichnen. Darüber hinaus reduzierten die EPL-Paare nach dem Training die Anzahl negativer Gesprächsbeiträge (Kritik, scheinbare Lösungsvorschläge, Rechtfertigung, Nicht-Übereinstimmung mit dem Partner) signifikant und konnten dieses Niveau auch bei den Nachkontrollen halten. Bei der Kontrollgruppe stieg die Anzahl negativer Äußerungen über den 5-Jahreszeitraum erheblich an.

## 5 Ausblick

Insgesamt erscheinen die Methoden der verhaltenstherapeutischen Ehe-therapie zur Modifikation von Beziehungsstörungen effektiv. Dies gilt für Ehe-therapie im engeren Sinne, aber auch für den Einsatz dieser Verfahren bei individuellen Störungen wie z. B. bei der Rückfallprophylaxe schizophrener

Psychosen. Auch bei anderen Erkrankungen (z. B. affektiven Störungen) sollten verstärkt die Partner in die Therapie bzw. ambulante Nachsorge einbezogen werden.

Die Ergebnisse machen allerdings auch deutlich, daß das Vorgehen weiterhin verbessert werden muß. Es erscheint sinnvoll das Methodeninventar zu verbreitern, um die Therapie möglichst flexibel an die Bedürfnisse des jeweiligen Paares anzupassen mit dem Ziel, für mehr Paare klinisch signifikante Verbesserungen zu erreichen. Die Fortentwicklung und Verfeinerung der beschriebenen kognitiven Therapiekomponenten sollte vorangetrieben werden, vor allem muß untersucht werden, wie diese Verfahren optimal mit den verhaltenensorientierten Bausteinen zu koordinieren sind. Eine verstärkte Therapieprozeßforschung, verbunden mit der Analyse der Therapeut-Klientenbeziehung, erscheint hierfür günstig. Die Ergebnisse würden auch wertvolle Hinweise dafür liefern können, wie die Ausbildung von Ehe-therapeuten und deren Supervision zu verbessern sind.

Ganz besonders dringlich sind aber prospektive Longitudinalstudien an jungverheirateten oder verlobten Paaren, um die *dynamische* Entwicklung partnerschaftlicher Interaktion zu untersuchen (z. B. Markman et al, 1993; Karney & Bradbury, 1995). Solche Forschungsprogramme könnten bedeutsame Hinweise für die Theorienbildung und daraus folgend für die therapeutische Praxis liefern.

### Weiterführende Literatur

- Baucom, D. H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hahlweg, K. (1995). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik FPD*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1997). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten* (2., neubearbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

#### Texte für Paare:

- Notarius, C. & Markman, H. J. (1996). *Wir können uns doch verstehen. Paare lernen mit Differenzen leben*. Reinbeck: Rowohlt.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

### Literatur

- Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E.

- Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 595–630). New York: Wiley.
- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1980). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Bachrach, L.L. (1975). *Marital status and mental disorder: An analytical review*. Washington, D.C.: U.S. Printing Office.
- Balck, F. B., Reimer, C. & Jenisch, V. (1981). Suizidalität und Partnerschaft. In H. Henseler & C. Reimer (Hrsg.), *Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie* (S. 28–54). Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Baucom, D. H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. & O'Leary, K. D. (1990). *Depression and marriage*. New York: Guilford Press.
- Bloom, B. L., Asher, S. J. & White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867–894.
- Burman, B. & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 39–63.
- Constantine, L. L. (1986). Jealousy and extramarital relations. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy*. (pp. 407–428). New York: Guilford Press.
- Deutscher Arbeitskreis für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB) (1994). *Beratungsführer*.
- Döring, G., Baur, S., Frank, P., Freundl, G. & Sottong, U. (1986). Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 46, 892–897.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication training. *Behavior Therapy*, 15, 473–484.
- Falloon, I. R. H., McGill, C. W. & Boyd, J. L. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Fincham, F. D. & Bradbury, T. N. (Eds.). (1990). *The psychology of marriage. Basic issues and applications*. New York: Guilford Press.
- Foster, S. W. (1986). Marital treatment of eating disorders. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 575–596). New York: Guilford Press.
- Gotlib, I. H. & Beach, S. R. H. (1995). A marital/family model of depression: Implications of therapeutic intervention. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 411–437). New York: Guilford Press.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction. Experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1986). Emotionally focused couples therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 253–278). New York: Guilford Press.

- Grych, J.H. & Fincham, F.D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267–290.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (Eds.). (1981). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion. Empirische Untersuchungen zur Analyse und Modifikation von Beziehungsstörungen*. München: Röttger Verlag.
- Hahlweg, K. (1995). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik FPD*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1997). Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Klinische Psychologie, Psychologische und biologische Grundlagen*. Enzyklopädie der Psychologie, D/Serie II, Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1995). *Familienbetreuung bei Schizophrenen. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hahlweg, K. & Markman, H.J. (1988) Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440–447.
- Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magana, A., Mintz, J., Doane, J. A., Miklowitz, D.J. & Snyder, K. S. (1987). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 11–18.
- Hahlweg, K., Revenstorf, D. & Schindler, L. (1984). Effects of behavioral marital therapy on couples' communication and problemsolving skills. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 52, 553–566.
- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1997). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*. (2., neubearbeitete Aufl.) Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Hahlweg, K., Thurmair, F., Engl, J., Eckert, V. & Markman, H. J. (1993). Prävention von Beziehungsstörungen. *System Familie*, 6, 89–100.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Materialien für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Haynes, J.M., Bastine, R., Link, G. & Mecke, A. (1993). *Scheidung ohne Verlierer. Ein neues Verfahren, sich einvernehmlich zu trennen. Mediation in der Praxis*. München: Kösel.
- Heiman, J. R., Epps, P. H. & Ellis, B. (1995). Treating sexual desire disorders in couples. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 471–496). New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe, A., Beatty, S. B. & Anglin, K. (1995). The assessment and treatment of marital violence: An introduction for the marital therapist. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 317–339). New York: Guilford Press.
- Hooley, J.M. (1986). Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 237–246.
- Hooley, J.M., Orley, J. & Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642–647.
- Jacobson, N. S. (1991). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Labels can be misleading. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 142–145.

- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzetti, A. E., Schmaling, K. B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 547–557.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K. & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497–504.
- Jacobson, N. S. & Gurman, A. S. (Eds.). (1984). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford.
- Jacobson, N. S. & Gurman, A. S. (Eds.). (1995). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford.
- Jacobson, N. S. & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavioral exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118*, 3–34.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 160*, 601–620.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E. & Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine, 49*, 13–34.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Chee, M., Newton, T., Cacioppo, J., Mao, H. Y. & Glaser, R. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine, 56*, 41–51.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). *Beratungsbegleitende Forschung. Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Köcher, R. (1993). Lebenszentrum Familie.. In Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), *40 Jahre Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 37–51). Neuwied: Luchterhand Verlag.
- König, R. (1978). *Die Familie der Gegenwart*. München: Beck Verlag.
- Leff, J. P. & Vaughn, C. E. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press.
- Levinger, G. & Moles, O. C. (Eds.). (1979). *Divorce and separation: Context, causes, and consequences*. New York: Basic Books.
- Lynch, J. (1977). *The broken heart*. New York: Basic.
- Margolin, G. (1986). Ethical issues in marital therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 621–638). New York: Guilford Press.
- Markman, H. J., Duncan, S. W., Storaasli, R. D. & Howes, P. W. (1987). The prediction and prevention of marital distress: A longitudinal investigation. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder. The contribution of family interaction research* (pp. 266–289). New York: Family Process Press.
- Markman, H. J., Floyd, F., Stanley, S. & Storaasli, R. (1988). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 210–217.
- Markman, H. J. & Notarius, C. I. (1987). Coding marital and family interaction: Current status. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 329–390). New York, London: Plenum Press.

- Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F., Stanley, S. & Clemens, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 70–77.
- McCrary, B. S. & Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 369–393). New York: Guilford Press.
- Meissner, W. W. (1978). The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrary (Eds.), *Marriage and marital therapy. Psychoanalytic, behavioral and system theory-perspectives*. (pp. 25–88). New York: Brunner/Mazel.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S. & Doane, J. A. (1987). The family and the course of recent-onset mania. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder. The contribution of family interaction research*. (pp. 195–211). New York: Family Process Press.
- O'Farrell, T. J. (1993). *Treating alcohol problems. Marital and family interventions*. New York: Guilford.
- Overall, J. E., Henry, B. W. & Woodward, A. (1974). Dependence of marital problems on parental family history. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 446–450.
- Patterson, G. R. & Reid, J. B. (1970). Reciprocity and coercion: Two facets of social system. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology*. (pp. 133–177). New York: Appleton.
- Pitman III, F. S. & Pittman-Wagers, T. (1995). Crisis of infidelity. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 295–316). New York: Guilford.
- Pruitt, D. G. (1968). Reciprocity and credit building in a laboratory dyad. *Journal of Personality and Social Psychology, 8*, 143–147.
- Revenstorf, D. (1985). *Psychotherapeutische Verfahren. Gruppen-, Paar- und Familientherapie* (Band 4). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rieg, C., Müller, U., Hahlweg, K., Wiedemann, G., Hank, G. & Feinstein, E. (1991). Psychoedukative Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Patienten: Ändern sich die familiären Kommunikationsmuster? *Verhaltenstherapie, 1*, 283–292.
- Root, M. P. P. (1995). Conceptualization and treatment of eating disorders in couples. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 437–457). New York: Guilford.
- Rosenbaum, A. & O'Leary, K. D. (1986). The treatment of marital violence. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 385–406). New York: Guilford Press.
- Rosenthal, R. & Rubin, D. B. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology, 79*, 166–169.
- Sager, C. J. (1986). Therapy with remarried couples. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 321–344). New York: Guilford Press.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Shadish, W. R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992–1002.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Snyder, D. K. & Wills, R. M. (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 39–46.
- Snyder, D. K., Wills, R. M. & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 138–141.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.
- Statistisches Bundesamt (1993). *Statistisches Jahrbuch 1993 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler und Poeschel.
- Steinglass, P. (1978). The conceptualization of marriage from a systems theory perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy. Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives* (pp. 298–365). New York: Brunner/Mazel.
- Straus, M. A. & Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family, 48*, 465–479.
- Tarrier, N., Lowson, K. & Barrowclough, C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. *British Journal of Psychiatry, 159*, 481–484.
- Terman, L. M. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thurmair, F., Engl, J., Eckert, V. & Hahlweg, K. (1992). Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL (Ehevorbereitung – Ein Partnerschaftliches Lernprogramm). *Verhaltenstherapie, 2*, 116–124.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125–137.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber Verlag.
- Wetzels, P., Greve, W., Mecklenburg, E., Bilsky, W. & Pfeiffer, Ch. (1995). *Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht*. Band 105 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbeck: Rowohlt Verlag.
- Wills, R. M., Faltler, S. L. & Snyder, D. K. (1987). Distinctiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 685–690.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft. Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.