

Beziehungs- und Interaktionsstörung

Brigitte Schröder und Kurt Hahlweg, Braunschweig

Einleitung

Beziehungsstörungen, Eheprobleme, gestörte Paarinteraktionen – was ist das? Die Krankenkassen sagen: Nichts, was Krankheitswert hat, also die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Folge: Krankenkassen bezahlen Paartherapien nicht. Andere Gruppen in unserem Lande sind aber sehr besorgt über z. B. 135.000 Ehescheidungen im Jahr 1992 in der Bundesrepublik (DPA-Mitteilung vom 06.08.1993). Politiker sehen die Keimzelle des Staates in Gefahr, Kirchen die Moral und die Ethik. Andere, z. B. die Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen, Lehrer in Schulen oder einfach nur Mitmenschen, sehen durch die Schwierigkeiten ihrer Eltern verunsicherte, gestörte, verhaltensauffällige und unglückliche Kinder. Auch wenn Krankenkassen den Krankheitswert verneinen: klinisch tätige Psychotherapeuten haben da andere Erfahrungen. 50 % der Patienten, die an einer Depression erkrankt sind, geben auch an, daß sie unter Beziehungsproblemen leiden. 50 % der Personen, die um Ehetherapie nachsuchen, leiden auch an klinisch relevanten depressiven Störungen (Beach, Sandeen & O'Leary, 1990). Ähnliche Zahlen gelten für Personen mit funktionellen Sexualstörungen. Auch hier wird häufig die sexuelle Störung (Erektions-, Appetenz-, Orgasmusstörung) begleitet von als unbefriedigend und belastend erlebten Interaktionen des Paares im Alltag (Zimmer, 1985). Ebenso vice versa: Beziehungsprobleme, die z. B. zum Aufsuchen einer Beratungsstelle führen, sind begleitet von sexuellen Problemen (Hahlweg, 1986).

Gestörte Paarinteraktion gilt auch als eine wichtige Determinante bei Psychosen. Darauf weisen die Ergebnisse der Studien zur Rückfallgefährdung bei schizophrenen Erkrankungen hin. Kehren Patienten zu Partnern oder anderen engen Familienangehörigen zurück, die ihnen deutlich kritisch

gegenüberstehen, erleiden sie zu 48 % innerhalb von 9 Monaten nach Entlassung einen Rückfall (Hahlweg, Dürr & Müller, 1995) im Gegensatz zu 21 %, die zu einem annehmenden Partner zurückkehren oder in eine Familie, in der die Interaktionen und Problemlösungen nicht so negativ verlaufen. Ähnliches scheint für Rückfallgefährdung nach bipolar-manischen Erkrankungen (Miklowitz & Goldstein, 1997) und depressiven Störungen (Hooley, Orly & Teasdale, 1986) zu gelten. Eine Reihe von Interventionsstrategien wurden entwickelt und erfolgreich überprüft (vergl. z. B. Falloon et al., 1984; Hahlweg et al., 1995). Allen gemeinsam sind Komponenten, die auch in der verhaltenstherapeutischen Ehe-/Paartherapie zentral sind.

Was sind denn nun Determinanten einer gestörten Beziehung? (Die Autoren verwenden jetzt, wie im gesamten Text, die Begriffe Partnerschaft, Ehe, intime Beziehung synonym.) Aus einer wahren Fülle von Untersuchungen und Veröffentlichungen zu diesem Thema (vgl. Hahlweg, 1986) erbrachten die Studien, die gezielt die Transaktionen der Paare untersuchten, die klarsten Ergebnisse (Gottmann, 1987; Hahlweg, 1998; Markman, Duncan, Storaasli & Howes, 1987; Noller & Fitzpatrick, 1988; Schaap, 1982). Unglückliche Paare unterscheiden sich in erster Linie hinsichtlich der Merkmale Kommunikation und Problemlösefertigkeit von glücklichen. Z. B. sind sie, wenn sie miteinander über einen Konflikt in der Partnerschaft diskutieren, nonverbal negativer als zufriedene Paare. Sie schauen den Partner seltener an, lächeln weniger, sprechen unbeteiligter, die Stimme ist schärfer, kälter, häufig lauter und sie nehmen eine vom Partner abgewandte Haltung ein. Verbal äußern sie selten eigene Wünsche und Gefühle, äußern seltener ihre persönliche Gedanken, sondern kritisieren ihren Partner und werten ihn mit Äußerungen ab, rechtfertigen das eigene Verhalten und stimmen selten Darstellungen des Partners zu. Ein besonders beeindruckender Unterschied zeigt sich bei sequenzanalytischer Auswertung von solchen Gesprächen. Paare mit niedriger Ehequalität verstricken sich häufig in fortdauerndes negatives Verhalten, indem sie sich kritisieren, beschuldigen, einander Vorwürfe machen und anklagen. Solche Eskalationsketten halten bei unglücklichen Paaren wesentlich länger an als bei glücklichen, die anscheinend in der Lage sind, eher „auszusteigen“. Die schlechtere Problemlösefähigkeit zeigt sich auch in Fragebogenstudien (Klann, Hahlweg & Hank, 1992), bei denen Partner aus belasteten Beziehungen mehr Problembereiche und ungünstigere Lösungsstrategien angaben (viel Streit oder „unter den Teppich kehren“). Außerdem erreichen sie „schlechtere“ Werte in Bereichen wie Sexualität, Freizeitgestaltung, Zufriedenheit mit Kindern, Finanzplanung, Haushaltsführung und andere. Allerdings zeigt schon eine einfache Globaleinschätzung über die Zufriedenheit mit der Ehe (bereits 1938 entwickelt von Terman) an, wie

belastet das Paar, bzw. der Partner ist. Deshalb sollte für die Indikationsstellung des Praktikers – „Ist dieses Paar geeignet für eine Paartherapie? Wird es profitieren?“ – die subjektive Einschätzung und der Wunsch nach Therapie handlungsleitend sein. Die genauere Differentialdiagnostik dient (s. 2) dann eher der Therapieplanung und -evaluation. Für dieses Vorgehen, das die subjektive Einschätzung der Hilfesuchenden zu einem wichtigen Kriterium macht, sprechen auch Ergebnisse, die Jacobsen und Mitarbeiter (1987) berichteten. In einer Vergleichsstudie untersuchten sie die Effekte von verhaltenstherapeutischer Paartherapie für die Reduktion von Symptomen bei depressiven Erkrankungen im Vergleich zu einer kognitiven Einzeltherapie a la Beck et al. (1992). Beide Vorgehensweisen erbrachten vergleichbare Erfolge und Verbesserungen. Von der Paartherapie profitierten aber besonders Paare, die subjektiv davon überzeugt waren, daß ihre unbefriedigende Beziehung mit der Erkrankung zusammenhängen könnte.

1 Das Paar: Selbstgeschilderte Problematik und Therapiewünsche

Das Ehepaar Z. kam auf Rat der behandelnden Stationsärztin von Frau Z. in die Ambulanz, um nach der Möglichkeit einer Egetherapie zu fragen. Frau Z. war in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus nach Ausbruch einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Anteilen (DSM-IV 296.34) 6 Wochen lang stationär behandelt worden. Diese Episode war der zweite Rückfall in einem Zeitraum von 5 Jahren. Die Entlassungsdiagnose gab ihren Zustand als voll remittiert an. Frau Z. bekam als Langzeitmedikation ein Neuroleptikum, ein Antidepressivum und ein Präparat aus dem Formenkreis der Tranquilizer. In der Vorbereitung der Entlassung hatte Frau Z. ihre Unzufriedenheit mit der Beziehung zu ihrem Partner artikuliert. Sie fühlte sich unglücklich und hoffnungslos, hatte Angst, daß „... nach der ersten Zeit, in der sich mein Mann freut, daß ich wieder gesund bin, alles wieder beim Alten ist.“ Bereits vor dem Krankenhausaufenthalt hatte sie Versuche unternommen, mit ihrem Mann eine Eheberatung aufzusuchen. Dies war von ihm aber immer abgelehnt worden.

Frau Z. schildert, daß ihre Ehe nach der Geburt des dritten Kindes vor 7 Jahren immer schlechter geworden sei. Ihr Mann würde sich kaum noch im Haus und in der Familie engagieren. Es gebe immer weniger gemeinsame Gespräche, kaum gemeinsame Unternehmungen, man schweige sich immer mehr an. Vereinzelt gebe es heftige Auseinandersetzungen, z. B. um Neuanschaffungen oder das Freizeitverhalten der Familienmitglieder. Diese Auseinandersetzungen würden in der Regel ergebnislos abgebrochen

und nach einigen Stunden, manchmal auch Tagen, täte man so, als sei nichts passiert. Von der Therapie erhoffe sie, daß sie beide lernten, miteinander zu reden. Sie wünscht sich, daß ihr Mann sie als eigenständige Person akzeptiert, ihrem Wunsch nach Berufstätigkeit zustimmen möge und daß es generell zu mehr Gemeinsamkeiten käme. Sie glaubt, das Wichtigste sei, daß sie lernten sich einander mitzuteilen und dies sei ohne Hilfe „von außen“ nicht möglich. Trennungsgedanken habe sie nicht, sie sei aber immer wieder sehr traurig und hoffnungslos, wenn sie an die frühen Zeiten ihrer Ehe denkt.

Herr Z. gibt an, daß er zu diesem Erstgespräch mitgekommen sei, weil ihm die Ärztin klargemacht habe, daß die ehelichen Spannungen bei seiner Frau die Rückfallgefahr erhöhen könnten. Er sei selbstverständlich bereit, alles zu tun, was seiner Frau helfen könne. Ansonsten halte er ihre Schilderung für übertrieben. Sie seien schließlich kein junges Ehepaar mehr, da sei eben vieles Routine, man müsse nicht mehr über alles reden. Er liebe seine Frau und denke nicht an Trennung, allerdings hält er zur Zeit seine Beziehung auch für sehr belastet und eher unglücklich, vor allem, weil seine Frau seit längerer Zeit sehr abweisend sei und vor einem Jahr aus dem ehelichen Schlafzimmer ausgezogen sei.

Wir haben diesen Fall gewählt, weil er mehrere Schwierigkeiten vereint, mit denen Praktiker rechnen müssen, die mit Paaren arbeiten wollen: Es besteht neben der Beziehungsstörung eine individuelle Störung, ein Partner ist nur „mitgenommen“ worden und erscheint wenig motiviert und die Beziehungsstörung besteht seit längerer Zeit.

In der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Psychologischen Instituts der TU Braunschweig werden, wenn immer sich dies organisatorisch einrichten läßt, Paartherapien in Cotherapie durchgeführt, d. h. zwei Behandler, im Idealfall ein männlicher Therapeut und eine weibliche Therapeutin, führen die Therapie gemeinsam durch. Untersuchungen (vgl. Arentewicz & Schmidt, 1986) weisen aber darauf hin, daß es auf die Wirksamkeit von Paartherapien keinen Einfluß hat, ob diese von einem Therapeutenpaar oder einem Therapeuten allein durchgeführt werden. Zimmer (1985) schlägt vor, daß man bei der Durchführung einer Paartherapie als alleiniger Therapeut im Gespräch mit dem Paar thematisieren sollte, ob es dem jeweiligen Partner unangenehm ist, nicht nur seiner Frau, sondern einer weiteren weiblichen Person (bei weiblichen Therapeuten) gegenüber zu sitzen.

2 Geschichte der Beziehung, Differentialdiagnostik

Bei dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen, das auch bei dem hier vorgestellten Paar zur Anwendung kam (Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1982), werden die auf das Erstgespräch folgenden 2 bis maximal 4 Sitzungen, in denen Anamnese, Verhaltensanalyse und Differentialdiagnostik das Thema sind, in Einzelsitzungen mit jedem Partner durchgeführt.

Herr und Frau Z. berichteten beide von einer unauffälligen, eher glücklichen Kindheit. Die Ehe ihrer Eltern schilderten beide als wohl ganz glücklich und stabil. Zu zärtlichen Gesten den Kindern gegenüber sei es eher selten gekommen, und Zärtlichkeiten zwischen den Eltern hatten nie vor den Augen der Kinder stattgefunden. Herr Z. ist besonders stolz darauf, sich aus „kleinen Verhältnissen“, der Vater war Arbeiter, emporgearbeitet zu haben. Er hat nach dem Hauptschulabschluß eine erfolgreiche Lehre in einem kaufmännischen Beruf absolviert und ist heute in leitender Position tätig („Meine Kollegen haben fast alle Abitur.“). Frau Z. hat auch den Hauptschulabschluß gemacht, eine Lehre absolviert und in ihrem Beruf bis zur Geburt der 1. Tochter (sie war damals 26 Jahre) gearbeitet. Frau Z. war 23 Jahre alt, als sie ihren Partner bei einem Tanzvergnügen kennenlernte. Herr Z. war mit 32 Jahren 9 Jahre älter. Für ihn war es nach etlichen kurzlebigen Episoden die erste feste Partnerschaft. Für Frau Z. war ihr Partner die zweite feste Beziehung, allerdings der erste Partner, mit dem sie eine intime Partnerschaft einging. Das Paar heiratete knapp ein Jahr nachdem sie sich kennengelernt hatten. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit den Therapeuten besteht die Ehe seit 18 Jahren, Frau Z. ist 42, Herr Z. 51 Jahre alt. Ihre Kinder, drei Mädchen, sind 16, 13 und 7 Jahre alt.

Zur Differentialdiagnostik von Beziehungsstörungen stehen eine Reihe gut evaluierter Instrumente zur Verfügung (s. z. B. eine Zusammenstellung bei Hank, Hahlweg & Klann, 1989). Wir benutzten den MSI von Synder (deutsche Übersetzung und Validierung bei Klann et al., 1992), den Partnerschaftsfragebogen (PFB), die Problemliste und die „Fragen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft“ (Hahlweg, 1996).

Alle Meßinstrumente zeigten deutlich „schlechtere“ Werte, als sie von Paaren erzielt werden, die in befriedigenden Partnerschaften leben. Die Unterschiede betrafen Art und Häufigkeit des Streitverhaltens, der Kommunikation und Zärtlichkeit. Frau Z. hatte in der Problemliste explizit 7 Konfliktbereiche benannt. Auch Herr Z. beurteilte 7 Bereiche als besonders konfliktbehaftet. Beide gaben an, daß die meisten Probleme gar nicht mehr angesprochen, sondern „unter den Teppich gekehrt“ werden. Wenn sie doch einmal versuchten, einen Konflikt zu lösen, kommt es zu Streit, in dessen Verlauf Herr Z. oft laut wird, Frau Z. weint, beide einander

Vorwürfe machen. Meist beendet einer der Partner den Streit dadurch, daß er weggeht. Die Mißstimmung hält meist 1 bis 2 Tage an, danach tut das Paar „als sei nichts geschehen“.

Bei der genaueren Verhaltensanalyse läßt man zweckmäßigerweise die Partner Rangreihen der derzeitigen Probleme erstellen und exploriert einige genauer. Dabei ist es hilfreich, von der erst globalen Schilderung immer spezifischer zu werden, d. h. sich einen Streit bezüglich dieses Themas detailliert schildern zu lassen nach dem Schema: auslösende Situation, die eigene Reaktion (auf den drei Ebenen Kognitionen, Emotionen, offenes Verhalten), die dann folgende Partnerreaktion und die Konsequenzen für das eigene Erleben und die Paarinteraktion (kurzfristig, langfristig) (Baum & Epstein, 1990; Hahlweg et al., 1982).

Für Frau Z. rangierten die Problembereiche „Zuwendung des Partners“, „Einteilung des monatlichen Einkommens“ und „Sexualität“ an oberster Stelle. Auch belastend aber nachgeordnet in der Bedeutung waren für sie „Kindererziehung“, „gemeinsame Gespräche“, „Temperament des Partners“ und „Berufstätigkeit“. Unter Zuwendung des Partners versteht Frau Z. vor allem Unterstützung durch den Partner, z. B. in Gesellschaft („dort soll er sich zu mir bekennen, mich unterstützen, mir helfen.“) und gemeinsame Freizeitaktivitäten. Ein typischer Konflikt läuft in etwa so ab: Beide Partner sind bei Verwandten eingeladen. Sie unterhalten sich angeregt. Frau Z. ist engagiert und erzählt lebhaft. Herr Z. wiederholt die Worte seiner Frau in einer Art, die Frau Z. als karikierend empfindet. Sie fühlt sich kritisiert, schämt sich, fühlt sich unsicher, ist aber auch ärgerlich und wütend. Dieser Ärger hilft ihr, so zu tun, als habe sie nichts bemerkt, sie spricht weiter, geht nicht auf ihren Mann ein, beginnt, ihn „links liegenzulassen“. Ihr abweisendes Verhalten behält sie auch auf dem Nachhauseweg bei. Besonders schroff reagiert sie, wenn ihr Mann körperlichen Kontakt sucht. Das Thema wird aber nicht mehr angesprochen („Er muß doch wissen, warum ich jetzt so bin. Wenn ihm an mir liegt, würde er sich wenigstens jetzt entschuldigen und es wieder gut machen.“).

Herr Z. hält besonders die Bereiche „Zuwendung“, „Sexualität“, „gemeinsame Gespräche/Weltanschauung“ und das „Freizeitverhalten“ für bedeutsam; nachgeordnet sind für ihn „Berufstätigkeit“, „Freunde/Bekannte“ und „Temperament des Partners“. Bei der genauen Exploration wird deutlich, daß sich die Bereiche „Zuwendung“ und „Sexualität“ überschneiden. Herr Z. wünscht sich Zuwendung von seiner Frau dadurch, daß sie sich für seine beruflichen Belange interessiert. „Sie fragt mich nie, wie es im Betrieb war, selbst wenn sie weiß, daß ich eine wichtige Sitzung hatte. Sie nimmt alles als selbstverständlich hin. Dabei habe ich manchmal Angst, es nicht mehr zu schaffen. Die Neuen im Betrieb sind doch alle besser ausgebil-

det.“ „Ich weiß auch nicht, ob meine Frau mich überhaupt noch anziehend findet. Z. B. beim letzten Einkaufsbummel, bei dem ich einen Mantel kaufen wollte, war sie desinteressiert, hat mich nicht beraten. Ich habe dann den Einkaufsbummel schnell beendet. Danach war sie aber den ganzen Tag schlecht gelaunt.“ Als deutlichsten Beweis für das mangelnde Interesse an ihm sieht Herr Z. das Verhalten seiner Partnerin im sexuellen Bereich. Er berichtet, daß für ihn ca. 10 Jahre lang „... alles in Ordnung war. Es war immer sehr schön. Ich mag meine Frau, finde sie auch heute noch sehr attraktiv.“ Eine Änderung habe es gegeben, als die letzte Tochter geboren wurde. Frau Z. habe auch gerade in dieser Zeit noch den Tod ihrer Mutter verkraften müssen. Sie sei immer abweisender geworden. Er habe schließlich zunehmend seine Versuche, ein intimes Zusammensein zu initiieren, eingestellt. „Wenn ich sie anfasse oder in den Arm nehme, wehrt sie ab, wird ganz steif oder sie beginnt Streit. Es hat dann nur noch geklappt, wenn sie angefangen hat.“ Vor einem Jahr ist Frau Z. aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausgezogen. „Jetzt warte ich immer, ob sie wohl abends mal schnell ‚angehuscht‘ kommt. Aber das ist schon ewig nicht mehr passiert.“

Als Aktiva in dieser Partnerschaft können folgende Bereiche aufgeführt werden: Beide haben bis jetzt noch nicht ernsthaft an Trennung gedacht. Beide erleben ihre Bemühungen in der Kindererziehung – gerade, wenn es dort Probleme gibt – als solidarisch und unterstützend. Beide finden ihren Partner noch attraktiv. Beide können Eigenschaften benennen, die sie am Partner schätzen: Herr Z. mag die Solidität und Ehrlichkeit seiner Frau. Frau Z. mag besonders seine Zielstrebigkeit, sie bewundert seinen Erfolg im Beruf und mag es, wie er mit den Töchtern umgeht, auch wenn sie sich ihn in diesem Bereich manchmal energischer wünscht.

Neben der Selbsteinschätzung mittels Fragebögen und dem Interview zur Diagnosestellung wird in der VT-Ambulanz bei Paarproblematiken ein Beobachtungssystem zur Analyse der Paarinteraktion eingesetzt. Hier wird das Paar gebeten, für 10 Minuten über einen Konflikt in der Partnerschaft miteinander zu diskutieren. Es wird instruiert, einander zu diesem Thema ihre Meinungen, Gefühle und Wünsche mitzuteilen und zu versuchen, eine Art Lösung zu erzielen. Bei dem Gespräch ist das Paar allein; das Gespräch wird mit einer Videokamera aufgenommen. Die Auswertung erfolgt später zum einen als globale Einschätzung (klinischer Eindruck) und zum anderen durch trainierte Rater mit Hilfe des „Kategoriensystems zur Einschätzung Partnerschaftlicher Interaktionen“ (KPI, Hahlweg, 1986). Auffallend bei diesem Paar war, daß das Gespräch trotz deutlich vorhandener positiver Gesprächsfertigkeiten wie „Selbstöffnung“ (von sich und seinen Gefühlen und Wünschen sprechen), „dem Partner zustimmen“ sehr negativ verlief. Es kam zu den für unglückliche Paare typischen Eskalationen (auf einen Vorwurf folgte ein Gegenvorwurf, Rechtfertigungen des eigenen

Verhaltens, Abwertung des Partners). Bei glücklichen Paaren halten solche Ketten nicht so lange an, werden eher abgebrochen indem ein Partner wieder positiver reagiert, z. B. eine sachliche Frage stellt, die Äußerungen des Partners akzeptiert oder sich selbst öffnet, z. B. von seinen eigenen Gefühlen spricht. Beiden gelang es auch nicht, Problemlösevorschlüsse zu machen und überdurchschnittlich häufig lehnten sie Aussagen des Partners ab oder zogen sich auf lange, sachliche Beschreibungen zurück. Auffallend waren des weiteren häufige Pausen und sehr negatives nonverbales Verhalten (wenig Blickkontakt, Wegdrehen des Körpers, abwehrende Miene, gereizter Tonfall).

Therapieplanung, Ziele der Therapeuten

Durchgängig alle Meßinstrumente (Interview, Fragebögen, Beobachtung der tatsächlichen Interaktion) zeigten deutliche Defizite in der Kommunikation und der Problemlösefähigkeit des Paares. Die Verbesserung der Kommunikation, besonders des „Einanderzuhören-Könnens“ (akzeptierend auf den anderen eingehen (nicht notwendigerweise zustimmend!), offene Fragen stellen, nonverbal aufnehmendes Zuhören), stellte ein erstes Ziel für die therapeutische Intervention dar. Das zweite betraf die mangelnde Problemlösefertigkeit. Das Paar sollte in der Therapie in die Lage versetzt werden, Probleme offen zu diskutieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und diese in „In-vivo-Experimenten“ einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Weiterhin sollte sich der positive Austausch des Paares erhöhen, um der Beziehung wieder mehr „Belohnungscharakter“ zu verschaffen. Die Strukturierung des Therapieplanes ergab dann, daß zuerst Maßnahmen zur Erhöhung der positiven Reziprozität erarbeitet werden sollten. Dies ist vor allem auch darum wichtig, weil jede Paartherapie in der Hauptsache die Problembereiche und Konflikte thematisiert. Interventionen, die positive Veränderungen einleiten, benötigen einige Zeit; auch wird es für viele Probleme häufig keine schnelle Besserung geben. So kann die Anamnese und die Verhaltensanalyse als erste Therapiephase zusätzlich belastend wirken.

Gekoppelt mit den Maßnahmen zur Erhöhung des positiven Austausches wurde ein mehr edukativer Teil geplant. Hier werden mit dem Paar die Grundlagen für förderliche Kommunikations- und Problemlöseregeln erarbeitet. Im Hauptteil der geplanten Therapie sollten dann mit dem erlernten „Werkzeug“ die Konflikte und Probleme des Paares angegangen werden. Daneben ergab sich für die Therapeuten noch das Ziel, mit kognitiven Interventionen eventuelle dysfunktionale Schemata des Paares zu labilisieren („Wenn er mich liebt, muß er wissen, wie es mir geht und was ich

brauche.“ „Wenn sie nicht mit mir schlafen will, mag sie mich nicht.“) (vgl. hierzu Baucom & Epstein, 1990).

3 Theoretische Einbindung/Erklärungsmodelle

Am einflußreichsten – für die praktische therapeutische Arbeit – haben sich Modelle erwiesen, die aus psychoanalytischen, systemtheoretischen und lerntheoretischen Annahmen entstanden (Hahlweg, 1990). Wir werden aus praktischen Erwägungen nur auf die lerntheoretischen kurz eingehen. Zum einen haben sich viele Annahmen dieses Modells empirisch gut überprüfen lassen (vgl. auch Hahlweg, 1986) und geben damit eine hinreichend gesicherte Basis für das therapeutische Vorgehen, zum anderen basieren hierauf die vorgestellten therapeutischen Interventionen unserer Falldarstellung.

Zur lerntheoretischen Erklärung des Erfolges oder Nichterfolges einer Ehe werden vor allem Annahmen aus der sozial-kognitiven Lerntheorie (Bandura, 1979) und der sozialen Austauschtheorie (Homans, 1968; Thibaut & Kelley, 1959) herangezogen (Hahlweg, Baucom & Markman, 1988).

Es wird danach kaum eine Beziehung (Ehe/intime Partnerschaft) geben, in der die Vorstellungen, wie eine solche gelebt und gestaltet wird, genau übereinstimmen. Aber selbst dort, wo Werte und Einstellungen übereinstimmen, wird es u. U. Unterschiede in den konkreten Verhaltensweisen geben, was für den Partner aversiv werden kann. (Beispielsweise können beide den gleichen Standard bezüglich Sauberkeit einer Wohnung haben, sich aber trotzdem im konkreten Verhalten zum Erreichen dieses Standards sehr unterschiedlich verhalten. Z. B. möchte ein Partner alles Geschirr sofort nach dem Gebrauch reinigen, der andere meint, ein kurzes Abspülen und Zusammenräumen genügt für das erste, das Abwaschen kann dann gesammelt einmal am Tag erfolgen.) So werden in solchen Beziehungen fast zwangsläufig Wünsche nach Verhaltensänderungen wach.

Dies kann vielfältige Ursachen haben: Zum Teil sind sie durch den Weg einer Partnerschaft bedingt und vorhersehbar: Kennenlernen, Zusammenziehen, Geburt eines Kindes, Kinder verlassen die Familie, Älterwerden, Berufsruhestand und andere. *Externe Gründe* mögen hinzukommen: Änderungen im sozialen Umfeld (Umzug mit Verlust des sozialen Netzwerkes), Arbeitslosigkeit. *Enttäuschte Erwartungen* sind andere Möglichkeiten, die Verhaltensänderungen notwendig erscheinen lassen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein: u. a. verdeckt die anfängliche Idealisierungstendenz („rosarote Brille“) 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. das Bedürfnis nach körperlicher Nähe: Ein Partner braucht viel, der andere weniger Zärtlichkeit oder Sexualität. Sozialverhalten: Ein Partner möchte häufig soziale Kontakte, der andere seltener). Ein wichtiger (wenn er auch oft belächelt wird) Grund für gewünschte Verhaltensänderungen sind die *täglichen 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. die berühmte Zahnpastatube, die der eine Partner stets offen läßt, bestimmte Gesten, Redensarten, Unordentlichkeiten). Um Änderungen herbeizuführen, setzen die Partner Belohnungen und Bestrafungen ein. Die 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 (oder nur kurzfristig, nach einer ausgiebigen Diskussion, ändert). 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 Reziprozitätsannahmen (in sozialen Systemen wird Belohnung mit Belohnung, Bestrafung mit Bestrafung beantwortet; Pruitt, 1968), wird auch Person B in Zukunft häufiger zu solchen Zwangsmitteln greifen, wenn sie sich gegenüber A durchsetzen möchte.

Problematischerweise ist es ein Merkmal der aversiven Kontrolle, daß durch sie keine *dauerhaften* Verhaltensänderungen erreicht werden. Der Konflikt wird wieder neu aufbrechen, neue Konflikte entstehen außerdem und die Partner verstricken sich in ihren untauglichen Lösungsversuchen. Hinzu tritt eine Habituation an diese aversiven Reize, so daß häufig die Intensität der Bestrafungen wächst. Am auffälligsten ist dieser Zwangspro-

zeß bei Paaren, die offen-aggressiv mit ihren Konflikten umgehen. Es gibt jedoch Paare, die trotz vorhandener Gegensätzlichkeit keine Eskalationen (mehr) zeigen. Für diese konflikt-phobischen oder konflikt-vermeidenden Paare gelten ebenfalls die geschilderten Grundannahmen, allerdings zeichnen sich solche Beziehungen häufig durch ein Nebeneinanderleben und emotionale Trennung aus.

Begleitet wird die negative 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. 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 Beziehung. Verschlechtert sich die Qualität der Partnerschaft, so ist dies nicht die „Schuld“ eines einzelnen, sie liegt vielmehr in der unangemessenen Interaktion beider (Hahlweg, 1998).

Diese Defizite im Verhaltensrepertoire ließen sich auch bei dem Ehepaar Z. beobachten. Die ausführliche Anamnese und die Differentialdiagnostik (besonders die Verhaltensbeobachtung) zeigten, daß das Paar nicht effektiv über Probleme sprechen kann. Beiden gelingt es nur schlecht, über die eigenen Gefühle und Wünsche zu sprechen, d. h. sich dem Partner zu öffnen. Dabei sehen sie Erwartungen an eine intime Partnerschaft verletzt, fühlen sich „betrogen“ („Wenn sie mich liebt, müßte sie sich doch für meinen Beruf interessieren, es von sich aus merken, daß ich gerne häufiger mit ihr schlafen möchte, etc . . .“ „Wenn ihm an mir liegt, muß er mich dort unterstützen, wo ich es brauche, er muß es merken, usw. . .“) und enttäuscht. Dies führt zu ungünstigen Copingstrategien wie „weinen“, „aus der Situation gehen“ und „so tun, als sei nichts geschehen“. Die Konflikte werden auf diese Weise aber nicht gelöst, sondern stauen sich an. Wie entstanden bei diesem Paar die Konfliktbereiche? Außer den schon angesprochenen Defiziten mögen hierfür eine Reihe von externen Stressoren eine Rolle spielen (starke Beanspruchung des Ehemannes durch den Beruf, die Geburt der dritten Tochter, wobei gleichzeitig der Tod der geliebten Mutter zu verkraften war, geringere Anforderungen an die Mutter durch das Heranwachsen der Töchter). Inwieweit die depressive Erkrankung der Frau Auslöser oder Folge der sich verschlechternden ehelichen Beziehung war, kann retrospektiv nicht geklärt werden. Sie spielt aber sicherlich eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der Unzufriedenheit.

4 Therapie: Prinzip und Durchführung

Als erstes, noch vor Beginn der „eigentlichen“ Therapie, mußte es gelingen, Herrn Z. für eine aktivere Teilnahme zu motivieren. In der Einzelsitzung wurde darauf besonders geachtet. Tatsächlich gelang es dem Klienten, eigene Wünsche und Ziele für die Therapie bei sich zuzulassen, er entfernte sich dabei von der „Helferrolle“ für seine Frau. Die Therapeuten unterstützen ihn während der Exploration mit hilfreichen „Unterstellungen“ wie: „Ich könnte mir vorstellen, daß die Erkrankung Ihrer Frau für Sie eine große Belastung war.“ „Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich mich oft vernachlässigt fühlen.“ „Gibt es jemanden, der Sie emotional unterstützt, bei dem Sie sich aussprechen können?“

Die Einzelexplorationen wurden mit einer gemeinsamen Sitzung aller Beteiligten abgeschlossen. In dieser Stunde wurde dem Paar eine ausführliche Rückmeldung bezüglich der Diagnoseinstrumente gegeben. Dabei wurden besonders die Stärken und Gemeinsamkeiten betont, z. B. die gemeinsame Problemsicht (beide Partner wünschen sich an erster Stelle mehr Zuwendung durch ihren Partner) aber auch Unterschiede angesprochen (nur für Frau Z. war der Bereich „Finanzplanung“ problematisch). Es wurden -im Sinne der unspezifischen günstigen Wirkvariablen von Verhaltenstherapie „Transparenz der Therapie“ – dem Paar Informationen über das der Therapie zugrundeliegende Erklärungsmodell (s. auch 3 oben) vermittelt und überblicksartig das weitere Vorgehen erklärt. Ferner wurde das Paar explizit gefragt, ob es bereit sei, sich einer solchen Therapie zu unterziehen. Beide stimmten zu und es wurde mit dem Paar mündlich eine Sequenz von 5 Therapiestunden vereinbart. Es war bereit, sich für diesen begrenzten Zeitraum ganz auf die Therapie einzulassen. Danach sollte in einem Feedback aller Beteiligten entschieden werden, ob die Sitzungen fortzusetzen seien. Auch diese Maßnahme trug dazu bei, bei Herrn Z. eine höhere Therapiemotivation zu erreichen.

Um den edukativen Teil abzukürzen und als erste Intervention im Bereich „Erhöhung der positiven Reziprozität“, wurde dem Paar als Hausaufgabe das Durchlesen von jeweils einem Kapitel des Begleitbuches zur Therapie (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980; für Paare geschrieben) aufgegeben. Die Kapitel sind vielfach in Absätze unterteilt, nach jedem Kapitel gibt es eine Zusammenfassung, Fragen zum Text und eine kleine Übung zum jeweiligen Thema. Das Paar wurde gebeten, die Kapitel gemeinsam zu bearbeiten und immer im Wechsel jeweils einen Absatz dem Partner vorzulesen. Das Paar hatte zu Beginn Schwierigkeiten mit der Aufgabe. Es berichtete, daß es dabei zum Streit gekommen sei. Allerdings stellten beide Partner in der Sitzung fest, daß es trotz allem seit langer Zeit das erste Mal

gewesen sei, daß sie etwas gemeinsam gemacht hatten und auch ihr Streit sei einmal um etwas anderes gegangen als um die negativen Aspekte des Paares. Dies motivierte sie, mit diesem Teil der Hausaufgaben fortzufahren.

In den vereinbarten 5 Sitzungen nahmen die Interventionen zur Verbesserung des positiven Austausches und die Vermittlung von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten in etwa den gleichen Raum ein. Zu Beginn standen Wahrnehmungsübungen („Was mag ich an mir, was gefällt mir am Partner?“, „Wie geht es mir, wenn ich mich selbst lobe, wie ergeht es mir, wenn ich Lob annehme?“). Auch hier gab es kleine Hausaufgaben zu Themen wie z. B. „Den Partner erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“, „Gefühlsbetonte Woche: Ich achte auf alle Gefühle, die beim Interagieren mit dem Partner bei mir aufkommen“, „Ich verwöhne meinen Partner“, „Ich werde verwöhnt und achte genau darauf, was für mich angenehm ist“ (s. hierzu auch Hahlweg et al., 1982). Daneben wurden mit Hilfe verschiedener Medien (Begleitbuch, Videobeispiele, Rollenspiele) mit dem Paar Kommunikationsregeln für eine effektive Kommunikation zwischen intimen Partnern erarbeitet und in Rollenspielen eingeübt, zuerst noch mit Themen, die beim Paar nicht zum Konflikt geführt hatten. Dieses Kommunikationstraining ist z. B. bei Hahlweg und Schröder (1993) näher beschrieben. Ähnlich wurde auch ein Problemlöseschema erarbeitet und eingeübt.

Nach Ablauf der vereinbarten 5 Sitzungen entschied sich das Paar, weiterhin an der Therapie teilzunehmen. Beide hatten das Gefühl, daß die Therapie ihnen etwas brachte, Frau Z. fühlte sich insgesamt sicherer und zufriedener, was dazu führte, daß sie die Beruhigungsmittel ganz absetzen konnte und in Absprache mit ihrer behandelnden Ärztin auch die Antidepressiva-Medikation verringerte. Besonders gefreut hatte sich das Paar über positive Rückmeldungen durch die Töchter, die festgestellt hatten, daß die Mahlzeiten jetzt länger dauerten als früher und „... Mama und Papa viel mehr lachen“.

So konnte sich der Hauptteil der Therapie anschließen. Hier begann das Ehepaar nun, die eigenen Probleme zu thematisieren und nach Lösungen zu suchen. Die Therapeuten unterstützten die Paargespräche nur „formal“, indem sie bei der Einhaltung der Kommunikationsregeln halfen (Begleiten des Paargesprächs durch kurze Direktiven oder hilfreiche Interventionen: „Fassen Sie bitte erst zusammen, was Ihr Partner sagte.“ „Versuchen Sie, dies als Frage zu formulieren.“ Anbieten von Gefühlen, modelling u. Ä.) und das Paar ermutigten, zuerst kleinere Konflikte anzugehen. Außerdem achteten die Therapeuten darauf, daß die erarbeitete Lösung in kleine, machbare Schritte unterteilt wurde und sich das Paar verbindlich ver-

pflichtete, diese auch umzusetzen. Der Besprechung der Erfolge (sehr verstärkt durch die Therapeuten) wurde ein großer Raum gelassen. Das Paar vereinbarte, daß Herr Z. nach dem Nachhausekommen nicht gleich an den Abendbrotstisch eilen mußte, die Zeiten wurden verändert. Er bemühte sich, besonders wenn er sich belastet fühlte, dies anzusprechen und seine Stimmung zu erklären. Frau Z. erklärte sich bereit, bei einem Betriebsausflug ihres Mannes mitzumachen. Das Ehepaar sprach jeden Monat ab, wie das Geld zu verteilen sei, und Frau Z. bekam einen festen Betrag als Taschengeld.

Nach insgesamt 9 gemeinsamen Sitzungen wurde eine Therapiepause vereinbart, da das Paar einen längeren Urlaub antrat. Erstmals fuhren sie, nachdem sie anfangs Familienurlaub mit den Kindern durchführen wollten, für zwei Wochen allein in die Ferien. Nach dem Urlaub beendete das Paar die Therapie. Sie hatten den Urlaub als sehr erfolgreich erlebt („unsere zweiten Flitterwochen“) und meinten, ihre Therapieziele erreicht zu haben. Die Therapeuten teilten nicht ganz die Einschätzung des Paares und sahen bestimmte Schwierigkeiten allein durch die Euphorie des Urlaubs überdeckt.

Die Abschlußmessung mit den Eingangsinstrumenten Problemliste, PFB und MSI zeigte in allen Bereichen signifikante Verbesserungen. Das Paar wurde 6 Monate nach Ende der Therapie erneut einbestellt. Erwartungsgemäß ergaben die Fragebögen nun leichte Verschlechterungen, allerdings erreichten diese Verschlechterungen nur in der Skala „Freizeitverhalten“ klinische Relevanz. Das Paar selbst schätzte seine Beziehung nun als stabil ein, obwohl es durchaus Zeiten der Unzufriedenheit gab. Es meinte aber, jetzt anders damit umgehen zu können und das Gefühl zu haben, diese Schwierigkeiten meistern zu können. Zwischenzeitlich waren auch Probleme mit der ältesten Tochter aufgetreten, die gleichzeitig einen Verkehrsunfall und das Ende der ersten Liebe verkraften mußte und das Paar hatte das Gefühl, daß die Beschäftigung mit der Tochter sie beide auch emotional noch näher zusammengebracht hatte. Frau Z. nahm zu diesem Zeitpunkt nur noch Neuroleptika. Sie fühlte sich emotional stabil und sicher.

5 Abschlußbetrachtung, Resümee

Einleitend hatte wir betont, daß für die Indikationsstellung für eine Paartherapie der Wunsch des Paares handlungsleitend sein sollte. Dies muß natürlich auch für den Abschluß gelten. Therapeuten, die angemessene Arbeit leisten wollen, müssen sich immer ihrer eigenen Normen und Wert-

vorstellungen und ihrer eigenen Betroffenheit bewußt sein. Dies gilt u. E. besonders auch für Ehe-/Paartherapien.

Ehe-/intime Partnerschaft ist ein so universelles Phänomen – (fast) jeder hat wenigstens einmal in seinem Leben eine solche Beziehung –, daß man leicht der Gefahr unterliegt, anzunehmen, daß die Ausgestaltung solcher Interaktionen auch uniform verläuft und für alle gleich ist; daß sich subjektive Erfahrungen, persönliche Werte und Wünsche mit denen anderer Individuen decken. Dies ist sicher ein Mythos. Gesellschaftlicher Wandel bedingte z. B. andere Rollenverständnisse innerhalb solcher Partnerschaften. Früher waren in unserem Kulturkreis die Rollen für Frau und Mann in einer Ehe klarer aufgeteilt (die Frau als Mutter und Versorgerin des Haushaltes, der Mann als Ernährer und Oberhaupt der Familie). Nach dem Zweiten Weltkrieg begannen hier Veränderungen. Gezwungen durch die Abwesenheit des männlichen Partners durch Krieg, Gefangenschaft oder frühen Tod übernahmen Frauen mehr männliche Rollen. In etlichen Ehen mag dies auch nach der Rückkehr der Männer aus dem Krieg so geblieben sein. Die zunehmende Emanzipationsbewegung trug sicherlich zu einer Veränderung der Rollen bei. Andere gesellschaftliche Bewegungen führten zu Veränderungen von Werten. Z. B. die Liberalisierung der Sexualität in Verbindung mit den studentischen Bewegungen der „68er-Generation“ ließen Treue als Wert- und „Gütekriterium“ einer Beziehung nicht mehr zu. An deren Stelle entstanden neue Forderungen an eine Partnerschaft wie spannende, abwechslungsreiche Sexualität und Selbstverwirklichung der Partner, um nur einige Beispiele zu nennen.

Außer gesellschaftlichen Veränderungen im Zeitenwandel hat die soziale Gruppe oder Schicht, in der sich Paare überwiegend aufhalten, einen Einfluß auf die Vorstellungen und Anforderungen an eine zufriedenstellende intime Beziehung. Wo wirtschaftliche Not vorherrscht (Arbeitslosigkeit), werden andere Werte für eine gelingende Partnerschaft wichtig als in einer Ehe, in der beide befriedigenden aber sehr zeitraubenden Tätigkeiten nachgehen. Wenn Partner sehr religiös sind, wird dies andere Konsequenzen für Beziehung haben, als wenn die Partner „Freidenker“ sind. All dies bedingt, daß die Ziele, die Paare haben, wenn sie in eine Ehe-therapie kommen, auf der konkreten Ebene sehr unterschiedlich sein können, auch wenn das übergeordnete, abstrakte Ziel ähnlich ist: „Wir wollen glücklicher miteinander leben.“

Therapeuten und Therapeutinnen sind nun keine geschichtslosen Wesen, die in einem luftleeren Raum leben. Auch sie haben ihre gesellschaftlichen und schicht- sowie familienspezifischen Prägungen, die sich u. U. sehr von denen des hilfeschuchenden Paares unterscheiden können. Um das Paar seinen eigenen ganz spezifischen Weg der Beziehung finden zu lassen, müs-

sen sich die Therapeuten „raushalten“! Sie dürfen unterstützend oder intervenierend nur an der „formalen“ Ausgestaltung der Beziehung ansetzen, nicht an der „inhaltlichen“. Notwendig dazu sind u. E. neben einer guten Ausbildung, Selbsterfahrung, begleitende Supervision und eine gute Dokumentation (auf Audiokassette oder Video) der Sitzungen. Letzteres kann besonders hilfreich sein, wenn Therapien stagnieren, wenn beide oder ein Partner „Widerstand“ zeigt. Die Kontrolle durch ein Tonband wird sehr hilfreich bei der „Störanalyse“ sein. „Habe ich mich vielleicht mit einem Partner solidarisiert? War ich rigide, bestrafend oder inhaltlich wertend? War ich ängstlich, zögernd und unsicher? Haben die Inhalte der Therapiegespräche, das Verhalten der Partner meine eigenen Ängste oder Wünsche hinsichtlich einer Beziehung aktiviert?“ Ein Erkennen dieser eigenen Anteile, am besten gestützt durch eine Supervision, wird helfen, die Therapie von solchen „unspezifischen Störaspekten“ freizuhalten.

Literatur

- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1986). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 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 in marriage*. New York, London: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Falloon, I.R.H., McGill, C.W. & Boyd, J.L. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Gottman, J.M. (1987). The sequential analysis of family interaction. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 453–480). New York: Plenum Press.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion*. München: Röttger.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik FPD*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1998). Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Baucom, D.H. & Markman, H.J. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I.R.H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy and prevention* (pp. 413–448). New York: Guilford Press.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1995). *Psychoedukative Familienbetreuung bei schizophrenen Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1982). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Hahlweg, K. & Schröder, B. (1993). Kommunikationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1989). *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz Test.
- Homans, G.C. (1968). *Elementarformen sozialen Verhaltens*. Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag.
- 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.
- Jacobsen, N.S., Dopson, K., Fruzetti, A., Schmaling, K.B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547–557.
- Klann, N., Hahlweg, K. & Hank, G. (1992). Deutsche Validierung des „Marital Satisfaction Inventory“ (MSI) von Snyder (1981). *System Familie*, 5, 10–12.
- 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.
- Miklowitz, D.J. & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder. A family-focused treatment approach*. New York: Guilford.
- Noller, P. & Fitzpatrick, M.A. (Eds.). (1988). *Perspectives on marital interaction*. Clevedon, Philadelphia: Multilingual Matters.
- 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.
- Pruitt, D.G. (1968). Reciprocity and credit building in a laboratory dyad. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 143–147.
- Schaap, C. (1982). *Communication and adjustment in marriage*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- 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: Brunner/Mazel.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft. Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.