

Einleitung

In fast allen Kulturen wünschen sich Menschen ein Leben in einer intimen Partnerschaft (Buss 1995). In den westlichen Industrieländern sind ca. 90 % der 50-Jährigen bspw. mindestens einmal verheiratet (gewesen). Eine erfüllende Partnerschaft betrachten die meisten Menschen als besonders wichtig für ihr persönliches Glück und Wohlbefinden (z. B. Ruvolo 1998; Stack und Eshleman 1998). Laut einer beispielhaften Umfrage zählte eine dauerhafte und glückliche Partnerschaft für 81 % der Deutschen zu den größten Wünschen (Geo 2016). Dabei scheint eine glückliche Partnerschaft für die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt wichtiger als Gesundheit, Arbeit oder eigene Kinder zu sein.

Trotz des gesellschaftlichen Wandels, normativer Pluralität und veränderter Geschlechterrollen halten sogar ca. zwei Drittel die Ehe als juristische Institution für sinnvoll und ideal (z. B. Peuckert 2019). Weiterhin gehen viele Menschen inzwischen (zunächst) feste intime Partnerschaften ein. Diese lassen sich durch drei Merkmale charakterisieren:

1. Die Bindung ist enger als zu anderen Personen (z. B. Angehörigen, Freunden und Arbeitskollegen).
2. Die Beziehung ist dauerhaft angelegt (z. B. durch gemeinsame Zukunftsplanungen und -entwürfe).
3. Der Partner und bestimmte Beziehungsinhalte sind exklusiv (z. B. die Preisgabe von biografischen Narrativen und gemeinsam erlebter (sexueller) Intimität).

Im Verlauf einer festen, intimen Partnerschaft können unterschiedliche Bedürfnisse erfüllt werden. Beispiele für Bedürfnisse in intimen Partnerschaften sind:

- Verbundenheit, Liebe, Geborgenheit/Sicherheit (emotional)
- Anerkennung, Selbstwertstabilisierung, Wertschätzung (kognitiv)
- Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität (physisch)
- Unterstützung, Betreuung und Fürsorge (sozial)
- Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Werthaltungen (weltanschaulich)
- Integration, gemeinsame Identität und Zugehörigkeit (familiär-kontextuell)

Einige dieser Bedürfnisse lassen sich nur befriedigend erreichen, wenn die Partnerschaft als sicher und dauerhaft angelegt eingeschätzt wird. Viele Menschen wünschen sich deshalb auch eine lebenslange Beziehung und unterschätzen am Beziehungsanfang die Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung bzw. Trennung – gleich dem Motto: »Die anderen: Ja. Wir auf keinen Fall!« Entsprechend der oben genannten Bedürfnisse bzw. Erwartungen an die eigene Partnerschaft werden Konflikte im privaten Bereich als besonders belastend erlebt. Die Auflösung einer Beziehung wird in der Life-Event-Forschung neben dem Verlust des Partners durch den Tod zu den am stärksten belastenden Ereignissen im Lebenslauf eines Menschen gezählt (Bloom et al. 1978).

Angesichts des Familienzyklus⁷ und kritischer Lebensereignisse werden Paare immer wieder im Alltag herausgefordert (► Tab. 0.1). Dabei ist es wichtig, sich über die individuellen Bedürfnisse auszutauschen, wenn sie sich nicht zunehmend entfremden wollen bzw. Konflikte offen bestehen bleiben.

Gleichzeitig beginnt im weiteren Verlauf einer dauerhaft angelegten Partnerschaft ein gegenläufiger Prozess: Wenn auch einerseits einige Bedürfnisse befriedigt werden, kommt es andererseits zu einer Habituation an vormals sexuell attraktive Stimuli, zur realistischeren Wahrnehmung des Partners und der eigenen Person sowie zum Verlust von Verstärkerqualität partnerschaftlichen Handelns.

Längsschnittstudien zeigen daher, dass bei allen Paaren im Durchschnitt eine Abnahme der Zufriedenheit über die Zeit zu erwarten ist (Lavner und Bradbury 2010; Kamp Dush et al. 2008). Allerdings lassen sich verschiedene Verläufe differenzieren: Einigen Paaren gelingt es, eine hohe bzw. mittlere Zufriedenheit zu stabilisieren sowie die Zufriedenheit ggf. im weiteren Verlauf (> 10 Jahre) noch einmal zu verbessern. Bei

zwei anderen Subgruppen von Paaren nimmt die Partnerschaftszufriedenheit aber einen kritischen Verlauf: Bei einer Gruppe sinkt die anfangs hohe Zufriedenheit innerhalb weniger Jahre rapide ab; eine weitere Gruppe von Paaren beginnt bereits mit einer niedrigen Partnerschaftszufriedenheit und zeigt ebenfalls eine erhebliche Abnahme.

Tab. 0.1: Kritische Lebensereignisse innerhalb des Familienzyklus

Familienzyklus	Mögliche assoziierte kritische Lebensereignisse
Zusammenziehen, ggf. Hochzeit	Umzug, ggf. Hausbau, gemeinsame Haushaltsführung
Berufliche Qualifikationsphase	berufliche Stressoren
Schwangerschaft(en) und Geburt(en)	Stressoren der Schwangerschaft und Geburt, ggf. durch Komplikationen Altersgerechte Erziehung/Familienmanagement Unfälle und Erkrankung von Partner/in, Kindern bzw. anderen Nahestehenden
Auszug der Kinder	Individuelle Entwicklung der Partner hinsichtlich: Bedürfnisse Einstellungen Routinen
Pflege und Tod der Eltern	Psychosoziale Belastungen
Renteneintritt und Altern	Umstellung auf Rentner-Dasein, individuelle Entwicklungen der Partner Chronische Erkrankungen

Wenn auch die Partnerschaftszufriedenheit ein stabiler Prädiktor für die Stabilität einer Partnerschaft ist, so fallen die Assoziationen zwischen beiden nur moderat aus. Einige Paare trennen sich, obwohl sie berichteten, glücklich gewesen zu sein; viele Paare bleiben unzufrieden über längere Zeit zusammen.

In Deutschland betrug die Scheidungsquote 2017 ca. 37 % und nahm damit kontinuierlich von der höchsten Quote 2005 mit ca. 52 % ab (Statista 2019). Im Vergleich zu den 1970er Jahren nahmen die Scheidungen

der Ehen mit längerer Dauer (> 15 Jahren) zu. Gleichzeitig stieg die Zahl der Eheschließungen im gleichen Zeitraum kontinuierlich leicht an; 2017 gaben sich ca. 408.000 Paare in Deutschland ein standesamtliches Ja-Wort. Ungefähr ein Drittel dieser Paare war bereits verheiratet. Dies verdeutlicht den bleibenden Beziehungswunsch trotz der Erfahrung einer gescheiterten Ehe.

Bereits der Beziehungsstatus hat hierbei Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit. Getrennt Lebende bzw. Geschiedene wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit für somatische und psychische Beschwerden und einen beruflichen Ausfall als Verheiratete auf (Stimpson et al. 2012). Mit Blick auf psychische Störungen war das Erkrankungsrisiko bei verheirateten Frauen und Männern niedriger als bei Ledigen, wenn sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten (Scott et al. 2010): Frauen berichteten bspw. häufiger von Depression und Panikstörung, wohingegen Männer häufiger substanzinduzierte Störungen beschrieben. Nach einer erst kürzlich zurückliegenden Scheidung wurden diese Unterschiede noch größer.

Auch die Mortalitätsrate war studienübergreifend bei Verheirateten bzw. in Partnerschaft Lebenden niedriger als bei Ledigen und Geschiedenen (z. B. Carr und Springer 2010). Die Effekte fallen bei Männern üblicherweise stärker aus. Über den Beziehungsstatus hinaus sind fast alle psychischen Störungen mit einer niedrigen Partnerschaftsqualität assoziiert. Die negative partnerschaftliche Interaktion kann hierbei einerseits eine wichtige aufrechterhaltene Bedingung für psychische Störungen sein. Andererseits können Beziehungsstörungen auch zu externen Auslösern für psychische Störungen werden und die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen erhöhen.

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass das Leben in einer intimen, erfüllenden Partnerschaft kulturübergreifend als besonders wichtig für das persönliche Glück ist und im Zusammenhang mit dem psychischen und physischen Wohlbefinden eine bedeutsame Rolle einnimmt. Immer häufiger werden im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen unter Einbezug der Angehörigen und Partner Kommunikations- und Problemlösetrainings empfohlen, um zukünftige Rückfälle in dysfunktionale Verhaltens- und/oder Interaktionsmuster zu vermeiden. Positive Therapieeffekte sollen dadurch dauerhaft stabilisiert werden. Die

kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie (KVPT) gilt hierbei als die am besten untersuchte Behandlungsform für Paare und soll im vorliegenden Buch vorgestellt werden.

Das Buch umfasst die grundlegenden theoretischen Modelle und das diagnostische sowie therapeutische Vorgehen beim Reziprozitäts-, Kommunikations- und Problemlösetraining. Diese Standardinterventionen werden durch motivationsfördernde, kognitive, akzeptanzbasierte und bewältigungsorientierte Interventionen ergänzt. Im zweiten Teil werden besondere Herausforderungen im Paarsetting fokussiert und bspw. das spezifische Vorgehen bei der Bewältigung sexueller Außenbeziehungen sowie Gewalt in der Partnerschaft beschrieben. Zudem werden Interventionen zur Unterstützung von Vergebungsprozesse sowie zur Förderung der partnerschaftlichen Sexualität vorgestellt. Sowohl zu den Standardinterventionen als auch den besonderen Herausforderungen im paartherapeutischen Setting werden an entsprechender Stelle allgemeine Kasuistiken und Beispielformulierungen bzw. Dialoge zur Veranschaulichung ergänzt. In einem gesonderten Kapitel werden außerdem einzelne Standardinterventionen im Rahmen eines Fallbeispiels dargelegt. Im Anschluss beschäftigt sich das Buch mit den Besonderheiten der therapeutischen Beziehung im triadischen Setting und gibt einen Überblick zu den Anwendungsgebieten sowie der wissenschaftlichen Evidenz. Abschließend wird auf Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung verwiesen.

Zusätzlich nutzt das Buch verschiedene Elemente, die kurz vorgestellt werden und die Interpretation und Handhabung der vorgestellten Inhalte vereinfachen sollen.

Inhaltliche Vertiefungen und zentrale Merksätze aus dem allgemeinen Fließtext werden mithilfe von grau hinterlegten Kästen abgebildet.

Allgemeine Hinweise, Hilfestellungen oder Formulierungsbeispiele für den Behandler werden schwarz umrandet

Kasuistiken, Fallbeispiele und exemplarische Dialoge werden mit einem grauen Balken an der Seite markiert.

1 Ursprung und Entwicklung des Verfahrens

Erste verhaltenstherapeutische Interventionen mit Paaren basierten auf Annahmen der operanten und sozialen Lerntheorien, z. B. dem lerntheoretischen Modell von Patterson und Reid (1970) und strebten die Förderung eines positiven Verhaltensaustausches zwischen den Partnern an. So wurden bspw. Verträge über positive Verstärker während der verhaltenstherapeutischen Paartherapie ausgehandelt, die die Partner im Alltag verbindlich anhielten, systematisch und wechselseitig vereinbarte Verstärker zuzuführen (Baucom 1982). Noch heute strebt das daraus resultierende *Reziprozitätstraining* (► Kap. 5.1.2) an, eine positive Bilanz der gegenseitig zugeführten Verstärker durch verschiedene Aufgaben systematisch wiederherzustellen.

In Interaktionsanalysen fiel zudem auf, dass die langfristige Zufriedenheit mit der Partnerschaft sich am besten mithilfe von bestimmten Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten vorhersagen lässt (für eine Übersicht siehe Karney und Bradbury 1995). Im Vergleich zu zufriedenen Paaren zeigten belastete Paare häufiger negative Indikatoren während ihrer Interaktionen (z. B. offene Kritik, Feindseligkeit, Abwehrliehungen), die zudem länger anhielten (z. B. Gottman und Notarius 2000). Darauf aufbauend wurde das *Kommunikations- und Problemlösetraining* (► Kap. 5.1.3 und ► Kap. 5.1.4) als heutige Standardinterventionen der verhaltenstherapeutischen Paar- und Familientherapie erprobt. Während dieser Trainings vermittelt der Therapeut zunächst hilfreiche und auf Fairness basierende Sprecher- und Zuhörerregeln, um anschließend die Partner für regelkonformes Verhalten während der Interaktionen kontingent zu verstärken. Im Rahmen einer familientherapeutischen Maßnahme werden diese Standardinterventionen zu Hause mit Angehörigen durchgeführt.

Wie auch bei der verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie wurde das paartherapeutische Vorgehen später durch *kognitive Interventionen* (► Kap. 5.1.5) ergänzt (Baucom und Lester 1986), sodass heute von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie (KVPT) gesprochen werden kann. Der erweiterten Modellbildung folgend (Epstein und Baucom 2002), sollen Therapeuten Erwartungen, Zuschreibungen und Überzeugungen der einzelnen Partner identifizieren und mithilfe von Techniken der kognitiven Umstrukturierung modifizieren. Außerdem werden repetitive Interaktionsmuster dem Paar psychoedukativ verdeutlicht und Gedanken, Gefühle und Motive identifiziert, modifiziert sowie umetikettiert (Jacobson 1989).

Während die bisher vorgestellten kognitiv-behavioralen Interventionen alle veränderungsorientiert sind, setzt ein neuerer Ansatz der KVPT auch auf Akzeptanz von ggf. auch unveränderlichen Unterschieden der Partner (Jacobson 1992). *Akzeptanzbasierte Interventionen* (► Kap. 5.1.6) versuchen das Verständnis für den anderen zu fördern, eine Distanz zum konflikthaften Thema zu schaffen, die Toleranz gegenüber den aversiven Verhaltensweisen des anderen zu erhöhen und die Autonomie beider Partner zu steigern (Jacobson und Christensen 1998). Im Vergleich zur KVPT zeigte sich, dass Paare von akzeptanzfördernden Strategien kurz- und langfristig hinsichtlich verschiedener Erfolgsmaße profitieren (Roddy et al. 2016).

Bereits früh bestand ein internationaler Austausch mit deutschen Wissenschaftlern (z. B. Jacobson et al. 1984), was sich auch durch die Veröffentlichung eines deutschsprachigen Manuals zeigt (Schindler et al. 2019). Zudem wurde der kognitiv-behaviorale Ansatz auf das Verständnis von *sexuellen Störungen* (► Kap. 5.2.3) und deren Behandlung angewendet (Zimmer 1985). Außerdem wurde im deutschsprachigen Raum das herkömmliche Vorgehen modifiziert, um die *partnerschaftliche Unterstützung und Bewältigung externer Belastungen* zu fördern (*bewältigungsorientierte Interventionen*, BOI; Bodenmann 2004, ► Kap. 5.1.7). So zeigte sich in einer kontrollierten Studie, die beispielhaft herausgegriffen wird, dass BOI im Vergleich zu individualtherapeutischen Ansätzen der interpersonellen Therapie bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depression vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich der Depressionswerte und Zufriedenheit mit der Partnerschaft erzielte (Bodenmann et al. 2008).

Allerdings war der Ausdruck von Emotionen in der BOI-Bedingung zusätzlich verbessert, wodurch die Rückfallwahrscheinlichkeit sinkt.

Wie aus der bisherigen Darstellung hervorgeht, ergibt sich aus dem Selbstverständnis der KVPT-Vertreter, dass diese nicht nur klinisch tätig sind und Modell- bzw. Prozessannahmen aufstellen, sondern auch die Wirksamkeit der Behandlung und deren Wirkfaktoren möglichst empirisch überprüfen. Früh lagen erste Meta-Analysen zur KVPT vor (Hahlweg und Markmann 1988; Dunn und Schwebel 1995).

Zudem wurde das Anwendungsspektrum erweitert, indem das herkömmliche Vorgehen zu differenzierten Ansätzen bei besonderen Herausforderungen (z. B. dem Umgang mit Paaren nach der *Offenlegung von partnerschaftlicher Gewalt*, ► Kap. 5.2.4, oder *Offenlegung einer sexuellen Außenbeziehung*, ► Kap. 5.2.2) angepasst wurde. Außerdem sind Ansätze der partner- bzw. familienunterstützenden Behandlungen psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen systematisch erprobt worden (für eine Übersicht Baucom et al. 1998): So gibt es bspw. Anleitungen für eine partnerunterstützte Exposition bei Agoraphobie (Abramowitz et al. 2011), für die verhaltenstherapeutische Familienbetreuung schizophrener bzw. bipolar erkrankter Angehöriger (Hahlweg et al. 2006) oder für die dyadische Unterstützung von Tumorerkrankungen (Heinrichs und Zimmermann 2008). Hervorzuheben ist auch die Entwicklung, breite Anwendung und Evaluation von Präventionsprogrammen für Paare (für einen Überblick siehe Job et al. 2014), die angesichts der gesundheitlich negativen Auswirkungen von Trennungen mehr Verbreitung finden sollten.

2 Verwandtschaft mit anderen Verfahren

Neben der KVPT ist die emotionsfokussierte Paartherapie (EFPT) ein weiterer empirisch-fundierter Ansatz. Dieser wurde von der kanadischen Paartherapeutin Dr. Susan Johnson in den 1980er Jahren entwickelt und basiert im Wesentlichen auf bindungstheoretischen, neurowissenschaftlichen und systemischen Annahmen (Greenman et al. 2019). Das primäre Ziel der EFPT ist der Aufbau von funktionalen Interaktionsmustern, die auf die spezifischen Bindungsbedürfnisse beider Partner abgestimmt sind (Johnson 2019). Hierzu wird in einem ersten Schritt das emotionale Erleben der Partner durch den Therapeuten zugänglich gemacht und aktiviert. In einem zweiten Schritt werden die Interaktionsmuster der Partner restrukturiert. Dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen den Partnern entstehen nach EFPT als Resultat von unsicheren Bindungserfahrungen und führen dazu, dass Bindungsstress maladaptiv ausgedrückt wird und zur Distanzierung der Partner beiträgt. Durch das Bewusstmachen von intrapsychischen und interpersonellen Aspekten der dysfunktionalen Interaktionsmuster sollen sichere Bindungserfahrungen zwischen beiden Partnern gestärkt werden. In der EFPT werden Paare systematisch angeleitet, die eigenen Emotionen und Bedürfnisse wahrzunehmen, auf die des anderen einzugehen und sich dyadisch für die Partnerschaft zu engagieren. Inzwischen wurde das manualisierte Vorgehen nicht nur bei unzufriedenen Paaren, sondern auch zur Behandlung von Depression und Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. zur gemeinsamen Bewältigung von Erkrankungen eines Kindes oder eines Partners angewendet (Wiebe und Johnson 2016). Im Vergleich zur verhaltenstherapeutischen Paartherapie – also der älteren Form, basierend auf sozialen Lerntheorien – zeigten sich in einer Meta-Analyse vergleichbare Effekte (Rathgeber et al. 2018).

Im deutschsprachigen Raum besonders verbreitet haben sich systemisch-orientierte Formen der Paartherapie. Sie beziehen sich auf eine Reihe von Therapieansätzen, die auf kommunikations- und systemtheoretischen sowie konstruktivistischen Annahmen basieren (z. B. Rohrbaugh und Shoham 2015; Simon 2015). Im Sinne der systemisch-orientierten Therapieansätze wird die Paardynamik von der Wechselwirkung von biologischen, intrapsychischen, interpersonellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren beeinflusst. Die zentrale Frage ist hierbei, welche »zirkulären Prozesse« die Paarkonflikte aufrechterhalten. Durch die Einbeziehung des sozialen Kontextes wird die Wechselbeziehung der Partner und der weiteren Umwelt auf der Ebene der Wirklichkeitskonstruktionen, des Verhaltens und der Interaktionsmuster betrachtet. In der systemischen Paartherapie werden überwiegend zirkuläre Interaktionsmuster fokussiert. Dabei wird angestrebt, dass Paare funktionalere Interaktionsmuster finden, neue Lösungsversuche unternehmen, flexibler auf die/ den Partnerin/Partner reagieren können und funktionale Narrative über sich als Person und Paar konstruieren. Jedoch lässt sich die Wirksamkeit dieser systemisch-orientierten Formen der Paartherapie auf die Partnerschaftszufriedenheit aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht einschätzen. Die Studienqualität entspricht häufig nicht den notwendigen wissenschaftlichen Standards. Zudem wurden Studien zur emotionsfokussierenden bzw. verhaltenstherapeutischen Paartherapie als Indiz für die Wirksamkeit der systemisch-orientierten Formen der Therapie herangezogen (z. B. Sydow 2015).

Alle drei genannten Ansätze zielen auf den Austausch von Bedürfnissen und Gefühlen der Paare ab. Bspw. wird das Aussprechen von Wünschen (»Ich-Botschaft«) in systemischen Ansätzen und im Kommunikationstraining der KVPT besonders gefördert. Wenn sich zu Behandlungsbeginn einer KVPT beim Aufbau positiver Reziprozität verstärkendes Verhalten des einen auf das Verhalten des anderen Partners auswirkt und die Rate positiver Verstärker sukzessive ansteigen soll, so lässt sich dasselbe Verhalten – gerade basierend auf sozialen Lerntheorien beschrieben – auch kommunikationstheoretisch bzw. systemisch verstehen. Auch ein Vorgehen der EFPT, die jeweiligen Bedürfnisse und Bemühungen der jeweiligen Partner herauszustellen, lässt sich während der psychoedukativen Vermittlung des Zwangsprozesses in der KVPT gut inte-