

Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

Gemeinsam Beziehung gestalten

Ein Vergleich des klientenzentrierten Ansatzes mit der Verhaltenstherapie im Kontext
von Paartherapie

Andrea Bögner

Erstgutachterin: Prof. Dr. Margit Ostertag

Zweitgutachterin: Hanna Moritzen

Abgabetermin: 10.08.2020

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, was die Unterschiede und Gemeinsamkeiten des klientenzentrierten Ansatzes und der Verhaltenstherapie im Kontext von Paartherapie sind. Dazu werden zunächst die Grundlagen und die Paartherapie der jeweiligen Therapieansätze separat beschrieben, um einen Überblick zu schaffen. Die Grundlagen bestehen aus den Begrifflichkeiten und der Entwicklung, dem Menschenbild, den Charakteristika und der Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft der jeweiligen Ansätze. Ihre paartherapeutischen Konzepte werden hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen, Indikationskriterien, Ziele und ihres therapeutischen Vorgehens beschrieben. Daraufgehend werden der klientenzentrierte Ansatz und die Verhaltenstherapie in den einzelnen Punkten, abgesehen von den Begrifflichkeiten und der Entwicklung sowie den theoretischen Grundlagen der Paartherapien, miteinander verglichen. Im Ergebnis zeigt sich, dass die beiden Ansätze zwar Gemeinsamkeiten aufzeigen, jedoch die Unterschiede erheblich überwiegen und sie somit im Gesamtbild sehr verschieden sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Klientenzentrierter Ansatz	2
2.1 Grundlagen	2
2.1.1 Begrifflichkeiten und Entwicklung.....	2
2.1.2 Menschenbild.....	3
2.1.3 Merkmale	5
2.1.4 Voraussetzungen einer gelingenden Partnerschaft	7
2.2 Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren nach Auckenthaler	10
2.2.1 Theoretische Grundlagen.....	10
2.2.2 Indikationskriterien	12
2.2.3 Ziele.....	14
2.2.4 Therapeutisches Vorgehen	16
3. Verhaltenstherapie.....	17
3.1 Grundlagen	17
3.1.1 Begrifflichkeiten und Entwicklung.....	17
3.1.2 Menschenbild.....	19
3.1.3 Grundprinzipien	21
3.1.4 Beziehungsqualität in der Partnerschaft.....	23
3.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie.....	25
3.2.1 Theoretische Grundlagen.....	26
3.2.2 Indikationskriterien	27
3.2.3 Ziele.....	29
3.2.4 Therapeutisches Vorgehen	30

4. Vergleich des klientenzentrierten Ansatzes mit der Verhaltenstherapie	32
4.1 Grundlagen	33
4.1.1 Menschenbild.....	33
4.1.2 Charakteristika.....	34
4.1.3 Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft	36
4.2 Therapie von Paaren.....	38
4.2.1 Indikationskriterien	38
4.2.2 Ziele.....	39
4.2.3 Therapeutisches Vorgehen	40
5. Zusammenfassung und Ausblick	40
Literaturverzeichnis.....	43
Eidesstattliche Erklärung	47

1. Einleitung

Partnerschaft ist etwas, was uns Menschen schon immer begleitet. Angefangen bei dem natürlichen Trieb der Fortpflanzung bis hin zur emotionalen Bindung, die sich zwischen zwei Menschen aufbaut. Mit jemandem sein Leben zu teilen, aufzubauen und vielleicht sogar mit diesem Menschen gemeinsam alt zu werden, kann etwas Wunderschönes sein. So betont auch Roesler: „Eine intime Zweierbeziehung ist eine der wichtigsten Quellen für Lebensfreude, psychische Stabilität und [...] auch für die körperliche und psychische Gesundheit“ (2018, S. 60). Jedoch hält nicht jede Partnerschaft. So wurden im Jahr 2019 bei rund 416 000 Eheschließungen im gleichen Jahr etwa 149 000 Ehen geschieden (Statistisches Bundesamt, 2020). Die Trennungsraten zusammenlebender Paare, die nicht verheiratet sind, wird noch höher geschätzt (Hahlweg, 2020, S. 80). Doch warum lassen sich Paare trennen beziehungsweise scheiden? Die Partnervermittlung ElitePartner machte dazu eine Studie und befragte 2.957 deutsche Erwachsene, was sie veranlassen würde eine Beziehung zu verlassen beziehungsweise sich zu trennen (2017, S. 23). Daraus ergab sich, dass eine langfristige Affäre der meistgenannte Trennungsgrund ist (ebd.). Weitere Gründe können unter anderem ein Seitensprung eines Partners, fehlender Freiraum in der Beziehung, vernachlässigte Körperhygiene, starke Eifersucht eines Partners, fehlende Zärtlichkeiten sowie mangelnder Austausch in der Beziehung sein (ebd.).

Die Gründe können vielfältig sein. Jedoch lässt sich nicht jedes Paar gleich scheiden beziehungsweise trennt sich, sondern sucht stattdessen oft erst eine Paartherapie auf, um die Beziehung zu retten. Dabei „werden Paare psychologisch [...] begleitet und unterstützt, partnerschaftliche Konflikte aufzuarbeiten und zu überwinden“ (Keller, 2014, S. 18). Die Paartherapie wird meistens von Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen und Seelsorgern angeboten (ebd.). Für die psychologische Arbeit mit Paaren werden auch andere Begriffe wie Paarberatung und Paarcoaching verwendet, wobei die Grenzen fließend ineinander übergehen (ebd.). Um es einheitlich zu halten, wird jedoch im weiteren Verlauf der Arbeit allein der Begriff Paartherapie verwendet.

Die Paartherapie besteht aus vielen verschiedenen Ansätzen, wie der Familientherapie, Sexualtherapie, Systemischen Paartherapie oder der Psychodynamischen Paartherapie (Keller, 2014, S. 18f.). Auch die Verhaltenstherapie sowie der klientenzentrierte Ansatz liefern paartherapeutische Konzepte, auf welche sich diese Arbeit bezieht. Die

Forschungsfrage dieser Arbeit lautet demnach: Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten des klientenzentrierten Ansatzes und der Verhaltenstherapie im Kontext von Paartherapie? Um diese Frage zu beantworten, werden im Folgenden zuerst beide Ansätze separat voneinander vorgestellt. Dabei werden sie in ihren Grundlagen und in ihrem paartherapeutischen Konzept beleuchtet. Aufbauend auf diese Erarbeitungen werden die Ansätze im vierten Kapitel miteinander verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Perspektiven herauszuarbeiten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zudem in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet, es sind jedoch alle Geschlechter miteinbezogen.

2. Klientenzentrierter Ansatz

2.1 Grundlagen

Im Folgenden werden die Grundlagen des klientenzentrierten Ansatzes vorgestellt. Dazu gehören die Begrifflichkeiten und Entwicklungen, das Menschenbild, die Merkmale und zuletzt die Voraussetzungen einer gelingenden Partnerschaft.

2.1.1 Begrifflichkeiten und Entwicklung

Der klientenzentrierte Ansatz wurde vom amerikanischen Psychologen Carl Rogers, der von 1902 bis 1987 lebte, entwickelt (Weinberger, 2013, S. 19). Die Arbeiten von Rogers lassen sich in drei Phasen aufteilen (Boeger, 2018, S. 76; Weinberger, 2013, S. 22). Anfänglich sprach Rogers in seinen Arbeiten in den Jahren 1938 bis 1950 von der nicht-direktiven Therapie (Kriz, 2014, S. 193). Ab 1951 jedoch nutzte er die Bezeichnung der klientenzentrierten und später vermehrt den Begriff der personzentrierten Therapie (ebd.). Im deutschen Sprachgebrauch wurde der Ansatz von Rogers durch Tausch unter dem Begriff der Gesprächspsychotherapie eingeführt (ebd.), der ein gleichnamiges Lehrbuch dazu veröffentlichte (Tausch & Tausch, 1979), was den Therapieansatz in Deutschland populär machte (Boeger, 2018, S. 76). So übernahm die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie diese Bezeichnung, wie sie auch im Gesundheitsbereich überwiegend benutzt wird (Kriz, 2014, S. 193). In der Schweiz und in Österreich wird vor allem von der Personzentrierten Psychotherapie gesprochen (ebd.). In Deutschland wird der Begriff der Gesprächspsychotherapie verwendet, wenn damit das heilkundliche Verfahren gemeint ist (ebd.). Die Bezeichnung der Personzentrierten Psychotherapie wird benutzt, wenn „es um die grundlegende

Konzeption insgesamt geht“ (ebd.). Rogers kann neben Skinner und Freud als eine „der bedeutendsten und einflussreichsten Personen auf dem Gebiet der Psychotherapie bezeichnet werden“ (Boeger, 2018, S. 76). Sein Ansatz war mehrere Jahrzehnte eines der „drei am stärksten etablierten Psychotherapieformen“ (ebd.), neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie (Kriz, 2014, S. 193).

Wie bereits erwähnt, durchliefen die Arbeiten von Rogers mehrere Phasen. Den Begriff non-direktiv verwendete er, um sich von der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse, die eine direktive Position handhaben, erheblich abzugrenzen (Boeger, 2018, S. 76). Danach kam die Bezeichnung klientenzentriert auf, da er betonen wollte, dass in der Beratung nicht das Problem im Zentrum steht, sondern der Klient und seine Persönlichkeitsentwicklung (ebd.). Später wollte Rogers seinen Ansatz nicht nur auf Psychotherapie und Beratung beschränken, denn er sah ihn als Angebot, um alle Formen zwischenmenschlicher Beziehungen zu verbessern (ebd.). Dazu schreibt Rogers Folgendes:

„ich spreche nicht mehr bloß über Psychotherapie, sondern über einen Standpunkt, eine Philosophie, eine Lebenseinstellung, die auf jede Situation anwendbar sind, in der das *Wachstum* – einer Person, einer Gruppe oder einer Gemeinschaft – eines der angestrebten Ziele ist“ (Rogers, 2019, S. 12).

Er entwickelte Erziehungsprogramme für Lehrer und Schüler, Trainingsprogramme zur Kommunikationsverbesserung für Eltern und ihren Kindern sowie Managerprogramme für berufliche Beziehungen (Boeger, 2018, S. 76). So nannte Rogers die klientenzentrierte Therapie nun den personenzentrierten Ansatz (2019, S. 12), der auch als personenzentrierter Ansatz bezeichnet wird (Boeger, 2018, S. 76). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff der klientenzentrierten Therapie beziehungsweise des klientenzentrierten Ansatzes verwendet, da es sich hierbei um ein Beratungs- und Therapiesetting handelt.

2.1.2 Menschenbild

Rogers gehört mit seinem Ansatz zur humanistischen Psychologie¹ (Weinberger, 2013, S., 24). Er ist, neben Allport, Maslow, May und Bugental, einer ihrer Begründer und leistete einen erheblichen Beitrag zu deren Entwicklung (Boeger, 2018, S. 76f.; Weinberger, 2013, S. 24). Die humanistische Psychologie geht davon aus, dass in jedem

¹ Die humanistische Psychologie entstand als Gegenmodell zum Behaviorismus und zur Psychoanalyse (Boeger, 2018, S. 76) und wird daher in der Psychologie auch als „dritte Kraft“ (Kriz, 2014, S. 185) bezeichnet.

Menschen ein „innewohnende[s] Bedürfnis nach konstruktiver Veränderung und Selbstverwirklichung“ (Weinberger, 2013, S. 24) besteht und der Mensch „in seinem tiefsten Inneren gut [ist]“ (Boeger, 2018, S. 77). Völker zeigt vier zentrale Annahmen des humanistischen Menschenbildes auf (1980, S. 16-20), die im Folgenden vorgestellt werden.

Der erste Grundgedanke ist, dass der Mensch Autonomie anstrebt, wobei er gleichzeitig in wechselseitiger Abhängigkeit zu seiner sozialen Verantwortung steht. Er will sich von seiner postnatalen biologischen und emotionalen Abhängigkeit lösen und eine „Unabhängigkeit von äußerer Kontrolle“ (Völker, 1980, S. 16) erlangen. Der Mensch entwickelt ein aktives Selbst, das immer mehr in der Lage ist, in seiner eigenen Entwicklung einzugreifen und Verantwortung für sein eigenes Leben zu tragen, jedoch in Abhängigkeit von seiner sozialen Verantwortung. Denn lediglich ein selbstverantwortlicher Mensch kann auch Verantwortung für das Kollektiv übernehmen. „Eine Person, die entdeckt hat, daß [sic!] sie sich selbst ändern kann“ (ebd., S. 17), ist auch fähig, ihren Beitrag zu wichtigen Veränderungen der Umwelt zu leisten (ebd., S. 16f.).

Die nächste grundlegende Annahme des humanistischen Menschenbildes ist die Selbstverwirklichung des Menschen. Der Mensch ist – auch wenn seine primären Bedürfnisse erfüllt sind – weiterhin aktiv, lebendig sowie unternehmungslustig. Er tendiert dazu, sich selbst und die Umwelt zu entdecken, ist wissbegierig und strebt danach, seine „schöpferische[n] Fähigkeiten zu entfalten“ (Völker, 1980, S. 17). Aus diesem Grund gehen Rogers und andere Humanisten davon aus, dass der Organismus² zusätzlich Selbstaktualisierungstendenzen bzw. Wachstumsbedürfnisse als grundlegende Antriebskräfte besitzt. Diese entstehen im stetigen Austausch mit der sozialen Umwelt. Die Tendenz des Organismus meint zum einen „die Freisetzung des menschlichen Potentials an konstruktiven Kräften“ (ebd., S. 18), zum anderen, dass er seine bereits bestehenden Anlagen und Fähigkeiten entfaltet und differenziert (ebd., S. 17f.).

Eine weitere zentrale Annahme ist, dass menschliches Leben und jedes psychische Geschehen grundsätzlich ziel- und sinnorientiert sind (Völker, 1980, S. 18). Die „Inhalte des Bewusstseins [sind] immer auf Objekte außerhalb des Bewusstseins“ (ebd.) fokussiert und lassen eine Verbindung zwischen innerer und äußerer Realität entstehen

² Mit Organismus ist die physische und psychische Ganzheit beziehungsweise Einheit des Menschen gemeint (Weinberger, 2013, S. 24).

(ebd.). Die zielgerichteten Tendenzen finden sowohl bewusst als auch unbewusst statt (ebd., S. 19). Der Mensch strebt nach einem „sinnvollen und erfüllten Dasein“ (ebd.), wobei die Art und Weise wie er lebt und handelt von bestimmten Werten wie Freiheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde geprägt sind (ebd.). Der letzte Punkt der zentralen Annahmen ist die Ganzheit (ebd., S. 19). Sie bedeutet, dass „der ganze Mensch als handelndes Subjekt betrachtet wird, als biologisches, psychisches und soziales Wesen“ (ebd., S. 20). Zu jedem psychischen Prozess und zu jeder Handlung trägt der ganze Mensch bei (ebd.).

Rogers vertritt darüber hinaus die Ansicht, dass „der menschliche Organismus [...] in seiner Tendenz und seiner Richtung im Kern konstruktiv ist“ (Rogers, 2019, S. 7). Der Mensch ist zudem vertrauenswürdig, sozial und pro-aktiv (Höger, 2012a, S. 25; Stumm & Keil, 2018, S. 4). Diese Perspektive ist zwar als optimistisch anzusehen, jedoch nicht als naiv (Stumm & Keil, 2018, S. 4). Denn hierbei ist zu betonen, dass Rogers damit die Kernnatur des Menschen meint und nicht alle „verhaltensmäßigen Manifestationen“ (ebd.), die ebenso auch von Grausamkeit, Feindseligkeit, Negativität und Antisozialität erfüllt sein können (ebd.). Diese Verhaltensweisen sind das „Ergebnis von Abwehrprozessen“ (Höger, 2012a, S. 25). Rogers glaubt, dass sich der Mensch, wenn er die Wahl hat und sich dessen voll bewusst ist, für die „konstruktive[...] Wahl in Richtung auf soziale Harmonie [entscheidet]“ (2019, S. 7) Er ist der Ansicht, dass „diese konstruktiven Potentiale in einem wachstums- und entwicklungsfördernden psychologischen Klima freigesetzt werden können“ (ebd.).

2.1.3 Merkmale

Das klientenzentrierte Konzept wird durch bestimmte Merkmale charakterisiert (Höger, 2012a, S. 21). Eines davon ist das Wachstum des Klienten in einer therapeutischen Beziehung (ebd., S. 22). Rogers Grundidee ist, dass das Individuum eine eigene Tendenz zum Wachstum hat, „die auch die konstruktiven Veränderungen in der Psychotherapie trägt“ (ebd.). Somit ist die Psychotherapie ein Prozess der Entwicklung, der sich in der therapeutischen Beziehung entfaltet (ebd.). Demnach liegt der Fokus in der klientenzentrierten Psychotherapie auf der Wahrnehmung des Klienten von sich selbst im jeweils gegenwärtigen Zeitpunkt und auf seiner Selbstakzeptanz in der therapeutischen Beziehung (ebd.). Diese derzeitige therapeutische Beziehung ist somit die hauptsächlich treibende Kraft des Ganzen (ebd.), wobei sich der Klient durch ein spezielles Beziehungsangebot selbst besser versteht und sich dadurch im Verhalten und in seiner Einstellung ändert (Weinberger, 2013, S. 23). Denn günstige Beziehungs-

bedingungen führen dazu, dass sich das Entwicklungspotenzial des Klienten in einer konstruktiven Weise entfaltet (Stumm & Keil, 2018, S. 4). Wie bereits erwähnt, kommt dies in einem wachstumsfördernden Klima zustande, wofür wiederum drei Bedingungen erfüllt sein müssen: die Kongruenz, die bedingungslose positive Zuwendung und das einfühlsame Verstehen (Rogers, 2019, S. 67), die in Kapitel 2.2.4 dargestellt werden. Somit stellen nicht die angewandten Methoden, sondern die Art der Beziehungsgestaltung den ausschlaggebenden Wirkfaktor dar (Weinberger, 2013, S. 21).

Ein weiteres Merkmal der klientenzentrierten Therapie ist die „Nicht-Direktivität“ (Höger, 2012a, S. 22). Sie bedeutet, dass sich der Therapeut nicht einmischt, sondern auf den Menschen und seine eigenen „Tendenz in Richtung auf Wachstum [vertraut]“ (ebd.). Der Therapeut gibt nicht in erster Linie Ratschläge, Ermahnungen, Erklärungen und Interpretationen ab (Weinberger, 2013, S. 22f.). Er stellt seine eigenen Ideen, wie der Klient sein Leben gestalten sollte, zurück, damit der Entwicklungsprozess nicht behindert wird und der Klient mehr Eigeninitiative erlangt (Höger, 2012a, S. 23). Jedoch führte der Begriff der nicht-direktiven Therapie zu Missverständnissen, da dies als nicht-aktiv oder als passives Nichts-Tun verstanden wurde, weswegen Rogers die Bezeichnung der klientenzentrierten Therapie einführte (ebd., S. 22; Weinberger, 2013, S. 23). Entgegen den genannten Missverständnissen muss der Therapeut sehr aktiv sein, wenn beim Klienten ein selbstgesteuerter konstruktiver Prozess zustande kommen soll (Höger, 2012a, S. 22). Zum einen fungiert er als Anreger und Begleiter für den Klienten, damit dieser „sich dem eigenen Erleben, seinen Wahrnehmungen, Gefühlen, Bedürfnissen, Motiven und Zielen [zuwendet], um sie näher zu erkunden und seine Ressourcen zu aktivieren“ (ebd.). Zum anderen achtet der Therapeut darauf, was der Klient sagt und was er in nonverbalen Signalen ausdrückt und versucht herauszufinden, was in der gegenwärtigen Situation im Klienten vorgeht (ebd.). Zur Anregung seiner Selbstwahrnehmung oder um Ungenauigkeiten und Unzutreffendes richtig zu stellen, zeigt der Therapeut dem Klienten das Ergebnis des Ganzen auf (ebd.). Wichtig ist hierbei, dass der Therapeut sich nicht als Experte für das Innenleben des Klienten sieht (ebd.). Vielmehr versucht der Therapeut konstanten Kontakt zum Erleben des Klienten und seiner inneren Welt aufzubauen, wobei allein der Klient entscheidet, ob der Therapeut dabei erfolgreich ist (ebd., S. 22f.). „Deshalb schwingt auch in Äußerungen des Therapeuten [...] stets die Frage mit: ‚Habe ich das richtig verstanden? Ist das so?‘“ (ebd., S. 22). Als positive Konsequenz daraus entstehen seitens des Klienten vermehrt Gefühlsäußerungen, positive Impulse sowie konstruktive Handlungen in seinem Alltag

(ebd.). Hierdurch steigen einerseits auch die Einsicht und Unabhängigkeit, andererseits sinkt die Hilfsbedürftigkeit (ebd.). Höger setzt sich zudem mit der Frage auseinander, was ein Therapeut darf und was nicht und beschreibt dazu eine handlungsleitende Perspektive für Gesprächspsychotherapeuten. Darin betont er, dass es in der Therapie darum geht, festzustellen, was in der gegenwärtigen Situation angemessen ist und den Klienten zu unterstützen, sich selbst wahrzunehmen und zu verstehen sowie seine Autonomie zu stärken (ebd.). Dies ist das grundlegende Ziel und alle Maßnahmen, die dazu führen, sind angemessen und alle, die nicht dazu führen oder sogar das Gegenteil bewirken, sind unangebracht (ebd., S. 23). Vorschläge sind also nicht generell abzulehnen, wenn die therapeutische Beziehung gefestigt ist und der Klient weiß, dass er eigenverantwortlich ist (ebd.). Wichtig ist, dass bei der Einbringung einer Idee diese ausschließlich als Vorschlag dargestellt wird und zusammen mit dem Klienten seine Gedanken, Gefühle und Intentionen dazu besprochen werden (ebd.). Solange eine vertiefte Selbstwahrnehmung seitens des Klienten daraus folgt, ist das therapeutische Ziel gegeben (ebd.). Führt es hingegen dazu, dass bei Einwänden vom Klienten der Therapeut das Bedürfnis hegt, seine Idee zu verteidigen, geht es somit in erster Linie nicht um den Klienten, sondern um den Therapeuten, was den therapeutischen Prozess nicht begünstigt oder sogar hemmt (ebd.).

Ein weiterer Kernaspekt des klientenzentrierten Ansatzes ist, dass in der Therapie nicht das Problem und dessen Lösung im Mittelpunkt steht (Weinberger, 2013, S. 23) oder die Beseitigung des Symptoms (Höger, 2012a, S. 24), sondern der Klient als „einmaliges Individuum“ (Weinberger, 2013, S. 23). Das Ziel ist es, den Klienten „dabei zu unterstützen, sich eigenständig zu entwickeln und dadurch eine bessere Integration seiner Person in sich und in seine Umgebung zu erreichen“ (Höger, 2012a, S. 24). So wird der Klient in die Lage versetzt, sich seinen derzeitigen und auch seinen zukünftigen Problemen besser zu stellen und sie zu bewältigen (ebd.).

2.1.4 Voraussetzungen einer gelingenden Partnerschaft

Rogers beschäftigte sich erst spät in seinem Leben mit Partnerschaften (Biermann-Ratjen, Eckert & Höger, 2012, S. 315). In seinem Buch „Partnerschule“ (Rogers, 1975) geht es um die Beziehung von Paaren und ihr Zusammenleben (Biermann-Ratjen et al., 2012, S. 315). Jedoch stellt es weder einen Ratgeber, eine Sammlung statistischen Materials (Rogers, 1975, S. 10), noch eine systematische Darstellung von Paartherapie (Eckert, 2006, S. 423) dar. Rogers schreibt in dem Buch über „eine Reihe von Teilerfahrungen, Wahrnehmungen und Bildern einer Vielzahl von Partnerschaften“

(Rogers, 1975, S. 10), die er über Gespräche und Briefe erfuh (ebd., S. 8). Es ging ihm darum, ein Bild über das Sein einer Paarbeziehung zu vermitteln, „wie sie von innen wahrgenommen [,] [...] gelebt und erfahren wird“ (ebd., S. 7). Diese „höchst persönliche ‚Sicht von Innen‘“ (ebd., S. 8) betrachtet Rogers als beste Lernquelle, welche er wertfrei vorstellt (ebd., S. 10). Rogers setzt sich damit auseinander, inwiefern bestimmte Merkmale zu identifizieren sind, die darauf schließen lassen, dass die Paarbeziehung für beide von Bedeutung ist und wahrscheinlich auch dauerhaft sein würde, „oder ob andere Elemente auf das gegenteilige Ergebnis schließen lassen“ (1975, S. 170.). Rogers stellt hierzu vier Überlegungen beziehungsweise Merkmale vor (ebd., S. 170-177). Auckenthaler (1983, S. 67) und Linster (2000, S. 297) merken an, dass diese Merkmale als Voraussetzungen beziehungsweise Bedingungen einer gelingenden Partnerschaft gemeint sind.

Hingabe und Bindung beziehungsweise Verpflichtung stellen das erste Merkmal dar. Für ihn bedeutet dies in einer Partnerschaft Folgendes: „Wir beide verpflichten uns zu gemeinsamer Arbeit an dem wechselnden Prozeß [sic!] unserer derzeitigen Beziehung, weil diese Beziehung unsere Liebe und unser Leben bereichert und wir möchten, daß [sic!] sie wächst“ (Rogers, 1975, S. 172). Er erklärt, dass diese Verpflichtung individuell eingegangen wird, aber die unentwegte Arbeit von beiden Partnern gemeinsam geleistet werden muss. Diese Arbeit geht davon aus, dass eine Beziehung ausschließlich von Dauer ist, wenn sie vor allem im Hier und Jetzt gelebt wird. Die Arbeit startet nicht den Versuch, vergangene oder zukünftige Problematiken zu klären, außer diese beeinträchtigen das Leben beider Partner. Die Arbeit betrachtet die Paarbeziehung als „fließenden Strom“ (ebd.) und nicht als „statische Struktur“ (ebd.), die als selbstverständlich gilt. In dieser Arbeit steht nicht die eigene Person im Vordergrund, sondern die unmittelbare Beziehung zwischen den Partnern (ebd., S. 170ff).

Kommunikation ist das zweite wesentliche Merkmal, das eine beständige und glückliche Paarbeziehung gelingen lässt. Rogers meint damit, dass die Partner sowohl positive als auch negative Gefühle dem anderen gegenüber zum Ausdruck bringen sollen, so wie sie selbst diese in sich verstehen „als lebendigen und gegenwärtigen Teil [...] [ihres] Ich“ (Rogers, 1975, S. 174). Dabei zeigen die Partner Verständnis sowie Einfühlungskraft einander, unabhängig davon, ob die Reaktion darauf „anklagend und kritisch oder teilend und selbstdarstellend ist“ (ebd.). Diese Art der Kommunikation – auch wenn sie nur zum Teil ausgeübt wird – trägt einen großen Teil zu einer dauerhaften und glücklichen Partnerschaft bei. Je weniger beide Partner vor dem jeweils anderen etwas verbergen,

desto stärker wirkt sich dies auf das Wachsen, die Veränderung und Entwicklung in der Paarbeziehung aus. Wichtig ist, dass diese Art der Kommunikation von beiden Seiten durchgeführt wird und nicht auf Dauer einseitig ist, da dies sonst die Entwicklung und das Wachsen der Beziehung hemmt (ebd., S. 172ff.).

Als drittes Merkmal nennt Rogers die Aufhebung der Rollen: „Wir wollen entsprechend unseren eigenen Empfindungen leben und uns nicht von den Wünschen, den Vorschriften und Erwartungen anderer formen lassen“ (Rogers, 1975, S. 174f.). Er meint damit, dass nicht nach den Erwartungen der Religion, der Gesellschaft oder der Eltern eine Partnerschaft gelebt werden sollte, da sonst deren Entwicklungsprozess beeinträchtigt und ihr geschadet wird. Er stellt fest, dass in einer für beide Partner befriedigenden Beziehung die Rollen immer mehr an Bedeutung verlieren, „bis die Erwartungen praktisch völlig verschwinden“ (ebd., S. 174). Jedoch sind all diese Erwartungen nicht von Grund auf negativ zu bewerten. Partner können ihre Beziehung entsprechend dieser Erwartungen führen, solange diese die eigenen Gefühle wiedergeben und die Partner selbst sich dafür entschieden haben (ebd., S. 174f.).

Das letzte Merkmal nach Rogers, welches er als einer der wichtigsten Faktoren bezeichnet, ist, eine selbständige Person zu werden. Eine Partnerschaft wird zufriedenstellender, „wenn jeder Partner im zunehmenden Maße er selbst wird“ (Rogers, 1975, S. 175). Denn „je selbständiger beide werden, desto größer ist die Chance für eine starke Bindung“ (ebd.). Rogers erläutert fünf Aspekte, um zu erklären, was es heißt, eine selbständige Person zu werden. Der erste ist die Entdeckung des eigenen Selbst. Es bedeutet, dass eine Person fortlaufend versucht, „ihren inneren Gefühlen näherzukommen“ (ebd.). Jedes Individuum nimmt wahr, dass in seinem „Innern“ (ebd.) komplexe und vielfältige Dinge vorgehen. Es lernt, diese verschiedenen Reaktionen „als echten Teil seiner selbst zu akzeptieren“ (ebd.), was den zweiten Aspekt, die Selbstakzeptanz, darstellt. Das Individuum fängt somit an, sich selbst zu „besitzen“ (ebd., S. 176). Der dritte Aspekt ist, dass sich die Person von allen Masken und Fassaden löst und somit nicht nur ihre Stärken, sondern auch ihre Schwächen offenbart und sich zeigt wie sie wirklich ist. Der vierte Aspekt stellt die Erfahrungswerte einer Person dar. Jeder entwickelt einen „Inneren Ort der Bewertung“ (ebd.), was bedeutet, dass der Mensch Erfahrungen danach bewertet, was er selbst im Innersten dabei empfindet und nicht danach wie es andere, beispielsweise die Eltern oder die Gesellschaft, bewerten. Als letzten Aspekt, zeigt Rogers auf, dass dieser Prozess eines Partners, er selbst zu werden, mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass er den

anderen Partner in diese Richtung des Wachsens mitzieht. Denn Rogers sieht es als „Anfang vom Ende einer Partnerschaft“ (ebd., S. 177), wenn nur der eine Partner diesen Prozess des Wachsens durchläuft und der andere nicht, da dies zu einer zunehmenden Entfremdung führen kann (ebd., S. 175ff.).

2.2 Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren nach Auckenthaler

Wie bereits erwähnt, beschäftigte sich Rogers erst spät mit Partnerschaften und entwickelte auch keine systematische Darstellung von Paartherapie. Die klientenzentrierte Psychotherapie wurde grundsätzlich als Einzeltherapie entwickelt und erforscht (Eckert, 2006, S. 423). Daneben entstanden klientenzentrierte Konzepte für Gruppen sowie für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Familien (ebd.). Solch ein Konzept für die Paartherapie fehlte bis Anna Auckenthaler (1983) eine theoretische Modellierung zur klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren ausarbeitete. Ihre Arbeit stellt einen wichtigen Schritt „in Richtung einer theoretisch fundierten klientenzentrierten Paartherapie [dar]“ (Biermann-Ratjen et al., 2012, S. 315). Andere Autoren setzten ebenfalls den klientenzentrierten Ansatz mit dem Setting Paartherapie in Verbindung: unter anderen Esser und Schneider (1989), Linster (2000), Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2016, S. 214-217) sowie O’Leary (2018) und Finke (2019, S. 349-356). In dieser Arbeit wird jedoch die klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren gemäß Auckenthaler (1983) aufgezeigt, da diese zum einen sehr umfangreich und differenziert dargestellt wird und sie sich zum anderen sehr an den Theorien von Rogers orientiert. Als Grundlage ihrer theoretischen Modellierung verbindet Auckenthaler die Theorie der Therapie (Rogers, 2016, S. 46-55) und die Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen nach Rogers (ebd., S. 72-78) und erweitert, konkretisiert und spezifiziert diese (Auckenthaler, 1983, S. 59). Da der Rahmen dieser Arbeit begrenzt ist, kann auf diese beiden Theorien von Rogers jedoch nicht näher eingegangen werden.

Im Folgenden werden zunächst die theoretischen Grundlagen beleuchtet und daraufhin die klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren bezüglich ihrer Indikationskriterien, Ziele und ihres therapeutischen Vorgehens aufgezeigt.

2.2.1 Theoretische Grundlagen

Bevor auf die theoretische Modellierung der klientenzentrierten Partnertherapie näher eingegangen wird, sind zuerst bestimmte Fachbegriffe gemäß Rogers zu erklären, die Auckenthaler verwendet: das Selbst, die Erfahrung, Symbolisierung und die Inkongruenz. Das Selbst beziehungsweise das Selbstkonzept bezieht „sich auf die

organisierte, in sich geschlossene Gestalt“ (Rogers, 2016, S. 31). Sie setzt sich zusammen aus der Wahrnehmung einer Person von ihren Eigenschaften (Höger, 2012b, S. 59), den Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen sowie zwischen dem Ich und verschiedenen Lebensaspekten, (Rogers, 2016, S. 31), beispielsweise einer Schwangerschaft oder dem Tod (Höger, 2012b, S. 59). Die Bewertungen, die mit diesen Wahrnehmungen beziehungsweise Erfahrungen verbunden sind, sind miteingeschlossen (ebd.).

Als Erfahrung bezeichnet Rogers alles, „was sich innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick abspielt“ (2016, S. 27). Anders als im alltäglichen Sprachgebrauch bezieht sich die Erfahrung nicht auf ein Ereignis in der Vergangenheit, sondern sie geschieht in der Gegenwart (Höger 2012b, S. 51f.). Sie beinhaltet alles, was im gegenwärtigen Augenblick dem Bewusstsein grundsätzlich zugänglich sein kann (ebd., S. 52). Es kommt also nicht darauf an, ob sie der Person bewusst ist oder sich im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit befindet oder nicht (ebd.). Beispielsweise kann eine Person Hunger haben, ohne es zu bemerken, weil sie sehr vertieft in ihrer Arbeit ist (Rogers, 2016, S. 27f.). Eine „Erfahrung ist die Gesamtheit aller Reaktionen der Sinnesfunktionen auf die Einflüsse der Außenwelt“ (Höger, 2012b, S. 52), was visuelle Eindrücke, Geräusche oder Tastempfindungen sein können, sowie auf die Vorgänge im Inneren des Organismus, wie Hunger, Durst, Schmerzen oder der Herzschlag (ebd.).

Den Begriff der Symbolisierung setzt Rogers mit Bewusstsein und Gewahrwerdung als Synonyme gleich (2016, S. 29). Das Bewusstsein oder die Gewahrwerdung ist „die Symbolisierung eines Ausschnittes unserer Erfahrung“ (ebd.). Diese drei Begriffe „werden somit als symbolische Repräsentation [...] eines Teils unserer Erfahrung gesehen“ (ebd.). Diese Repräsentation variiert in ihrer Schärfe und Klarheit, von einer undeutlichen Gewahrwerdung von etwas, „was tief innen existiert, bis hin zu einer scharfen Gewahrwerdung von etwas“ (ebd.), das im Mittelpunkt steht (ebd.). Die Symbolisierung muss nicht verbal geschehen (ebd.), sondern kann „auch andere Formen von Bewusstseinserscheinungen annehmen“ (Höger, 2012b, S. 54), wie Sinneswahrnehmungen, Körpererlebnisse oder Vorstellungen (ebd.). Inwieweit die Symbolisierung mit der Erfahrung übereinstimmt, kann variieren (ebd.). Erfahrungen sind exakt symbolisiert, „wenn sie vollständig und genau im bewussten Erleben abgebildet werden“ (ebd.). Die Symbolisierung einer Erfahrung kann auch unvollständig sein, „wenn nur ein Teil der bedeutsamen Erfahrungen im Bewusstsein repräsentiert wird“ (ebd.). Eine Erfahrung kann ebenso verzerrt, also „in entstellter Form“ (ebd.),

symbolisiert werden (ebd.). In dem Sinne, dass „ihr ursprünglicher Inhalt dermaßen verfälscht wird, dass er nicht mehr wiederzuerkennen ist“ (ebd.). Es kann auch sein, dass Erfahrungen nicht symbolisiert werden und dadurch dem Bewusstsein nicht zugänglich sind (ebd.).

Der nächste Begriff der Inkongruenz ist ein Zustand, der entsteht, wenn Widersprüche zwischen dem wahrgenommenen Selbst und der tatsächlichen Erfahrung vorhanden sind (Rogers, 2016, S. 35). Eine Person macht also Erfahrungen, die nicht mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmen (Weinberger, 2013, S. 27). Somit ist sie in einem Zustand der Spannung, der zu ungeordnetem oder unverständlichem Verhalten bei der betroffenen Person führen kann (Rogers, 2016, S. 35), da sie dadurch verletzlich oder ängstlich ist (ebd., S. 46). Die Person versucht diese Spannung zu lösen, indem sie die Erfahrung entweder verzerrt wahrnimmt, also verfälscht, oder sie vollständig verleugnet (Weinberger, 2013, S. 28), also verweigert (Rogers, 2016, S. 37). Gegensätzlich zur Inkongruenz ist die Kongruenz zu erwähnen. Ein Zustand der Kongruenz ist vorhanden, wenn die Erfahrungen des Organismus exakt symbolisiert werden (Höger, 2012b, S. 63). In dem Fall ist die Person mit sich selbst im Einklang und weitgehend ausgeglichen und sicher (ebd.). In der klientenzentrierten Therapie geht es demnach darum, die Inkongruenzen des Klienten zu verringern, also, „dass seine Erfahrungen vollständiger und genauer symbolisiert werden“ (ebd., S. 64).

2.2.2 Indikationskriterien

Das erste Kriterium für die Indikation³ der klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren ist, dass beide Partner in einem psychologischen Kontakt zu einem Therapeuten stehen. Das bedeutet zudem, dass es nicht reicht, wenn ein Partner sich zugänglich macht und der andere nur „beisitzt“ (Auckenthaler, 1983, S. 91), ohne auf den Therapeuten zu reagieren und nur dem Partner zuliebe mitgekommen ist. Das zweite Indikationskriterium ist, dass beide Partner miteinander in Kontakt sein und kommunizieren wollen, auch wenn dies nur in einem geringen Ausmaß ist. Denn dieser Wunsch „impliziert eine Zustimmung zum Ziel der klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren“ (ebd., S. 92). Die Voraussetzung für das Ziel ist, dass, trotz der Verteidigungshaltung der Partner, beide bereit sind, sowohl den jeweils anderen verstehen und akzeptieren zu wollen, als auch „sich vom anderen verstehen und akzeptieren zu lassen“ (ebd.). Das dritte und

³ Indikation ist ein Anzeichen beziehungsweise eine „aus der Diagnose sich ergebende Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden“ (Wahrig, 1984, S. 302).

vierte Kriterium zeigen die Art der Beziehungsstörung auf, was die Voraussetzung für die Indikation zur klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren darstellt. Diese besagen zum einen, dass sich beide Klienten in einem Zustand der Inkongruenz befinden sowie verletzlich und ängstlich sind. Zum anderen, dass die Inkongruenzen beider Partner folgende Auswirkungen auf ihre Paarbeziehung haben (ebd., S. 91f.).

Die Kommunikation zwischen den Partnern „ist widersprüchlich und/oder mehrdeutig bzw. oberflächlich“ (Auckenthaler, 1983, S. 71) und sie erleben diese Kommunikationsweise vom jeweils anderen (ebd.). Dies entsteht, weil Menschen, die inkongruent sind, kaum Bereitschaft zeigen, sich selbst mitzuteilen und die Kommunikation fast ausschließlich über Äußerlichkeiten geschieht (ebd., S. 74). Beide Partner sind verletzlich und nehmen sich somit „gegenseitig als potentiell bedrohlich wahr“ (ebd., S. 71), weswegen die Wahrnehmung zueinander verzerrt ist (ebd.). Aus diesem Grund können sie sich einander nicht einführend verstehen, was wiederum dazu führt, dass beide das wenige Verständnis vom jeweils anderen bemerken (ebd., S. 72). Aufgrund der potentiellen Bedrohung, die sie gegenseitig wahrnehmen, sind sie nicht fähig, einander bedingungslos wertzuschätzen und merken dies auch gegenseitig (ebd.). Je stärker beide Partner wahrnehmen, dass sie vom jeweils anderen weder genau verstanden noch bedingungslos akzeptiert werden, desto weniger werden sie ihre Gefühle zum Ausdruck bringen und den anderen einführend verstehen (ebd.). Durch die Ungenauigkeit und die Verzerrung der Wahrnehmung wird ein Verteidigungsverhalten beider Partner immer wahrscheinlicher (ebd.). Insbesondere wenn sich die Partner gegenseitig überwiegend negative Gefühle mitteilen, kann es dazu führen, dass „sie jene Aspekte der Erfahrung, die sie nicht genau in ihrem Bewusstsein symbolisieren, aufgrund defensiver Wahrnehmungsverzerrung beim anderen wahrnehmen“ (ebd.). Das würde dazu führen, dass beide Partner sich voneinander „in dem Ausmaß bedroht [fühlen], indem diese Aspekte der Erfahrung in Beziehung zu ihren eigenen Inkongruenzen stehen, und sie verhalten sich defensiv“ (ebd.). Dauert dieser Prozess fort, nimmt die gegenseitige Verteidigungshaltung zu, wird die Kommunikation zwischen den Partnern immer oberflächlicher, wird sowohl die Wahrnehmung zu einem selbst als auch zum anderen immer starrer und die Inkongruenz beider Partner zwischen dem Selbst und der Erfahrung nimmt zu (ebd.). So erleben beide Partner ihre Beziehung als unbefriedigend (ebd.).

Bei den eben dargestellten Inkongruenzen und Auswirkungen der Paarbeziehung wird deutlich, dass die Partner vor allem bei dem jeweils anderen die Schuld für die

unbefriedigende Beziehung sehen. Sie fühlen sich vom Partner weder verstanden noch bedingungslos akzeptiert. Dieses Gefühl äußert sich dann beispielsweise durch ein abwehrendes Verhalten gegenüber dem Partner (Auckenthaler, 1983, S. 74).

2.2.3 Ziele

Um das Ziel der klientenzentrierten Psychotherapie mit Paaren zu verstehen, geht Auckenthaler zunächst auf das Ziel der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers ein. Das Ziel der Therapie nach Rogers ist „eine Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst in Richtung Selbstempathie, bedingungslose Selbstwertschätzung und Kongruenz“ (Auckenthaler, 1983, S. 59). Aus ihrer paartherapeutischen Sichtweise betont Auckenthaler, dass diese Beziehungsveränderung des Klienten zu sich selbst automatisch dazu führt, dass sich dementsprechend die Beziehung zu anderen ebenfalls wandelt (ebd., S. 59f.).

„Nach erfolgreicher Therapie ist der Klient ‚beziehungsfähiger‘; er ist fähig, sich auf eine andere Beziehung zu sich *und* anderen einzulassen, indem er sich *und* andere realistischer und genauer wahrnimmt, seine Gefühle sich selbst *und* anderen besser zugänglich macht (d.h. [...] sie anderen besser mitteilt), sich *und* andere besser versteht und akzeptiert“ (Auckenthaler, 1983, S. 60f.).

Dies hat zwar zur Folge, dass sich das Beziehungsangebot ändern kann, aber es besagt noch keine Verbesserung der Beziehung, also dass beide nun zufrieden mit dieser sind. Denn es reicht nicht aus, wenn nur ein Partner in einer Beziehung dem anderen wertschätzend und einführend gegenübersteht, sondern es ist wichtig, dass beide diese Haltung zueinander einnehmen, damit die Beziehung als befriedigend erlebt werden kann. Deswegen fokussiert sich die konstruktive Veränderung in Persönlichkeit und Verhalten bei Auckenthalers Arbeit auf den „Bereich der Kommunikation“ (Auckenthaler, 1983, S. 66). Diese Wechselseitigkeit der Kongruenz, unbedingten Wertschätzung und dem einfühlsamen Verstehen in der Paarbeziehung stellt den Unterschied zur therapeutischen Beziehung dar, auf die in Kapitel 2.2.4 näher eingegangen wird, da bei dieser nur der Therapeut gegenüber den Klienten diese Haltung einnimmt (ebd., S. 66f.).

Auckenthaler beschreibt zudem das Ergebnis der klientenzentrierten Partnertherapie, wobei sie die therapeutischen Auswirkungen auf die Beziehung der Partner zueinander vorstellt. Die erste Auswirkung ist, dass bei beiden Partnern „Erfahrung, Symbolisierung der Erfahrung im Bewusstsein und Kommunikation [übereinstimmen]“ (Auckenthaler,

1983, S. 76f.). Diese Kongruenz ist zudem als klare Kommunikation erlebbar. Beide Partner „sind in dem Bereich, über den sie miteinander kommunizieren, nicht mehr verletzbar“ (ebd., S. 77) und nehmen sich dadurch einander genau und realitätsangepasst wahr. Somit können sie einander einfühlsam verstehen. Des Weiteren fühlen sich beide Partner verstanden, was zur Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Wertschätzung führt. Somit können sie sich auch gegenseitig bedingungslos wertschätzen. Der letzte Punkt ist, dass beide Partner sich in einer Beziehung erleben, die durch gegenseitige Kongruenz, einfühlsames Verstehen und bedingungslose Wertschätzung gekennzeichnet ist. Diese sechs Auswirkungen müssen bestehen, damit die Paartherapie als erfolgreich gelten kann (ebd., S. 76f.).

Zusammenfassend zielt die klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren darauf ab, dass beide Partner die Beziehung zu sich selbst zuerst einmal verändern in Richtung erhöhter Selbstempathie, bedingungslose Selbstwertschätzung und Kongruenz (Auckenthaler, 1983, S. 78f.). Das bedeutet, dass die Klienten einen „genaueren und vollständigeren [...] Zugang zum eigenen Erleben, [...] [beispielsweise] zu ihren Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen“ (Eckert, 2006, S. 425) entwickeln und sie bedingungslos sowie positiv beachten können (ebd.). Die Erreichung dieses Ziels ist unabdingbar, um eine Verbesserung der Beziehung zwischen den Partnern zu ermöglichen (Auckenthaler, 1983, S. 79). Auckenthaler versteht unter einer Verbesserung der Beziehung lediglich die oben beschriebenen Auswirkungen der Beziehung (ebd., S. 85). Das Ziel ist erreicht, wenn sowohl die Veränderung der Beziehung als auch die Veränderung der Kommunikationsweise zwischen den Partnern möglich ist (ebd. S. 83). Umfang und Inhalt der Kommunikation wird jedoch den Klienten selbst überlassen (ebd.). Wichtig ist zudem, dass die drei Haltungen der Kongruenz, Empathie und bedingungslose Wertschätzung nicht immer konstant und gleichbleibend sein müssen (ebd., S. 86). Vielmehr geht es darum, dass die Partner fähig sind, diese Haltungen zueinander – „innerhalb der Grenzen, die sie selber setzen“ (ebd.) – einzunehmen (ebd.). Also kommt es auf die Bereiche an, über die die Partner kommunizieren möchten (ebd., S. 66). Das bedeutet außerdem, dass das Ziel der Therapie nicht unbedingt das Zusammenbleiben der Partner ist, sondern auch eine Trennung ein möglicher Ausgang sein kann (ebd., S. 85). Hier könnte sich die Kommunikation dann auf den Bereich beschränken, der beispielsweise die Notwendigkeit und Form der Trennung beinhaltet (ebd.). Durch die Therapie können die Partner dann fähig werden, „miteinander empathisch, bedingungslos wertschätzend und kongruent über ihre Trennung zu sprechen“ (ebd.).

2.2.4 Therapeutisches Vorgehen

Wie bereits in Kapitel 2.1.3 erwähnt, ist ein wachstumsförderndes Klima notwendig, damit das Entwicklungspotenzial des Klienten sich in einer konstruktiven Weise entfalten kann. Der Therapeut bietet dem Klienten eine bestimmte Art von Beziehung an und wenn der Klient diese annimmt, findet bei ihm eine Veränderung statt (Auckenthaler, 1983, S. 14). Damit dieses wachstumsfördernde Klima zustande kommt, sind drei Bedingungen zu erfüllen (Rogers, 2019, S. 67). Diese stellen das „Fundament für die Behandlungspraxis“ (Stumm & Keil, 2018, S. 18) der klientenzentrierten Psychotherapie dar und werden auch als Kernbedingungen (ebd.) oder häufig als die „drei therapeutischen Kern- oder Basismerkmale“ (Finke, 2019, S. 33) bezeichnet. Die Kongruenz, die bedingungslose positive Zuwendung und das einfühlsame Verstehen (Rogers, 2019, S. 67f.). Diese sind als therapeutische Haltung beziehungsweise Einstellung zu verstehen (Finke, 2019, S. 33). Die Kongruenz bedeutet so viel wie Echtheit beziehungsweise Ganzheit (Rogers, 2016, S. 38). Der Therapeut muss authentisch (Finke, 2019, S. 46), also er selbst sein und „kein professionelles Gehabe und keine persönliche Fassade“ (Rogers, 2019, S. 67) gegenüber dem Klienten vorzeigen (ebd.). In der Beziehung zum Klienten ist der Therapeut transparent (ebd.). Zudem ist er seinem inneren Erleben nicht nur bewusst, sondern es kann auch in der Beziehung zum Klienten gelebt werden und wenn es angemessen ist, auch kommuniziert werden (ebd.). Zusammenfassend ist Kongruenz die „genaue Übereinstimmung [...] zwischen dem körperlichen Empfinden, dem Gewahrsein und den Äußerungen gegenüber dem Klienten“ (ebd.).

Die zweite Kernbedingung ist die bedingungslose positive Zuwendung, die auch Akzeptanz oder Wertschätzung genannt wird. Es geht darum, dass der Therapeut den Klienten so wie er gegenwärtig ist, auf positive Weise akzeptiert und seine Gefühle ausleben lässt. Der Therapeut erweist dem Klienten eine vollends, bedingungslose Wertschätzung (Rogers, 2019, S. 67f.).

Die dritte und letzte Kernbedingung, also das einfühlsame Verstehen oder auch Empathie genannt (Rogers, 2016, S. 44), bedeutet, dass „der Therapeut genau die Gefühle und persönlichen Bedeutungen spürt, die der Klient erlebt“ (Rogers, 2019, S. 68) und dieses Verstehen dem Klienten gegenüber zum Ausdruck bringt (ebd.). Idealerweise ist der Therapeut „so sehr in der privaten Welt“ (ebd.) des Klienten, dass er nicht nur die Bedeutungen, die dem Klienten bewusst sind, verstehen kann, sondern auch diejenigen, die „knapp unterhalb der Bewusstseinschwelle [liegen]“ (ebd.). Rogers

nennt es eine „Art des sensiblen, aktiven Zuhörens“ (ebd.), welche eine der „mächtigsten Kräfte der Veränderung“ (ebd.) ist. Diese Bedingungen führen zu einer Veränderung beim Klienten, da Menschen, die akzeptiert und geschätzt werden, dazu neigen, eine fürsorglichere Haltung zu sich selbst zu entwickeln (ebd.). Wird ihnen einfühlsam zugehört, können sie ihr inneres Erleben klarer wahrnehmen (ebd.). Versteht und schätzt sich ein Mensch selbst, erlangt sein Selbst mehr Kongruenz mit seinen Erfahrungen, wodurch er authentischer wird (ebd.).

Auckenthaler nimmt diese Bedingungen auch in ihrer theoretischen Modellierung auf, die besagt, dass der Therapeut gegenüber beiden Klienten kongruent, bedingungslos wertschätzend und empathisch sein muss (1983, S. 72). Wichtig ist hierbei, dass das therapeutische Beziehungsangebot auch von beiden Partnern wahrgenommen und „zumindest ansatzweise angenommen wird“ (ebd., S. 73), was gemäß Auckenthaler auch als Indikationskriterium zu betrachten ist (ebd., S. 95). Anzumerken ist, dass die drei Merkmale nicht konstant durchgehalten werden können, sondern lediglich zeitweise zu erfüllen sind (ebd., S. 86). Zu betonen ist außerdem, dass eine Verbesserung der Beziehung zueinander ohne direkte Bearbeitung des Therapeuten entsteht (ebd., S. 79). Es geht nicht um eine direkte Beeinflussung der Beziehung, sondern der Fokus liegt auf den Voraussetzungen einer Beziehung, also dass der Einzelne beziehungskompetent wird (ebd.). Somit ist für die Erreichung des Ziels nicht unbedingt nötig, dass beide zusammen die Therapie antreten, sondern sie auch einzeln durchgeführt werden kann (ebd., S. 101). Ob eine gemeinsame oder getrennte Therapie erfolgen soll, entscheiden lediglich die Klienten (ebd.).

3. Verhaltenstherapie

3.1 Grundlagen

In diesem Kapitel werden die Grundlagen der Verhaltenstherapie aufgezeigt. Sie beinhalten die Begrifflichkeiten und ihre Entwicklung, das Menschenbild, die Grundprinzipien und zuletzt die Beziehungsqualität in der Partnerschaft

3.1.1 Begrifflichkeiten und Entwicklung

Der Begriff der Verhaltenstherapie stellt keine Bezeichnung für einen einzelnen psychotherapeutischen Ansatz oder eine einzelne klare Therapiemethode dar (Kriz, 2014, S. 125; Margraf, 2018, S. 5). Er beschreibt stattdessen „eine sehr große und

heterogene Gruppe von Ansätzen, die sich im Einzelnen stark unterscheiden“ (Kriz, 2014, S. 125). Aufgrund bestimmter gemeinsamer Grundkonzepte hat sich trotzdem der Begriff der Verhaltenstherapie etabliert, die zum ersten Mal zwischen 1953 und 1959 unabhängig voneinander von Skinner, Wolpe und Eysenck verwendet wurde (ebd., S. 125f.; Reinecker, 2005, S. 2). In der Verhaltenstherapie gibt es nicht die eine Gründerfigur (Margraf, 2018, S. 4; Reinecker, 2005, S. 2). Die Anfänge ihrer Entwicklung kamen fast gleichzeitig, jedoch relativ unabhängig voneinander durch verschiedene Wissenschaftler auf (Reinecker, 2005, S. 2). Die Entwicklung der Verhaltenstherapie lässt sich in drei Phasen unterteilen: die klassische Verhaltenstherapie, die kognitive Wende und die dritte Welle der Verhaltenstherapie (Batra, 2013, S. 27ff.). Die klassische Verhaltenstherapie entstand aus dem Behaviorismus (ebd., S. 27). Ende der 1920er Jahre wurde als Gegenbewegung zur Psychoanalyse versucht, allein durch empirische Beobachtungen das menschliche Verhalten zu verstehen und daraus Gesetzmäßigkeiten zu erschließen (ebd.). Im Behaviorismus wurden diese Beobachtungen zu vorhersagbaren Verhaltensweisen bei Tieren auf den Menschen übertragen (ebd.). Dadurch konnte aus den ermittelten Gesetzmäßigkeiten Handlungsstrategien für eine Verhaltensveränderung entwickelt werden (ebd.). Die Konzepte unter anderem von Pawlow, dem Begründer der klassischen Konditionierung (ebd.), Thorndike und Watson stellen den Ursprung der Verhaltenstherapie dar (Kriz, 2014, S. 126). Aus deren Arbeiten entstanden in den 1930er Jahren weitere Konzepte unter anderem von Hull und Skinner (ebd.; Batra, 2013, S. 27). Skinners Ansatz verfolgte die Überzeugung, dass sich das Verhalten durch Lernerfahrungen verformen lässt (Batra, 2013, S. 27). Außer ihm zeigten die genannten Wissenschaftler jedoch wenig Interesse und Beteiligung, Therapiekonzepte zu entwickeln und zu erproben, sondern betrieben vor allem Grundlagenforschung zu Lernprozessen insbesondere durch Tierversuche (Kriz, 2014, S. 126). Abgesehen von einzelnen Studien entstanden verhaltenstherapeutische Techniken explizit für die klinische Praxis somit erst in den 1950er Jahren (ebd., S. 127). Die Verhaltenstherapie als offizielle Therapierichtung etablierte sich deswegen erst in den 1960er Jahren (Kriz, 2014, S. 127). Zu den Urvätern der behavioralen Verhaltenstherapie zählt Wolpe, der die Methode der systematischen Desensibilisierung zur Bekämpfung von Phobien entwickelte (Batra, 2013, S. 27). Das Ziel der ersten verhaltenstherapeutischen Ideen war überwiegend die Steuerung des Verhaltens (Batra, 2013, S. 27). Die klassische behavioristische Verhaltenstherapie betrachtete die „innerpsychischen Prozesse“ (ebd.) als nicht relevant für die Erklärung von Verhalten (ebd.). Durch die Übertragung auf den Menschen, erkannte die klinische

Verhaltenstherapie jedoch, dass „Einstellungen, Erwartungen und kognitive Werthaltungen sowie emotionale Erfahrungen [...] relevante Faktoren für die Ausbildung des Handelns und komplexen Verhaltens [sind]“ (ebd.). Somit wurde festgestellt, dass kognitive Prozesse, also Gedanken und Einstellungen eines Menschen, ebenso das Verhalten beeinflussen (Boeger, 2018, S. 186). Demnach ging es darum, die Kognitionen herauszufinden und zu verändern (ebd.).

Diese Erkenntnis war der Auslöser für die kognitive Wende beziehungsweise zweite Welle der Verhaltenstherapie (Boeger, 2018, S. 186), die um die 1960er Jahre aufkam (Batra, 2013, S. 27), wodurch die „Einseitigkeiten des klassischen Behaviorismus“ (Kriz, 2014, S. 125f.) überwunden wurden (ebd.). Seit dieser Wende wird heutzutage zum Beispiel „Gefühlen, der Fähigkeit zur Selbstregulation, der Körperarbeit und der therapeutischen Beziehung ein großer Stellenwert eingeräumt“ (ebd.). Wichtige Vertreter der kognitiven Wende sind Bandura, Ellis, Beck, Seligmann, Kanfer, Meichenbaum, Lazarus (Boeger, 2018, S. 165) und Mahoney (Kriz, 2014, S. 135).

Die dritte Welle beziehungsweise emotionale Wende der Verhaltenstherapie entstand in den 1990er Jahren (Boeger, 2018, S. 186). Diese wurde von Young ausgelöst, der herausfand, dass die bisher in der Psychotherapie nicht beachteten Emotionen eine grundlegende Relevanz besitzen (ebd.). In der dritten Welle kamen immer mehr Methoden auf, in denen den Gefühlen eine stärkere Bedeutung zukommen (ebd.) und biographische Aspekte sowie der Beziehungsaspekt und emotionale Erfahrungen eine größere Relevanz besitzen (Batra, 2013, S. 29). Auch Konzepte, die Achtsamkeit und Akzeptanz in die kognitive Verhaltenstherapie integrieren, sind entstanden, wie die Akzeptanz- und Commitment-Therapie nach Hayes (ebd.). Die dritte Welle besteht auch aus integrativen Ansätzen, die verschiedene Perspektiven, also biologische, behaviorale, kognitive und psychodynamische, zusammensetzt und somit schulenübergreifend ist (ebd.).

3.1.2 Menschenbild

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 beschrieben wurde, durchlief die Verhaltenstherapie verschiedene Phasen, weswegen sich auch das Menschenbild dementsprechend weiterentwickelte. Der Behaviorismus basiert auf dem Positivismus nach John Locke mit der grundlegenden Annahme, dass der Mensch ein „unbeschriebenes Blatt [ist] und [...] erst durch die Erfahrungen mit der Umwelt zu einer Persönlichkeit [wird]“ (Boeger, 2018, S. 161). Skinner betont, dass das Verhalten allein von Umweltreizen abhängig ist

und nicht von inneren Reizen (ebd.). Für das Verständnis von Mensch und Tier nahmen die frühen Behavioristen das Vorbild einer Maschine, dessen Inneres eine „Black Box“ (ebd., S. 163) darstellt, in die nicht hineingesehen werden kann (ebd.). Wie diese Maschine funktioniert, kann nur durch den Input, also den Reiz und durch den Output, also die Reaktion, ermittelt werden, wohingegen die inneren Prozesse der Black Box nicht von Interesse sind (ebd.). Skinner bestritt nicht die Existenz der inneren Prozesse beziehungsweise der inneren Welt des menschlichen Organismus, aber er hielt es nicht für notwendig diese zu verstehen (ebd., S. 164). Vielmehr sei es wichtig, das menschliche Verhalten durch äußere Einflussnahme in die „richtige Richtung“ (ebd.) zu lenken (ebd.). Nach dem Behaviorismus wird zusammenfassend das Verhalten nicht von der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und damit auch nicht von seinen Motiven und seinem Selbstkonzept beeinflusst, sondern die Beeinflussung kommt lediglich von außen (ebd.). Somit „ist der Mensch ein passives Wesen, von seiner Umwelt gesteuert und damit Opfer der Umweltbedingungen“ (ebd., S. 165).

Heutzutage bezieht das Menschenbild der Verhaltenstherapie auch andere Aspekte mit ein (Boeger, 2018, S. 156). Seit der Kognitiven Wende werden die inneren beziehungsweise kognitiven Prozesse, wie Bewertungen und Interpretationen, ebenso beachtet (ebd.). Der Ansatz der Kognitiven Wende sieht den Menschen als ein „aktives, sich selbst steuerndes Wesen, dessen Verhalten keinesfalls nur von äußeren Reizen gesteuert wird“ (ebd., S. 178). Vielmehr wird die Reaktion durch die „subjektive Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung des wahrgenommenen Reizes [entschieden]“ (ebd.). Somit interpretieren Menschen Reize und Situationen auf unterschiedliche Weise (ebd., S. 156). Aus diesem Grund sind die unterschiedlichen Reaktionen der Menschen nicht nur auf ihre „individuelle Lerngeschichte“ (ebd.) zurückzuführen, sondern auf ihre verschiedenen Interpretationen (ebd.). Für Bandura ist der Mensch kein „passives Opfer von Umweltreizen“ (ebd.), sondern er interagiert mit der Umwelt (ebd.). Der Mensch ist fähig zur Selbstreflexion und zu einer grundlegenden Selbstbestimmung (Schuch, 2000, S. 761). Umweltgeschehnisse nimmt er nicht nur wahr, sondern bewertet und beeinflusst diese, so wie auch die Umwelt ihn beeinflusst (ebd.). Somit ist eine gegenseitige Abhängigkeit vorhanden (Boeger, 2018, S. 165). Kanfer, Reinecker und Schmelzer merken an, dass der Mensch nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit strebt (2012, S. 13). Auch Mahoney, ebenso ein Vertreter der Kognitiven Wende (Kriz, 2014, S. 135), betrachtet den Menschen als „Wissenschaftler für die eigene Person“ (Mahoney, zit., n. Schuch, 2000, S. 761). Das bedeutet, er ist „fähig, sein Verhalten zu analysieren, zu verstehen

und zu verändern“ (Schuch, 2000, S. 761). Der Mensch ist autonom, sozial und strebt nach Weiterentwicklung (ebd.).

3.1.3 Grundprinzipien

Alle Methoden der Verhaltenstherapie unterliegen bestimmten Grundprinzipien (Margraf, 2018, S. 5), von denen einige im Folgenden gemäß Margraf (2018, S. 5ff.) sowie Wassmann und Batra (2013, S. 30f.) vorgestellt werden.

Eines davon ist, dass die Verhaltenstherapie grundlegend problemorientiert ist und an der aktuellen Problematik der Klienten ansetzt (Margraf, 2018, S. 6). Das therapeutische Vorgehen wird nach einer Problem- und Verhaltensanalyse individuell nach der jeweiligen Problematik und der Umgebung des Klienten ausgerichtet (Wassmann & Batra, 2013, S. 30). So gibt es für unterschiedliche Störungen dementsprechend auch verschiedene Verfahren, die individuell angewendet werden (Margraf, 2018, S. 6). Die Therapie beziehungsweise das „Veränderungsprogramm“ (Wassmann & Batra, 2013, S. 30) wird so spezifisch wie möglich an den Klienten angepasst, sodass auch bei ähnlichen Störungen die Vorgehensweisen sehr unterschiedlich sein können (ebd.). Neben der Lösung des gegenwärtigen Problems wird zudem darauf hingearbeitet, die grundlegende Problemlösefähigkeit zu stärken, was entweder „indirekt durch Transparentmachen des therapeutischen Vorgehens und Vermittlung neuer Erfahrungen“ (ebd.) geschehen kann oder auf direkte Weise durch gezielte Problemlösetrainings (Margraf, 2018, S. 6).

Ein weiteres Grundprinzip der Verhaltenstherapie ist die Orientierung an den prädisponierenden beziehungsweise vorausgehenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Problems (Margraf, 2018, S. 6; Wassmann & Batra, 2013, S. 31). Die Interventionen setzen an den Bedingungen an, deren Änderung für eine gesicherte Problemlösung erforderlich ist (Margraf, 2018, S. 6). Meistens betrifft das die aufrechterhaltenden Bedingungen für das Problem, da sie für das zukünftige Befinden des Klienten sehr relevant sind (ebd.). Die prädisponierenden und auslösenden Problembedingungen können hingegen meist nicht geändert werden, weswegen der Fokus vor allem auf deren gegenwärtigen Auswirkungen liegt (ebd.).

Das nächste Grundprinzip ist die Zielorientierung (Margraf, 2018, S. 6). Die Therapie schließt neben der Identifikation des Problems auch die mit dem Klienten gemeinsame Erarbeitung beziehungsweise Festlegung des zu erreichenden Ziels ein (Wassmann &

Batra, 2013, S. 30). Der Ansatzpunkt der Therapie ist das Problem, weswegen dessen Lösung zu erreichen das angestrebte Ziel darstellt und somit auch die Beendigung der Therapie bedeutet (Margraf, 2018, S. 6).

Das nächste Grundprinzip beschreibt die Handlungsorientierung der Verhaltenstherapie (Wassmann & Batra, 2013, S. 30). Für eine erfolgreiche Therapie, wird die aktive Mitarbeit des Klienten vorausgesetzt (ebd.). Die Therapie besteht also nicht nur aus Diskussion und Reflexion der Probleme, sondern es geht vor allem darum den Klienten „zum aktiven Erproben von neuen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien [zu motivieren]“ (Margraf, 2018, S. 6).

Als weiteres Grundprinzip strebt die Verhaltenstherapie an, die erzielten Änderungen auf den Alltag des Klienten zu übertragen (Margraf, 2018, S. 6; Wassmann & Batra, 2013, S. 30). In der Therapie bietet sich durch das Setting und eine günstige therapeutische Beziehung die Möglichkeit, das veränderte Verhalten und Erleben des Klienten „in einem geschützten Rahmen [einzuüben]“ (Margraf, 2018, S. 6). Jedoch stellt dies noch nicht die Übernahme in den Alltag sicher, weswegen die neu erarbeiteten Erkenntnisse und Verhaltensweisen des Klienten regelmäßig zwischen den Therapiesitzungen geübt werden müssen (ebd.; Wassmann & Batra, 2013, S. 30). Manche Therapiesitzungen können zwar außerhalb der üblichen Räumlichkeiten wie der Praxis vollzogen werden, wobei der Therapeut den Klienten bei bestimmten Erfahrungen begleitet, jedoch ist das Ziel der Therapie „die Bewältigung ohne therapeutische Begleitung“ (Margraf, 2018, S. 6).

Ein weiteres Grundprinzip ist, dass die Verhaltenstherapie transparent ist (Wassmann & Batra, 2013, S. 31). Es ist wichtig, den Klienten darüber aufzuklären, wie sein Störungsbeziehungsweise Krankheitsbild aussieht, warum er dieses hat und wie das therapeutische Vorgehen dabei ist (Margraf, 2018, S. 6). Dies führt dazu, dass der Klient seine Lage versteht und seine Akzeptanz gegenüber den Therapiemaßnahmen höher ist (ebd.).

Das nächste und in dieser Arbeit das letzte aufgeführte Grundprinzip ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Margraf, 2018, S. 6). Die Verhaltenstherapie zielt immer auf die Hilfe zur Selbsthilfe ab und darauf, dass der Klient seine zukünftigen Probleme selbständig bewältigen kann (Wassmann & Batra, 2013, S. 31). Dadurch bestärkt die Verhaltenstherapie das „Selbsthilfepotential“ (Margraf, 2018, S. 6) der Klienten und geht präventiv gegen Rückfälle und die Entstehung neuer Probleme vor (ebd.).

3.1.4 Beziehungsqualität in der Partnerschaft

Das im Folgenden dargestellte Kapitel bezieht sich auf die kognitive Verhaltenstherapie und dient als Grundlage für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2019, S. S. VI), die in Kapitel 3.2 beschrieben wird.

Schindler et al. gehen darauf ein, wovon die Qualität einer Beziehung abhängt (2019, S. 33-44). Sie erwähnen verschiedene Studien wie von Bodenmann, aus dem Jahr 2016, und Gottman, aus dem Jahr 1994, die zeigen, dass der Grad der Partnerschaftsqualität vor allem von der Fähigkeit der Partner abhängig ist, „die Beziehung als belohnend zu gestalten sowie Fertigkeiten der offenen Kommunikation und konstruktiven Problemlösung einzubringen“ (ebd., S. 35). Die Interaktion der Partner ist also von zentraler Bedeutung für die erlebte Qualität beziehungsweise Atmosphäre der Paarbeziehung (ebd., S. 36). Die gegenseitige Interaktion „setzt sich zusammen aus den persönlichen Anteilen“ (ebd.) der Partner, welche wiederum aus drei Teilen besteht: den Einstellungen, den Beiträgen zur Alltagsinteraktion und den Beiträgen zur Konfliktlösung (ebd.). Diese werden im Folgenden genauer erläutert.

Die Einstellungen beziehungsweise Kognitionen unterteilen Schindler et al. in vier kognitive Muster (2019, S. 36ff.). Das erste ist, wertschätzend gegenüber dem Partner zu sein (ebd., S. 37). Es geht darum, dass vor allem die positiven Seiten des Partners im Vordergrund der Wahrnehmung stehen und darum, „seine besten Eigenschaften zu erkennen und zu fördern“ (ebd.). Es bedeutet, den Partner dabei zu unterstützen zu dem Menschen zu werden, der er sein möchte und ihn nicht nach eigenen Wunschvorstellungen zu manipulieren (ebd.). Fühlen sich beide Partner durch den jeweils anderen gestärkt, so ist es wahrscheinlicher, dass sie miteinander liebevoll umgehen und „beide die Beziehung als bereichernd erleben“ (ebd.). Auch gegenseitige Akzeptanz und Toleranz in einer Beziehung ist von Bedeutung (ebd.). Denn eine Beziehung besteht aus zwei unterschiedlichen Persönlichkeiten, in der durchaus Diskrepanzen entstehen können (ebd.). Nicht jede Eigenschaft des Partners muss dem anderen gefallen, aber anstatt zu bedauern, dass diese nicht den Wunschvorstellungen entspricht oder sie gar ändern zu wollen, ist es hierbei wichtig tolerant demgegenüber zu sein, „um den anderen so sein lassen zu können, wie er ist, und ihn als Gesamtpaket annehmen zu können“ (ebd.). Das dritte kognitive Muster ist die sogenannte Attribuierung (ebd., S. 38). Die vorhergenannten Grundeinstellungen tragen dazu bei, dass diese zustande kommt (ebd.). Sie bedeutet, dass negative Ereignisse nicht als persönliches Defizit angesehen werden, sondern äußeren Umständen zugeschrieben

werden (ebd.). Denn wird immer wieder der Partner als Schuldiger dargestellt, „bedeutet das, dem Partner im Zweifelsfall eine negative Absicht zu unterstellen, die vermeintlich aus ‚Eigenschaften‘ wie Egoismus oder mangelnder Liebesfähigkeit resultiert“ (ebd.). Die letzte Grundeinstellung ist die Vergebung (ebd.). Je länger eine intime Paarbeziehung besteht, desto eher ist auch eine Verletzung und Kränkung möglich (ebd.). Für eine gesunde Beziehung ist hierbei Vergebung sehr wichtig (ebd.). Sie ist „ein motivationaler Prozess, in dessen Verlauf die Motivation für Rache oder Rückzug vom Partner sinkt und die Motivation für wohlwollendes und versöhnliches Verhalten steigt“ (ebd.).

Auch die Gestaltung der Alltagsinteraktion in der Partnerschaft unterteilen Schindler et al. in vier Aspekte (Schindler et al., 2019, S. 38ff.). Der erste davon ist es, dem Partner Aufmerksamkeit und Zuwendung zu schenken, um ihm zu zeigen, „wie sehr er geschätzt und bewundert wird“ (ebd., S. 38). Schindler et al. betonen dies, da im Laufe einer Beziehung Gewöhnung und Routine im Alltag entstehen und dieser Aspekt dadurch zu kurz kommen kann (ebd.). Deswegen halten sie es für wichtig, „täglich Zeichen der Zuneigung und Anerkennung zu schenken“ (ebd.). Ein weiterer Aspekt ist Austausch und Verständnis in einer Partnerschaft (ebd., S. 39). Es geht darum, dass regelmäßig konstruktive Gespräche geführt werden, in denen sich die Partner gegenseitig emotional öffnen können sowie ihre Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse kommunizieren (ebd.). Der Zuhörende vermittelt dabei Aufmerksamkeit, Interesse und Akzeptanz (ebd.). In der Alltagsinteraktion sind zudem auch gemeinsame Unternehmungen und Rituale wichtig und dass das Paar sich bewusst Zeit füreinander nimmt (ebd.). Eine aktive Gestaltung der gemeinsamen Zeit lässt sich in drei Bereiche unterteilen (ebd., S. 40). Erstens soll der Alltag bewusst geteilt werden, zweitens sind gemeinsame Freizeitaktivitäten von Bedeutung und drittens sollen besondere Anlässe gefeiert werden (ebd.). Wichtig ist hierbei, dass gemeinsame Unternehmungen von beiden bewusst und aktiv gestaltet werden, Freiräume dafür geschaffen werden und beide initiativ sind (ebd.). Zur Alltagsinteraktion gehört als letzter Punkt auch die Stressbewältigung (ebd.). Sind einer oder beide Partner zuhause aufgrund von äußeren Einflüssen wie dem Arbeitsplatz gestresst, kann dies negative Auswirkungen auf die Atmosphäre in der Partnerschaft haben (ebd.). Der Stress kann sich dann entweder durch schnellere Gereiztheit und Aggressivität äußern oder durch das Bedürfnis nach mehr Ruhe (ebd.). Beide Verhaltensweisen „beeinträchtigen die Zweisamkeit, wirken sich auf den anderen Partner negativ aus und können zu massiven Konflikten führen“ (ebd.). Ist eine Stressbelastung dauerhaft, kann dies die Beziehung erheblich verschlechtern (ebd.). Um

dem entgegenzuwirken empfehlen Schindler et al. „individuelle Stressfaktoren rechtzeitig zu erkennen und Strategien für eine gemeinsame Bewältigung zu erarbeiten“ (ebd.).

Die Art und Weise der Konfliktlösung der Partner ist der letzte zentrale Punkt, der den Grad der Partnerschaftsqualität beeinflusst (Schindler et al., 2019, S. 41ff.). Hier betonen Schindler et al. zunächst, dass eine offene Kommunikation als grundlegende Voraussetzung für eine „zufriedenstellende Beziehungsgestaltung [gilt]“ (ebd., S. 41). So sind „konstruktive Kommunikationsfertigkeiten“ (ebd.) die unabdingbare Voraussetzung für die Erarbeitung von Lösungen bei Konflikten (ebd.). Konflikte sind hier als Diskrepanzen bezüglich persönlicher Auffassungen, Wünsche und Bedürfnisse zu sehen (ebd.), die in einer Beziehung zwangsläufig auftreten, da wie bereits erwähnt zwei unterschiedliche Persönlichkeiten mit verschiedenen Lebensvorstellungen aufeinandertreffen (ebd.). Um solche Konflikte erfolgreich zu lösen, ist eine offene Kommunikation notwendig (ebd.). Machen sich die Partner gegenseitig Vorwürfe und klagen sich an, ist das ein indirekter Ausdruck von Gefühlen (ebd., S. 42). Jedoch führt dies dazu, dass sich der andere verletzt fühlt oder sich ärgert und eine Verteidigungshaltung einnimmt (ebd.). Besser ist der direkte Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen, wodurch die Wahrscheinlichkeit erhöht wird „dass die Botschaft den Partner erreicht und er seinerseits konstruktiv reagiert“ (ebd.). Diese konstruktive Reaktion zeichnet sich dadurch aus, dass das Gegenüber auf die Gefühle und Bedürfnisse eingeht, also Empathie signalisiert und „direkte Rückmeldung über die empfangene Botschaft [gibt]“ (ebd.). Eine konstruktive Konfliktlösung zeigt sich somit durch den direkten Ausdruck eigener Sichtweisen und Gefühle, die Signalisierung von Empathie und Verständnis für das Erleben des anderen, das gemeinsame Fertigen einer fairen Lösung und die Bemühung, diese im Zusammenleben umzusetzen (ebd.).

3.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie

In der Verhaltenstherapie werden die ersten Artikel, die Techniken für den Bereich der Partnerschaft beinhalten, Ende der 60er Jahre von Lazarus und Stuart veröffentlicht (Schindler et al, 2019, S. 84). Zu den ersten verhaltenstherapeutischen Ansätzen von Paaren gehören die von Libermann und Mitarbeiter im Jahr 1976 und von Guerney im Jahr 1977 (Lindenmeyer, 2000, S. 15). Auch Bodenmann befasste sich mit der Verhaltenstherapie mit Paaren (2004), was „eines der wichtigsten behavioristischen Modelle der Paardynamik“ (Roesler, 2018, S. 209) im deutschsprachigen Raum darstellt (ebd.).

Jedoch verbreitete sich im deutschen Sprachraum vor allem das Paartherapiemanual von Schindler, Hahlweg und Revenstorf, das im Jahr 1982 zum ersten Mal veröffentlicht wurde (Lindenmeyer, 2000, S. 15). 2019 wurde die dritte Auflage dieses Buches publiziert (Schindler et al.) aus welchem in den folgenden Kapiteln auch zitiert wird. In der Paartherapie hat sich dieses Buch als Standardwerk etabliert (Schindler et al., 2019, S. VI). Die Autoren zeigen darin unter anderem die theoretischen Grundlagen zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie (KVPT) auf sowie die Therapie selbst (ebd., S. VI, 13-57, 83-102). Hahlweg allein schrieb in diversen Veröffentlichungen auch über die KVPT (2020; 2019; 2014), aus denen in den nächsten Kapiteln ebenfalls zitiert wird. Die KVPT ist „die am häufigsten untersuchte Paartherapie durchweg mit positiven Ergebnissen“ (Hahlweg, 2020, S. 83), weswegen sie für diese Arbeit ausgesucht wurde.

Im Folgenden werden zunächst die theoretischen Grundlagen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie beschrieben und anschließend ihre Indikationskriterien, Ziele und ihr therapeutisches Vorgehen.

3.2.1 Theoretische Grundlagen

Um die KVPT zu verstehen sind zunächst zwei Begriffe genauer zu erläutern: die Reziprozität und der Zwangsprozess. Ein zentraler Punkt für die subjektive Zufriedenheit beider Partner ist ein ausgewogenes Geben und Nehmen (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2019, S. 34). Durch das Geben des einen kommt bei dem anderen der Wunsch hoch, ebenfalls zu geben (ebd.). Dies nennt sich das Gesetz der Reziprozität⁴ (ebd.). Es meint, dass „Partner A Partner B belohnen möchte und belohnen wird, wenn Partner B ihn vorher belohnt hat – und umgekehrt“ (ebd., S. 35). Je selbstloser die Belohnungen sind, desto pflichtbewusster fühlt sich der andere, dies ebenso zurückzugeben (ebd.). Schindler et al. gehen dabei auf Gottmans Annahme eines „Bank-Account-Model[s]“ (Gottman zit. n. Schindler et al., 2019, S. 35), also eines Giro-Konto-Modells ein (Schindler et al., 2019, S. 35). Das Geben von Belohnungen gilt als Investition in die Paarbeziehung, wobei hier kein sofortiger Ausgleich von den Partnern gefordert ist (ebd.). Auf Dauer „bilanziert sich das ‚Konto‘ dann im positiven Bereich“

⁴ Reziprok bedeutet wechselseitig, aufeinander bezüglich oder auch umgekehrt (Drosdowski, 1989, S. 592).

(ebd.), auch bei unglücklichen Paaren, die „auf eine viel geringere Grundrate von Belohnungen blicken können“ (ebd.).

Im Laufe einer Beziehung können verschiedene Gefahren vorkommen, die diese verschlechtern können (Schindler et al., 2019, S. 49f.). Beispielsweise sehen die Partner die Beziehung als selbstverständlich an oder betrachten vorher geschätzte Eigenschaften nun als unattraktiv, wodurch die „Pflege der Beziehung“ (ebd., S. 49) nachlassen kann, was dazu führt, dass die Unzufriedenheit der Partner sich schleichend erhöht (ebd., S. 49f.). Auch große Veränderungen können eine akute Krise auslösen, wie die Erkrankung oder Arbeitslosigkeit eines Partners (ebd.). Durch diese Faktoren entsteht das Risiko, „dass Enttäuschungen ein kritisches Maß überschreiten [...] [und] zum Zusammenbruch der konstruktiven Interaktion führen“ (ebd., S. 49). Die Reziprozität in der Beziehung bricht zusammen, wenn ein Partner nicht mehr „die nötige Vorleistung an positivem Verhalten [gibt]“ (ebd.). Darüber hinaus wird er das Bedürfnis haben, seinen Partner entsprechend seinen Vorstellungen ändern zu wollen, wobei der andere Partner dies nicht tut, was den Anfang des Zwangsprozesses darstellt (ebd.; Hahlweg, 2020, S. 83): Beide Partner wenden Belohnungen und Bestrafungen an, um den anderen zu ändern (Hahlweg, 2020, S. 83). Bei unglücklichen Partnerschaften werden die zu erzielenden Verhaltensänderungen durch ineffektive Methoden umgesetzt (ebd.). Die zentrale Annahme ist, dass Maßnahmen zur Bestrafung wie Nörgeln, Anschreien oder Weinen zwar kurzfristig zum Erfolg führen, „aber langfristig zur reziproken Gegensteuerung und damit zu negativen Teufelskreisen“ (ebd.). Dies hat zunehmende ungeklärte Konflikte zur Folge „und die Partner verstricken sich in immer negativere Zirkel“ (ebd.). Zusätzlich werden die positiven Interaktionen immer geringer in der Partnerschaft, wodurch unter anderem die gegenseitige Anziehung nachlässt (ebd.). Beide Partner empfinden die Beziehung nicht mehr als ausgeglichen, das gegenseitige Vertrauen schwindet und das Prinzip der Reziprozität, also des Gebens und Nehmens, wird von beiden nicht mehr vollzogen (ebd.).

3.2.2 Indikationskriterien

Die Therapie von Paaren ist nach Hahlweg in zwei Fällen indiziert. Der erste Fall ist eine gestörte Paarbeziehung, die aus dauerhaften Konflikten besteht, in der die Partner sich emotional erheblich voneinander entfremdet haben. Der zweite Fall ist, wenn ein Partner oder beide psychische Störungen hat beziehungsweise haben und die Therapie entweder allein für die Behandlung der Störung oder als Unterstützung ausgeführt wird.

Hahlweg betont Faktoren, die die Paartherapie beeinträchtigen können, beispielsweise individuelle Probleme eines Partners wie eine Suchtproblematik oder „akute Phasen von psychotischen oder affektiven Erkrankungen“ (Hahlweg, 2019, S. 512). Es schränkt zudem den Therapieerfolg ein, wenn nur ein Partner für die Therapie bereit ist und der andere entweder nur dem Partner zuliebe erscheint oder gar nicht teilnehmen möchte (ebd.).

Partnerschaftliche Konflikte sind häufig Einflussfaktoren für die Entstehung beziehungsweise für das erneute Auftreten einer psychischen Störung. Dadurch nimmt die Bindung zum Partner erheblich ab, was wiederum „mit einem Rückgang vertrauensvoller und offener Kommunikation [zusammenhängt]“ (Hahlweg, 2019, S. 513). Gefühle werden nicht mehr direkt angesprochen, sondern eine zunehmende Kritik und Abwertung gegenüber dem Partner findet statt. Die gegenseitige Unterstützung bei individuellen Stresserfahrungen lässt nach und beide Partner bauen das Selbstwertgefühl des anderen nicht mehr auf, sondern „unterminieren“ (ebd.) es eher. Die familiäre Stressbelastung nimmt zu, „sodass bedeutende Komponenten positiver Reziprozität immer seltener werden und die gegenseitige Anziehung sinkt“ (ebd.). Die Wahrscheinlichkeit von Trennungsandrohungen sowie familiärer Gewalt steigt und die Erziehungskompetenz wird beeinträchtigt. Hahlweg betont jedoch auch, „dass die Ursache-Wirkungs-Richtung meist schwer zu bestimmen ist“ (ebd.). Die psychische Störung beziehungsweise Erkrankung eines Partners beeinflusst ebenso die Beziehungsqualität, da dieser meist dadurch eine geringere Sozialkompetenz hat und eher Auseinandersetzungen vermeiden möchte. Somit entstehen ungelöste Konflikte und Spannungen. Durch die Störung oder durch die Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung können außerdem die Intimität und Sexualität in der Beziehung negativ beeinflusst werden. Dies kann dazu führen, dass der Andere die Zuneigung seines Partners anzweifelt, wenn er die Ursache dafür nicht kennt. Die Interaktion in der Partnerschaft kann ebenfalls durch die psychische Erkrankung verändert werden in dem Sinne, dass die Partnerschaft sich daran anpasst und somit zur Aufrechterhaltung der Symptome der Störung beiträgt, diese verstärkt oder auch einen Rückfall nach vollendeter Therapie verursacht. Beispielsweise vermeidet der Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung bestimmte Situationen und der Partner unterstützt dieses Vermeidungsverhalten, was es wiederum verstärkt. Durch diesen Zusammenhang zwischen den Paarkonflikten und psychischen Störungen begründet Hahlweg, warum eine Therapie mit paartherapeutischen Interventionen sinnvoll ist. Jedoch zeigt der andere Partner nicht immer die Bereitschaft, sich an der

Therapie zu beteiligen, da es in erste Linie um denjenigen mit der psychischen Erkrankung geht. Deswegen betont Hahlweg, dass in solchen Fällen keine Paartherapie angeboten werden sollte, sondern eine Unterstützung der Betroffenen, mit der Störung und der daraus resultierenden partnerschaftlichen Belastung umzugehen (ebd.).

3.2.3 Ziele

Wie bereits beschrieben wird die Verschlechterung einer Beziehung so erklärt, dass Gewöhnungsprozesse, Enttäuschungen und Krisen den Zwangsprozess auslösen. Dadurch entsteht der Zusammenbruch der Reziprozität und der offenen Kommunikation. Es entstehen zunehmend ungelöste Konflikte, unerfüllte Wünsche und Streit. Folglich besteht eine unzufriedene Beziehung in einem hohen Maß aus „aversivem⁵ Verhalten, gegenseitigen Zuschreibungen und Vorhersagen, abnehmender Attraktion⁶, Zärtlichkeit und Sexualität sowie zunehmender Vermeidung des Anderen“ (Hahlweg, 2020, S. 84). Trotzdem empfinden die meisten Paare zueinander noch eine bestehende Bindung, da sie gemeinsame Erlebnisse und Erinnerungen teilen. Der jeweils andere „ist zu einem Teil der eigenen Lebensgeschichte geworden, von dem man sich nur sehr schwer trennt“ (ebd.). Paare beschreiben dies oft folgendermaßen: „Es geht nicht miteinander und es geht nicht ohne einander“ (ebd.). Daraus entsteht der Wille, therapeutische Unterstützung aufzusuchen (ebd.).

An dieser Bindung und den damit bestehenden Ressourcen und somit an der aktuellen Beziehungsgestaltung setzt die KVPT an (Schindler et al., 2019, S. 85). „Die Zufriedenheit mit der Beziehung ist das Produkt der gemeinsamen Interaktion“ (ebd.), weswegen der Kerngedanke der Therapie ist, die Partner bei der Neugestaltung der Beziehung zu unterstützen, damit wieder Zufriedenheit vorhanden ist (ebd.). Das Ziel dahinter ist, Interaktionsmuster zu schaffen, die eine zufriedenstellende Paarbeziehung charakterisieren (ebd.). Es geht darum den Zwangsprozess zu unterbrechen (Hahlweg, 2019, S. 518), die positive Reziprozität wiederherzustellen, eine offene Kommunikation wieder zu ermöglichen, „Wahrnehmung und Kognition konstruktiv zu verändern“ (Schindler et al., 2019, S. 85) und Attraktion, Zärtlichkeit sowie Sexualität wieder zum Vorschein zu bringen (ebd.). Die Veränderung der Emotionen und Kognitionen entsteht, „indem aktuell neues Verhalten entwickelt wird und damit neue positive Erlebnisse geschaffen werden, die den alten negativen Erfahrungen entgegengesetzt werden“

⁵ Aversion bedeutet Abneigung, Widerwille (Wahrig, 1984, S. 88).

⁶ Attraktion heißt Anziehung, Anziehungskraft (Drosdowski, 1989, S. 50).

(ebd.). Somit ist der erste Schritt die Erhöhung der positiven Reziprozität (ebd.). Dies kommt zustande, wenn „der Wahrnehmungsfokus von den Negativa auf die Positiva des Zusammenseins verlagert [wird]“ (ebd.). Im nächsten Schritt wird die offene Kommunikation gefördert, damit das innere Erleben der Partner für den jeweils anderen wieder transparent und verständlich ist (ebd.). Auch die Kommunikationsfertigkeiten werden gebessert, damit unter anderem eine gelungene Problemlösung zustande kommen kann (ebd.). Das Problemlösetraining unterstützt beim Abbau der Diskrepanzen innerhalb der Partnerschaft, „die zur Verschlechterung der Beziehung geführt haben“ (ebd.). So werden ebenfalls Kompromisse und „Toleranzspielräume [gebildet] und damit Streitauslöser systematisch abgebaut“ (ebd.).

Wichtig ist zudem, dass es bei der KVPT nicht darum geht, „um jeden Preis“ (Schindler et al., 2019, S. 134) die Partnerschaft aufrechtzuerhalten. Es wird zwar zunächst die Verbesserung der Beziehung angestrebt, wird dies jedoch im Laufe der Therapie nicht möglich, „kann dies eine Entscheidungshilfe für das Paar in Richtung auf eine Trennung darstellen“ (ebd.). Zum Entschluss der Trennung müssen die Partner dennoch selbst kommen, da der Therapeut nicht das Zugeständnis trägt, diese Entscheidung für das Paar zu treffen, da „es eine krasse Kompetenzüberschreitung wäre“ (ebd.).

3.2.4 Therapeutisches Vorgehen

Die KVPT bildet sich nach Hahlweg (2020, S. 85; 2019, S. 518; 2014, S. 59) sowie nach Schindler et al. (2019, S. 84-101) aus den folgenden Komponenten:

- Diagnostik und Verhaltensanalyse der Paarinteraktion
- Methoden zur Steigerung der positiven Reziprozität
- Kommunikations- und Problemlösetraining
- Kognitive Interventionen
- Verbesserung der gegenseitigen Akzeptanz und Toleranz
- Maßnahmen zur Überwindung von Krisen.

Schindler et al. führen zudem noch Interventionen zum Vergeben und Versöhnen sowie das Vorgehen bei spezifischen Problematiken mit ein (2019, S. 101ff.), wie sie auch bei Hahlweg zu finden sind (2020, S. 89). Da der Rahmen dieser Arbeit begrenzt ist, werden hier jedoch nicht alle therapeutischen Maßnahmen beschrieben. Aus diesem Grund wird auch die Diagnostikphase (Schindler et al., 2019, S. 86) nicht näher ausgeführt und direkt zu den Interventionsmaßnahmen übergegangen, von denen lediglich die

Steigerung der Reziprozität, das Kommunikations- und das Problemlösetraining, die kognitiven Interventionen und die Verbesserung der gegenseitigen Akzeptanz und Toleranz beschrieben werden.

In einer gestörten Beziehung werden statt der positiven Reziprozität „aversive Reaktionen in hohem Ausmaß reziprok ausgetauscht“ (Schindler et al., 2019, S. 86). Sowohl positive als auch negative Reaktionen sind zusammenhangslos innerhalb der Partnerschaft vorhanden (ebd.). Dies heißt für die Therapie, dass die Reduzierung der negativen Verhaltensweisen nicht unbedingt zur Steigerung positiver Reaktionen führt (ebd.). Jedoch bedeutet dies im Umkehrschluss, dass der Ausbau des positiven Umgangs miteinander trotz Konflikten möglich ist (ebd.). Denn jede Partnerschaft, die an einem weiteren Zusammenleben interessiert ist, besitzt „einen Rest an positivem Austausch“ (Hahlweg, 2020, S. 86). Deswegen werden zunächst diese bestehenden Ressourcen aktiviert, indem durch Übungen die Wahrnehmung der Partner auf die vorhandenen positiven Aspekte der Beziehung sensibilisiert und verbessert wird (Schindler et al., 2019, S. 87; Hahlweg, 2014, S. 59f.). Ein relevanter Bestandteil zur Steigerung der Reziprozität sind die sogenannten Verwöhnungstage (Hahlweg, 2020, S. 86). Die Partner kriegen die Aufgabe jeweils einen Tag in der Woche zu wählen, an dem der eine den anderen jeweils verwöhnt, also ihm besondere Zuneigung und Aufmerksamkeit schenkt (ebd.). In der Therapie werden dazu die „wahrgenommenen Aufmerksamkeiten und deren Auswirkungen auf Gefühl und Stimmung“ (ebd.) besprochen (ebd.).

Das Kommunikationstraining als weitere Interventionsmaßnahme der KVPT zielt darauf ab, eine offene Kommunikation der Partner zu ermöglichen (Hahlweg, 2020, S. 86). In Kapitel 3.1.4 wurde bereits beschrieben, was eine offene beziehungsweise konstruktive Kommunikation ausmacht. Voraussetzung für das Training ist die Bereitschaft der Partner, offen über sich selbst sowie über die Empfindungen und Überlegungen dem anderen gegenüber möglichst konkret zu sprechen (ebd.). Im Kommunikationstraining geht es darum, dem Paar Sprecher- und Zuhörerregeln nahezubringen (Schindler et al., 2019, S. 91). Diese Kommunikationsregeln werden schrittweise trainiert, wobei mit neutralen und konfliktfreien Themen angefangen wird (Hahlweg, 2014, S. 60). Durch Rollenspiele wird der Umgang mit negativen Empfindungen geübt, da es für die Partner am Anfang noch schwierig sein kann, „eigene Probleme anzusprechen und sich gleichzeitig an die Regeln zu halten (ebd.). Dabei nimmt der Therapeut eine aktive und teilweise auch direktive Rolle ein (ebd.).

Bei der nächsten Maßnahme, dem Problemlösetraining, geht es darum, den Partnern eine konkrete Struktur für Konfliktgespräche nahezubringen (Hahlweg, 2020, S. 87). Eine in der Diagnostikphase erstellte Problemliste wird dabei nach Schwierigkeit hierarchisch abgearbeitet (ebd.). Das erste Konfliktgespräch umfasst ein Thema, das für beide Partner untergeordnet ist, da dabei die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass dieses mit Erfolg gelöst werden kann (ebd.). Im Laufe der Therapie werden nach und nach die anderen Probleme bearbeitet (ebd.). Die klare Struktur dieses Trainings besteht aus vier Schritten (Hahlweg, 2014, S. 60): Gedanken und Gefühle in Bezug auf den Konflikt herausarbeiten, Bedürfnisse und Wünsche behandeln, Änderungswünsche definieren und gemeinsame Absprachen treffen (ebd.).

In den bisher genannten Interventionen wird die Denkweise der Partner übereinander teilweise auch behandelt. Trotzdem gibt es Fälle, in denen die Partner zwar ihre negativen Verhaltensweisen dem anderen gegenüber aufgeben können, aber die Einstellung und Gedanken ihm gegenüber trotzdem negativ bleiben und somit keine Beziehungsverbesserung zustande kommt. Aus diesem Grund wird durch kognitive Interventionen und Techniken versucht diese negative Haltung zu ändern (Hahlweg, 2020, S. 88).

Die Interventionen zur Steigerung der Akzeptanz und Toleranz werden eingesetzt, wenn ein Paar mit scheinbar unlösbaren Problemen zur Paartherapie kommt, da sich beide einer Veränderung verweigern oder diese situationsbedingt nicht möglich ist (Hahlweg, 2020, S. 89). Der Fokus des therapeutischen Vorgehens kann hierbei somit auf dem gegenseitigen Verständnis beziehungsweise der Akzeptanz liegen (Hahlweg, 2014, S. 61). Zu betonen ist, dass den Partnern bewusst ist, dass nicht jeder Konflikt zu lösen ist (Hahlweg, 2020, S. 89). Wichtiger ist es, Möglichkeiten für die Integration dieser Probleme in die Beziehung zu finden (ebd.). Diese Interventionstechniken bestehen zentral daraus, das gegenseitige empathische Verstehen zu fördern, eine emotionale Distanzierung von dem Konflikt zu ermöglichen, die Toleranz in der Beziehung zu erhöhen und mehr gegenseitige Unabhängigkeit sowie mehr Freiräume für beide zu schaffen (ebd.).

4. Vergleich des klientenzentrierten Ansatzes mit der Verhaltenstherapie

Im Folgenden werden der klientenzentrierte Ansatz und die Verhaltenstherapie miteinander verglichen. Der Vergleich bezieht sich dabei auf die Kapitel 2 und 3 der vorher beschriebenen Theorien. Ausgenommen sind die Kapitel „Begrifflichkeiten und

Entwicklung“ (vgl. Kapitel 2.1.1; 3.1.1) und „Theoretische Grundlagen“ (vgl. Kapitel 2.2.1; 3.2.1), da diese lediglich als Einführung zu verstehen sind. Jeder Vergleichspunkt beleuchtet sowohl die Unterschiede als auch die Gemeinsamkeiten der beiden Ansätze.

4.1 Grundlagen

In den folgenden Kapiteln werden der klientenzentrierte Ansatz und die Verhaltenstherapie bezüglich ihrer Menschenbilder, Merkmale und Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft verglichen.

4.1.1 Menschenbild

Zunächst wird das Menschenbild des klientenzentrierten Ansatzes mit dem der Verhaltenstherapie verglichen. Für letztere wird das Menschenbild außerdem sowohl in ihrer behavioristischen Phase als auch nach der Kognitiven Wende beleuchtet. Hierfür wird vor allem auf die Erarbeitungen aus Kapitel 2.1.2 und 2.1.3 Bezug genommen.

Der klientenzentrierte Ansatz betrachtet den Menschen als ein nach Autonomie strebendes Individuum, das ein aktives Selbst entwickelt, welches zunehmend über seine eigene Entwicklung entscheiden kann (Völker, 1980, S. 16f.). Im Gegensatz dazu wird im Behaviorismus der Mensch als passives Wesen betrachtet, das lediglich von außen beeinflusst und dessen Verhalten von Umweltreizen gesteuert wird (Boeger, 2018, S. 161). Skinner bestreitet zwar nicht die Existenz der inneren Prozesse, jedoch sei diese nicht von Relevanz, da es lediglich sinnvoll sei, durch äußere Einflussnahme das menschliche Verhalten „in die richtige Richtung zu steuern“ (ebd., S. 164). Diese Haltung des Kontrollierens kritisiert Rogers, da in einem solchen Klima ein Mensch seine „positiven Eigenschaften nicht entfalten kann“ (ebd.). Im Gegensatz zu Skinner, der das menschliche Verhalten als vollständig abhängig von Umweltreizen betrachtet, erklärt Rogers dieses durch „innere [...], freie Willensentscheidungen“ (ebd., S. 161) und durch Wachstumsbedürfnisse (Völker, 1980, S. 18). Das Gegenüberstehen des aktiven Selbst, dessen Verhalten durch innere Entscheidungen erklärt wird, im klientenzentrierten Ansatz und des passiven, lediglich auf Umweltreize reagierenden Individuums in der behavioristischen Verhaltenstherapie stellt einen grundlegenden Unterschied der beiden Ansätze dar.

Die Verhaltenstherapie nach der kognitiven Wende betrachtet den Menschen nicht mehr als passives Wesen, sondern als eines, das durch innere Prozesse sein Leben selbst

beeinflusst (Boeger, 2018, S. 185). Er „reagiert nicht auf Reize, sondern auf die Wahrnehmung und Interpretation dieser Reize“ (ebd., S. 184). Somit betrachten sowohl die Kognitive Verhaltenstherapie (Boeger, 2018, S. 178) als auch der klientenzentrierte Ansatz (Völker, 1980, S. 16f.) den Menschen als ein aktives Wesen beziehungsweise Selbst, das in der Lage ist über sein Leben zu bestimmen. Dies steht jedoch unter Berücksichtigung der Annahme, dass der Mensch nach dem klientenzentrierten Ansatz Wachstumsbedürfnisse als wesentliche Antriebskräfte besitzt (Völker, 1980, S. 18), im Kontrast zur kognitiven Verhaltenstherapie, da diese trotzdem die Reize als ausschlaggebend betrachtet, die der Mensch wahrnimmt und interpretiert und auf die er dementsprechend reagiert.

Ein weiterer Vergleichspunkt ist die wechselseitige Abhängigkeit zwischen dem Menschen und seiner Umwelt. Denn der klientenzentrierte Ansatz besagt: Wenn die Wachstumsbedürfnisse des Menschen im konstanten Austausch mit der sozialen Umwelt stehen, können sich die Fähigkeiten und Potentiale entfalten und freisetzen (Völker, 1980, S. 18). Auch die kognitive Verhaltenstherapie geht von einer gegenseitigen Abhängigkeit zwischen der Umwelt und dem Menschen aus (Boeger, 2018, S. 165), welche sich gegenseitig beeinflussen (Schuch, 2000, S. 761). Obwohl dies eine Ähnlichkeit darstellt, liegt bei dem klientenzentrierten Ansatz der Fokus auf den Potentialen des Menschen, die sich durch die Umwelt entfalten können, wohingegen die kognitive Verhaltenstherapie die Abhängigkeit in dem Sinne betrachtet, dass der Mensch die Reize aus der Umwelt aussucht, auf die er reagiert, wie Boeger (2018, S. 165) schreibt. Eine Gemeinsamkeit haben beide Ansätze, da sie den Menschen als ein nach Autonomie strebendes Individuum betrachten (Völker, 1980, S. 16; Kanfer et al., 2012, S. 13).

4.1.2 Charakteristika

Der Vergleich der Charakteristika des klientenzentrierten Ansatzes und der Verhaltenstherapie beruhen auf den Gedankengängen, die in Kapitel 2.1.3 und 3.1.3 beschrieben wurden. Der erste wesentliche Unterschied zwischen dem klientenzentrierten Ansatz und der Verhaltenstherapie ist die Art des Therapieverfahrens. In der klientenzentrierten Therapie ist der ausschlaggebende Wirkfaktor die Art der Beziehungsgestaltung zwischen dem Therapeuten und Klienten und nicht die angewandten Methoden (Weinberger, 2013, S. 21). So unterstreicht auch Rogers seine Erfahrung, dass er „einem gestörten Menschen mittels irgendeines

intellektuellen Verfahrens oder Trainings nicht behilflich sein kann [...] [und dass] wirkliche Veränderung durch Erfahrung in einer Beziehung zustande kommt“ (2004, S. 46). Im Gegensatz dazu werden in der Verhaltenstherapie üblicherweise „methodische Differenzierungen“ (Borg-Laufs, 2015, S. 76), also Interventionen und Übungen, wie Problemlösetrainings eingesetzt (Margraf, 2018, S. 6). Der Kontrast zwischen dem hauptsächlichlichen Fokus auf der therapeutischen Beziehung im klientenzentrierten Ansatz (Höger, 2012a, S. 21) und der methodischen Anwendung, auf die die Verhaltenstherapie ihren Schwerpunkt setzt, macht deutlich, wie sehr sich die beiden Ansätze im therapeutischen Verfahren unterscheiden.

Der zweite grundlegende Unterschied der beiden Therapieansätze ist, dass die klientenzentrierte Therapie auf nicht-direktive Weise stattfindet, der Therapeut sich also in der Lebensgestaltung des Klienten zurückstellt und sich nicht als Experte für das Innenleben des Klienten betrachtet (Höger, 2012a, S. 22). Dagegen findet die Verhaltenstherapie insbesondere durch gezielte Trainings statt, und der Klient wird zur Neugestaltung seines Verhaltens und Erlebens sowie zu neuen Problemlösestrategien aktiv motiviert (Margraf, 2018, S. 6). Unter diesen Gesichtspunkten wird deutlich, dass die therapeutische Gestaltung der beiden Ansätze sich erheblich unterscheidet, da die klientenzentrierte Therapie auf die Non-Direktivität zurückgreift, wohingegen die Verhaltenstherapie vor allem direktiv ausgeführt wird. Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass neben den eben beschriebenen Interventionen und Trainings in der Verhaltenstherapie auch von einem an den Klienten angepassten Veränderungsprogramm gesprochen wird (Wassmann & Batra, 2013, S. 30). Hierbei gibt der Therapeut die Methoden vor, wohingegen im klientenzentrierten Ansatz der Therapeut als Anreger und Begleiter dient und, wie bereits erwähnt, der Therapeut seine eigenen Vorstellungen zurückstellt (Höger, 2012a, S. 22).

Der nächste Unterschied ist, dass im klientenzentrierten Ansatz nicht das Problem und dessen Lösung im Mittelpunkt steht (Weinberger, 2013, S. 23), sondern der Fokus auf der Wahrnehmung des Klienten von sich selbst liegt (Höger, 2012a, S. 22). Im Gegensatz dazu ist die Verhaltenstherapie grundlegend problemorientiert und betrachtet dessen Lösung als Ziel (Margraf, 2018, S. 6). Diese Problem- und Zielorientierung der Verhaltenstherapie steht im Kontrast zu der Fokussierung auf den Klienten und der Aktivierung seiner Ressourcen, auf die Höger eingeht (2012a, S. 22).

Neben den beschriebenen Unterschieden gibt es zudem Gemeinsamkeiten zwischen den Ansätzen in Bezug auf die Charakteristika. Zum einen entstehen beim klientenzentrierten Ansatz als positive Konsequenz der Therapie seitens des Klienten konstruktive Handlungen im Alltag (Höger, 2012a, S. 22), was sich auch bei der Verhaltenstherapie wiederfindet, da diese die Übertragbarkeit der erzielten Änderungen auf den Alltag anstrebt (Margraf, 2018, S. 6). Jedoch muss hier deutlich gemacht werden, dass dies beim klientenzentrierten Ansatz eine Art Nebeneffekt der Therapie darstellt, wohingegen die Verhaltenstherapie klar darauf abzielt. Darüber hinaus streben sowohl der klientenzentrierte Ansatz als auch die Verhaltenstherapie eine Veränderung im Verhalten des Klienten an. Beim klientenzentrierten Ansatz entstehen durch das Beziehungsangebot ein besseres Verständnis des Klienten zu sich selbst und auch Veränderungen in seiner Einstellung sowie in seinem Verhalten (Weinberger, 2013, S. 23). Die Verhaltenstherapie bewirkt diese Änderung, indem der Klient zu neuen Verhaltensweisen motiviert wird (Margraf, 2018, S. 6). Dies zeigt wieder, dass zwar das Ziel ähnlich ist, jedoch die Vorgehensweise sich erheblich unterscheidet. Zuletzt soll als Gemeinsamkeit der Therapieansätze genannt werden, dass beide die Selbständigkeit des Klienten anstreben. Die Therapie des klientenzentrierten Ansatzes beinhaltet auch die Stärkung der Autonomie des Klienten (Höger, 2012a, S. 22) und seine eigenständige Weiterentwicklung (ebd., S. 24). In der Verhaltenstherapie ist wiederum ein Grundprinzip die Hilfe zur Selbsthilfe, welches darauf zielt, dass der Klient Selbständigkeit für die Problembewältigung erlangt (Wassmann & Batra, 2013, S. 31).

4.1.3 Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft

Die Betrachtung der jeweiligen Bedeutung einer gesunden Partnerschaft der beiden Ansätze stützt sich auf die Ausführungen in Kapitel 2.1.4 und 3.1.4. Rogers spricht davon, dass in der Partnerschaft Hingabe und Bindung beziehungsweise Verpflichtung wichtig sind (1975, S. 170ff.). Hingabe bedeutet für ihn eine Verpflichtung zur gemeinsamen Arbeit am wechselnden Prozess der Beziehung, die zum einen individuell eingegangen wird, zum anderen aber von beiden zu leisten ist (ebd., S. 172). Schindler et al. gehen auf einen ähnlichen Aspekt ein. Sie betonen die aktive Gestaltung der gemeinsamen Zeit in der Beziehung und dass gemeinsame Unternehmungen und Rituale von beiden bewusst, aktiv sowie initiativ vorbereitet werden sollen (Schindler et al., 2019, S. 40). Schlussfolgernd machen Rogers sowie Schindler et al. deutlich, dass sich beide Partner bemühen müssen, damit sich eine zufriedenstellende Paarbeziehung entwickeln kann. Jedoch ist bei diesem Punkt auch zu berücksichtigen, dass Rogers

nicht konkret darauf eingeht, wie diese gemeinsame Arbeit der Partner aussieht und es sehr allgemein hält, wohingegen Schindler et al. konkreter formulieren, wie die gemeinsame Zeit geschaffen werden kann.

Unter Berücksichtigung des Aspekts von Rogers, dass vergangene Problematiken nur zu klären sind, soweit sie die aktuelle Beziehung beeinträchtigen – jedoch diese vor allem im Hier und Jetzt gelebt werden soll (1975, S. 172) – ist eine Ähnlichkeit zu erkennen mit dem Aspekt des Vergebens bei vergangener Verletzung und Kränkung nach Schindler et al. (2019, S. 38), da vergeben auch bedeutet, vergangene Geschehnisse zu verzeihen. Jedoch ist hierbei zu erwähnen, dass Rogers mit vergangenen und zukünftigen Schwierigkeiten nicht nur die innerhalb der Partnerschaft meint, sondern auch diejenigen, die den Partnern vor der Beziehung widerfahren sind (1975, S. 171). Im Gegensatz dazu, meinen Schindler et al. die Vergebung innerhalb der Partnerschaft und gehen nicht darüber hinaus.

Als nächster Aspekt ist die Kommunikation zu nennen. Rogers betrachtet als wesentliches Merkmal in der Partnerschaft die Kommunikation, die er unter anderem als Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen sowie die einführende Reaktion des Zuhörers darauf meint (1975, S. 174). Dieser Aspekt findet sich bei Schindler et al. in zwei Punkten wieder. Zum einen wird bei der Gestaltung der Alltagsinteraktion Austausch und Verständnis betont, welches konstruktive Gespräche meint, wobei sich die Partner emotional dem anderen öffnen und der Zuhörende aufmerksam, interessiert und akzeptanzzeigend ist (Schindler et al., 2019, S. 39). Zum anderen sprechen sie im Punkt Konfliktlösung ebenso von offener Kommunikation, in der der direkte Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen betont wird und der Zuhörende sich demgegenüber empathisch zeigt (ebd., S. 41f.). Schlussfolgernd sehen beide Ansätze die Kommunikation zwischen den Partnern als sehr wichtig an.

Rogers und Schindler et al. gehen teilweise auf ähnliche Punkte ein, jedoch ist das Gesamtbild doch unterschiedlich. Bei Rogers stellen die Aufhebung der Rollen sowie das Lösen von familiären, gesellschaftlichen und religiösen Erwartungen einen wichtigen Faktor dar (1975, S. 174), wohingegen Schindler et al. solche Aspekte nicht einbringen, sondern den Fokus auf die Interaktion des Paares legen (2019, S. 36). Ein weiteres Merkmal bei Rogers – und für ihn einer der wichtigsten Faktoren – ist zudem, dass die Partner jeweils eine selbständige Person werden (1975, S. 175). Schindler et al. jedoch gehen lediglich darauf ein, dass die Partner sich gegenseitig dabei unterstützen sollen,

zu den Menschen zu werden, die sie sein möchten und zusätzlich betonen, dass sie sich nicht manipulieren sollen (2019, S. 37). Dieser Aspekt ist dennoch schwer vergleichbar, da Rogers hierbei den Fokus auf den Partner als selbständige Person legt, wohingegen bei Schindler et al. der Umgang der Partner miteinander im Mittelpunkt steht.

4.2 Therapie von Paaren

Die folgenden Kapitel vergleichen die auf Rogers aufbauende klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren nach Auckenthaler und die kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie (KVPT) bezüglich ihrer Indikationskriterien, Ziele und ihrem therapeutischen Vorgehen.

4.2.1 Indikationskriterien

Die folgende Ausführung basiert auf den Beschreibungen aus den Kapiteln 2.2.2 und 3.2.2. Eine Gemeinsamkeit, die beide Paartherapieformen haben, ist die, dass sie es als wichtig erachten, dass beide Partner aktiv teilnehmen. So schreibt Auckenthaler, dass die Partner in einem psychologischen Kontakt zum Therapeuten stehen müssen und der eine nicht nur beisitzt (1983, S. 91). Ebenso meint Hahlweg, dass es einschränkend für den Therapieerfolg ist, wenn einer der Partner nur zuliebe des anderen beziehungsweise gar nicht teilnimmt (2019, S. 512). Die Auswirkungen einer gestörten Paarbeziehung, die sowohl Auckenthaler als auch Hahlweg beschreiben, zeigen ebenso Ähnlichkeiten auf, da beide den Aspekt einer gestörten Kommunikation und deren sich ähnelnde Folgen aufnehmen. So beschreibt Auckenthaler die Folgen in der Kommunikation, die widersprüchlich und/oder oberflächlich wird, was wiederum dazu führt, dass unter anderem beide ihre Gefühle nicht mehr zum Ausdruck bringen und sie ein abwehrendes Verhalten gegenüber zeigen (1983, S. 71f.). Auch Hahlweg beschreibt als mögliche Folge einer psychischen Störung die Abnahme einer vertrauensvollen und offenen Kommunikation und die Zunahme von gegenseitiger Kritik und Abwertung in der Partnerschaft (2019, S. 513).

Jedoch liegt der Fokus, den die klientenzentrierte Paartherapie und die KVPT haben, unterschiedlich. So ist die grundlegende Voraussetzung bei Auckenthaler dass beide Partner sich in einem Zustand der Inkongruenz befinden sowie verletzlich oder ängstlich sind und dies sich auf die Paarbeziehung auswirkt (1983, S. 92). Hahlweg hingegen betrachtet die Paartherapie als indiziert, wenn entweder eine gestörte Paarbeziehung aufgrund von chronischen Konflikten und emotionaler Entfremdung besteht oder wenn ein oder beide Partner unter einer psychischen Störung leiden (2019, S. 512). Somit ist

die Indikation bei Hahlweg weitläufiger, wohingegen bei Auckenthaler allein die Inkongruenzen der Partner und deren Auswirkungen auf die Paarbeziehung die klientenzentrierte Paartherapie indizieren.

4.2.2 Ziele

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Ausführungen in Kapitel 2.2.3 und 3.2.3. Der wesentliche Unterschied der beiden Therapieformen sind ihre grundlegenden Ziele. So strebt die klientenzentrierte Paartherapie primär an, dass sich die Beziehung der Partner zu sich selbst ändert in Richtung erhöhter Selbstempathie, bedingungsloser Selbstwertschätzung und Kongruenz (Auckenthaler, 1983, S. 87f.), wodurch sie beziehungsfähiger werden und dem anderen gegenüber diese Haltung ebenfalls einnehmen können (ebd., S. 60f.). Im Gegensatz dazu zielt die KVPT direkt auf eine Neugestaltung der Beziehung ab, indem neue Interaktionsmuster und Verhaltensweisen der Partner in der Beziehung geschaffen werden, um neue positive Erlebnisse zu ermöglichen (Schindler et al., 2019, S. 85). Hier wird auch der Unterschied deutlich, dass Auckenthaler nicht die Beziehung der Partner als wesentlichen Gegenstand der Therapie betrachtet (Eckert, 2006, S. 425), während in der KVPT die Beziehung und die Interaktion im Vordergrund stehen.

Beide Therapieformen nehmen darüber hinaus den Aspekt der Kommunikation auf, wobei Auckenthaler den Fokus vor allem auf diesen Bereich richtet (1983, S. 66), wohingegen die KVPT die Kommunikation lediglich als einen Teilbereich erachtet und die positive Reziprozität sowie die Veränderung der Wahrnehmung und Kognition ebenfalls im Fokus stehen (Schindler et al., 2019, S. 85). Zudem betonen sowohl die klientenzentrierte Paartherapie als auch die KVPT, dass die Partner nicht unbedingt zusammenbleiben müssen (ebd., S. 134; Auckenthaler, 1983, S. 85). Jedoch ist das Konzept der KVPT zunächst auf die Verbesserung der Beziehung ausgelegt, also auf deren Aufrechterhaltung (Schindler et al., 2019, S. 134). Dementgegen betrachtet Auckenthaler lediglich die Veränderung der Beziehung und der Kommunikationsweise als Ziel (1983, S. 83). Dies bedeutet, das Ziel ist auch dann erreicht, wenn die Kommunikationsweise auf empathische, bedingungslos wertschätzende und kongruente Weise geschieht, wobei deren Inhalt ebenso die Trennung der Partner sein kann (ebd.).

4.2.3 Therapeutisches Vorgehen

In Kapitel 4.2.1 wurde bereits deutlich gemacht, wie sehr sich der klientenzentrierte Ansatz, der den Fokus vor allem auf die therapeutische Beziehung legt, und die Verhaltenstherapie, die die methodische Anwendung in den Mittelpunkt stellt, im therapeutischen Verfahren unterscheiden. Dies wird auch im Vergleich des therapeutischen Vorgehens hinsichtlich ihrer Paartherapie deutlich, die in Kapitel 2.2.4 und 3.3.4 bereits ausgeführt wurden. So stellt auch Auckenthaler das Beziehungsangebot zu den Klienten in den Fokus, wobei der Therapeut zu beiden eine kongruente, bedingungslos wertschätzende und empathische Haltung einnimmt (1983, S. 72). Die klientenzentrierte Paartherapie beeinflusst also nicht direkt die Paarbeziehung (ebd., S. 79). Dies stellt einen Kontrast zur KVPT dar, die vor allem aus Interventionsmaßnahmen (Schindler et al., 2019, S. 86), wie Methoden zur Steigerung der Reziprozität oder Kommunikations- und Problemlösetrainings, besteht, in denen der Therapeut auch eine aktive Rolle einnimmt (Hahlweg, 2014, S. 59f.). Darüber hinaus betont Auckenthaler, dass das Paar nicht gemeinsam an der Therapie teilnehmen muss, sondern diese auch einzeln durchgeführt werden kann (1983, S. 101). Dies stellt ebenso einen Unterschied zur KVPT dar, da hierbei darauf geschlossen werden kann, dass diese das Paar überwiegend gemeinsam macht. Dies wird beispielsweise darin deutlich, dass im Kommunikationstraining Rollenspiele gemacht werden, in denen die Partner zunächst über neutrale und konfliktfreie Themen sprechen, um Kommunikationsregeln zu erlernen (Hahlweg, 2014, S. 60).

5. Zusammenfassung und Ausblick

Diese Arbeit setzte sich mit der Frage auseinander, was die Unterschiede und Gemeinsamkeiten des klientenzentrierten Ansatzes und der Verhaltenstherapie im Kontext von Paartherapie sind. Diese kann nun folgendermaßen beantwortet werden.

Die Gemeinsamkeiten zeigen sich zum einen in ihren Menschenbildern, wobei hier das Menschenbild der kognitiven Verhaltenstherapie betrachtet wird. Beide Ansätze betrachten den Menschen als aktiv, selbstbestimmt und nach Autonomie strebend, jedoch auch abhängig von der Umwelt (vgl. Kapitel 4.1.1). Auch in den Charakteristika lassen sich bei den grundsätzlichen Zielen der Therapieformen Gemeinsamkeiten finden, da sie beide auf eine Verhaltensveränderung zielen und nach der Selbständigkeit des Klienten streben (vgl. Kap. 4.1.2). Sie bewirken zudem auch Veränderungen im Alltag des Klienten (vgl. Kap. 4.1.2). Als weiteres besteht Einigkeit darüber, dass sich

beide Partner um eine zufriedenstellende Partnerschaft bemühen müssen und dass ihre Kommunikation untereinander sehr wichtig ist (vgl. Kap. 4.1.3). Der klientenzentrierte Ansatz und die Verhaltenstherapie haben ebenso hinsichtlich ihrer paartherapeutischen Konzepte Gemeinsamkeiten. Sie sehen beide für die Paartherapie die aktive Teilnahme beider Partner als sehr relevant an (vgl. Kap. 4.2.1). Zudem ist es bei keinem Ansatz zwingend notwendig, dass am Ende der Therapie das Paar zusammenbleibt (vgl. Kap. 4.2.2).

Die Unterschiede wiederum zeigen sich einmal im Vergleich zum Behaviorismus, der den Menschen als passives Wesen betrachtet, das nur auf äußere Reize reagiert, wohingegen der klientenzentrierte Ansatz den Menschen als aktives Selbst betrachtet, das zunehmend über sich selbst bestimmen kann und Wachstumsbedürfnisse als wesentliche Antriebskräfte besitzt (vgl. Kap. 4.1.1). Somit besitzt der Behaviorismus ein eher mechanistisches und Rogers ein eher optimistisches Menschenbild. Dies zeigt sich auch in der kognitiven Verhaltenstherapie. Auch wenn nun innere Prozesse, wie Wahrnehmung und Interpretation, von hoher Relevanz sind, stehen trotzdem die Reize, auf die der Mensch reagiert, im Mittelpunkt (vgl. Kap. 4.1.1). Auch in den Charakteristika sind klare Unterschiede zu erkennen. Angefangen mit der therapeutischen Vorgehensweise, ist bei Rogers die Art der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient der ausschlaggebende Wirkfaktor (vgl. Kap. 4.1.2). Zudem findet die Therapie auf non-direktive Weise statt (vgl. Kap. 4.1.2). Demgegenüber wendet die Verhaltenstherapie vorwiegend Methoden sowie Interventionen an und hat eine direktive Vorgehensweise (vgl. Kap. 4.1.2). Ein weiterer entscheidender Punkt ist außerdem der Fokus der Therapieformen. So ist der klientenzentrierte Ansatz vor allem auf den Klienten und die Aktivierung seiner Ressourcen fokussiert, wohingegen bei der Verhaltenstherapie das Problem und dessen Lösung als Ziel im Vordergrund stehen (vgl. Kap. 4.1.2). Auch die Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft zeigt in beiden Ansätzen zwar Ähnlichkeiten auf, wie bereits beschrieben wurde, ist jedoch im Gesamtbild unterschiedlich. So betont Rogers die Aufhebung der Rollen und das Lösen von familiären, gesellschaftlichen und religiösen Erwartungen (vgl. Kap. 4.1.3). Da Schindler et al. den Fokus auf die Interaktion in der Partnerschaft legen und auf diese Aspekte gar nicht eingehen (vgl. Kap. 4.1.3), ist somit der Schwerpunkt auch teilweise anders gelegt.

Auch in den paartherapeutischen Konzepten sind Unterschiede zu sehen. So setzt Auckenthaler als Voraussetzung für die klientenzentrierte Paartherapie die Inkongruenz

der Partner und deren Auswirkung auf die Paarbeziehung voraus, wohingegen die KVPT unter anderem chronische Konflikte und eine emotionale Entfremdung schon als Indikationskriterium betrachtet und somit weitläufiger ist (vgl. Kap. 4.2.1). Auch ihre Ziele zeigen grundlegende Unterschiede auf. Die klientenzentrierte Paartherapie zielt primär darauf, dass die Beziehung der jeweiligen Partner zu sich selbst geändert wird und dadurch die Partner beziehungsfähiger werden (vgl. Kap. 4.2.2). Im Gegensatz dazu strebt die KVPT direkt eine Neugestaltung der Beziehung an und schafft neue Verhaltensweisen und Interaktionsmuster (vgl. Kap. 4.2.2). Im therapeutischen Vorgehen wird noch einmal der Kontrast der beiden Ansätze sehr deutlich. Die klientenzentrierte Paartherapie wendet das Beziehungsangebot zu den Klienten an und beeinflusst nicht direkt die Paarbeziehung (vgl. Kap. 4.2.3). Grundlegend anders handhabt dies die KVPT, die vor allem mithilfe von Interventionsmaßnahmen vorgeht (vgl. Kap. 4.2.3).

Schlussendlich ist zu betonen, dass der klientenzentrierte Ansatz und die Verhaltenstherapie zwar Gemeinsamkeiten aufzeigen, letztlich jedoch die Unterschiede erheblich überwiegen und die beiden Ansätze im Gesamtbild doch sehr verschieden sind. Durch die Beantwortung der Forschungsfrage und somit dem Vergleich der beiden Therapieansätze konnten interessante Erkenntnisse gewonnen werden. Somit könnte in Zukunft eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie sie sich trotz ihrer Unterschiede ergänzen oder gerade, weil sie so unterschiedlich sind, gut ergänzen könnten, stattfinden und somit einen neuen integrativen Ansatz für die Paartherapie bilden.

Literaturverzeichnis

Auckenthaler, Anna (1983): Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Batra, Anil (⁴2013): Geschichte der Verhaltenstherapie, in: Batra, Anil / Wassmann, Reinhard / Buchkremer, Gerhard (Hg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete, Stuttgart: Thieme: 27-29.

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Höger, Diether (²2012): Weitere Anwendungsbereiche von Gesprächspsychotherapie und konzeptuelle Weiterentwicklungen, in: Eckert, Jochen / Biermann-Ratjen / Höger, Diether (Hg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch, Berlin / Heidelberg: Springer: 311-319.

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (¹⁰2016): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Bodenmann, Guy (2004): Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung, Bern: Hans Huber.

Boeger, Annette (³2018): Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Borg-Laufs, Michael (2015): Verhaltenstherapie und Personenzentrierter Ansatz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 46. Jg., H. 2: 75-79.

Drosdowski, Günther (Hg.) (²1989). Duden. Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Die Geschichte der deutschen Wörter und der Fremdwörter von ihrem Ursprung bis zur Gegenwart, Mannheim: Dudenverlag.

Eckert, Jochen (2006): Paartherapie, in: Eckert, Jochen / Biermann-Ratjen, Eva-Maria (Hg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis, Heidelberg: Springer: 423-427.

ElitePartner (2017): ElitePartner-Studie 2017. So liebt Deutschland. Beziehungs(un)fähigkeit, wie Wähler lieben und Geschlechterrollen im Wandel,

<https://www.elitepartner.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/06/ElitePartner-Studie-2017.pdf>, 04.08.2020.

Esser, Ulrich / Schneider, Ingrid (1989): Klientenzentrierte Partnerschaftstherapie als Beziehungstherapie – eine Positionsbestimmung, in: Behr, Michael / Petermann, Franz / Pfeiffer, Wolfgang M. / Seewald, Cornelia (Hg.): Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie Band 1, Salzburg: Otto Müller: 206-228.

Finke, Jobst (2019): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik, München: Ernst Reinhardt.

Hahlweg, Kurt (2020): Paartherapie, in: PSYCH up2date, 14. Jg., H. 1: 79-94.

Hahlweg, Kurt (⁴2019): Paartherapie, in: Margraf, Jürgen / Schneider, Silvia (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter, Berlin: Springer: 509-526.

Hahlweg, Kurt (2014): Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Paartherapie. Ein empirisch validiertes Therapieverfahren, in: Psychotherapie im Dialog, 15. Jg., H. 4: 58-61.

Höger, Diether (²2012a): Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, Jochen / Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Höger, Diether (Hg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch, Berlin / Heidelberg: Springer: 15-31.

Höger, Diether (²2012b): Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie, in: Eckert, Jochen / Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Höger, Diether (Hg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch, Berlin / Heidelberg: Springer: 35-65.

Kanfer, Frederick H. / Reinecker, Hans / Schmelzer, Dieter (⁵2012): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Berlin / Heidelberg: Springer.

Keller, Verena (2014): Paartherapie, in: Psychotherapie im Dialog, 15. Jg., H. 4: 18-19.

Kriz, Jürgen (⁷2014): Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim / Basel: Beltz.

Lindenmeyer, Johannes (2000): Paartherapie aus der Sicht der Verhaltenstherapie, in: Psychotherapie im Dialog, 1. Jg., H. 2: 15-20.

Linster, Hans Wolfgang (2000): Klientenzentrierte Paartherapie, in: Kaiser, Peter (Hg.): Partnerschaft und Paartherapie, Göttingen: Hogrefe: 271-291.

Margraf, Jürgen (⁴2018): Hintergründe und Entwicklung, in: Margraf, Jürgen / Schneider, Silvia (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie, Berlin: Springer: 3-35.

O'Leary, Charles J. (²2018): Paar- und Familientherapie, in: Stumm, Gerhard / Keil, Wolfgang W. (Hg.): Praxis der Personzentrierten Psychotherapie, Berlin: Springer: 201-212.

Reinecker, Hans (³2005): Grundlagen der Verhaltenstherapie, Weinheim / Basel: Beltz.

Roesler, Christian (2018): Paarprobleme und Paartherapie. Theorien, Methoden, Forschung – ein integratives Lehrbuch, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Rogers, Carl R. (¹²2019): Der neue Mensch, Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, Carl R. (²2016): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, München: Ernst Reinhardt.

Rogers, Carl R. (1975): Partnerschule. Zusammenleben will gelernt sein – das offene Gespräch mit Paaren und Ehepaaren, München: Kindler.

Rogers, Carl R. (¹⁵2004): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart: Klett-Cotta.

Schindler, Ludwig / Hahlweg, Kurt / Revenstorf, Dirk (³2019): Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für Therapeuten, Berlin: Springer.

Schuch, Bibiana (2000): Verhaltenstherapie und Menschenbild, in: Stumm, Gerhard / Pritz, Alfred (Hg.): Wörterbuch der Psychotherapie, Wien: Springer: 761.

Statistisches Bundesamt (2020): Bevölkerung. Eheschließungen, Ehescheidungen und Lebenspartnerschaften, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Eheschliessungen-Ehescheidungen-Lebenspartnerschaften/_inhalt.html, 6.08.2020.

Stumm, Gerhard / Keil, Wolfgang W. (²2018): Theoretische Grundlagen, in: Stumm, Gerhard / Keil, Wolfgang W. (Hg.): Praxis der Personzentrierten Psychotherapie, Berlin: Springer: 3-14.

Tausch, Reinhard / Tausch, Anne-Marie (⁷1979): Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben, Göttingen: Hogrefe.

Völker, Ulrich (1980): Grundlagen der Humanistischen Psychologie, in: Völker, Ulrich (Hg.): Humanistische Psychologie. Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen, Weinheim / Basel: Beltz: 13-37.

Wahrig, Gerhard (Hg.) (1984): Fremdwörterlexikon, München: Bertelsmann / Mosaik.

Wassmann, Reinhard / Batra, Anil (⁴2013): Merkmale der Verhaltenstherapie, in: Batra, Anil / Wassmann, Reinhard / Buchkremer, Gerhard (Hg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete, Stuttgart: Thieme: 30-33.

Weinberger, Sabine (¹⁴2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufen, Weinheim / München: Juventa.

Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, 10.08.2020

Andrea Bögner