Langjährige Paarbeziehungen

Belastungen, Probleme und Bewältigungsprozesse in der Paarberatung

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor/-in der Philosophie
(Dr. phil.)

der Fakultät für Bildungswissenschaften
an der Universität Duisburg-Essen

vorgelegt von
Ute Kieslich
geb. in Duisburg

Termin der Disputation: 22.09.2020

Erstgutachterin: Prof. Dr. Gisela Steins
(Universität Duisburg-Essen)
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer
(Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln)

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts bibliothek

Diese Dissertation wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt und liegt auch als Print-Version vor.

DOI: 10.17185/duepublico/73030
URN: urn:nbn:de:hbz:464-20201026-134206-7

Alle Rechte vorbehalten.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 9

1.1 Soziodemografische Entwicklung und Paarberatung 9

1.2 Theoretische Hintergründe 10

1.3 Forschung zur Paartherapie mit langjährigen Paaren 12

1.4 Forschungsdesign 13

THEORIE 15

2 HÖHERES LEBENSALTER 15

2.1 Gerontopsychologie 15

2.2 Psychologie der Lebensspanne 18

2.2.1 Die Architektur des Lebensverlaufs 21

2.2.2 Entwicklungsgewinne und Entwicklungsverluste im höheren Alter 23

2.2.3 Multidimensionalität, Multidirektionalität und Multifunktionalität der Entwicklung 25

2.2.4 Modell des erfolgreichen Alterns 26

2.3 Handlungsmotivation im höheren Alter 27

2.3.1 Das duale Prozessmodell der Entwicklungsregulation 29

2.3.2 Die motivationale Theorie der Lebensspanne 31

2.3.3 Das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation 33

2.4 Beziehungsorientierung und Emotionsregulierung im höheren Alter 36

2.4.1 Umzentrierung sozialer Motive 37

2.4.2 Die Theorie der Sozioemotionalen Selektivität 39

2.4.3 Theorie des Sozialen Konvoi 41

2.4.4 Alter und emotionales Wohlbefinden 42

2.4.5 Emotionale Entwicklung und Emotionsregulation im Alter 47

2.4.6 Komplexität der Emotionen im höheren Alter 50

2.4.7 Emotionsregulation und interpersonale Probleme im höheren Alter 51

3 LANGJÄHRIGE PAARBEZIEHUNGEN IM HÖHEREN ALTER 62

3.1 Bedeutsame Konzepte zum Verständnis von Paarbeziehung 63

3.1.1 Paarbeziehung als spezielle Form interpersonaler Beziehungen 63

3.1.2 Sternbergs Triangular Theory of Love 65

3.1.3 Das Phänomen Liebe in langjährigen Paarbeziehungen 68

3.1.4 Bindung und langjährige Paarbeziehung ... 72
3.1.5 Gemeinsame Entwicklung und wechselseitige Beeinflussung in langjährigen Paarbeziehungen ... 75
3.2 Zentrale Ergebnisse der Paarforschung ... 77
3.2.1 Stabilität, Qualität und Zufriedenheit der Partnerschaft in langjährigen Paarbeziehungen ... 78
3.2.2 Zweidimensionales Modell der Paarbeziehungszufriedenheit ... 81
3.2.3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung ... 82
3.2.4 Stress und partnerschaftliches Coping ... 86
3.2.5 Körperliche Erkrankungen und Partnerschaftsqualität in langjährigen Paarbeziehungen ... 88
3.2.6 Psychische Erkrankungen und Partnerschaftsqualität in langjährigen Paarbeziehungen ... 91
3.3 Biologische Prozesse und Emotionsregulation in Paarbeziehungen ... 93
3.3.1 Erkenntnisse aus den Sozialen Neurowissenschaften zur Entwicklung im höheren Alter ... 95
3.3.2 Physiologische Prozesse und Paarinteraktion ... 96
3.3.3 Emotionsregulation in langjährigen Paarbeziehungen ... 101
3.3.4 Interaktionsmuster in Konfliktsituationen ... 103
3.4 Sexualität und langjährige Paarbeziehungen ... 108
3.4.1 Paarbeziehung und Sexualität im höheren Alter ... 110
3.4.2 Geschlechtsspezifische Aspekte der Sexualität im höheren Alter ... 116
3.4.3 Gesundheitliche Aspekte und Sexualität in langjährigen Paarbeziehungen ... 119
4 FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR WIRKSAMKEIT VON PAARBERATUNG UND PAARTHERAPIE ... 122
4.1 Entwicklung der Paartherapie ... 122
4.2 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Paartherapie ... 124
4.2.1 Wirksamkeit von Paartherapie aus klinischer Sicht ... 128
4.2.2 Paartherapie und allgemeine Wirkfaktoren ... 130
4.2.3 Paartherapieforschung in Feldstudien ... 132
4.3 Forschung zur Paartherapie mit langjährigen Paaren ... 135
4.4 Beratungsbegleitende Forschung in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung ... 137
4.5 Forschung im Practitioner-Scientist-Modell ... 143

5 ENTWICKLUNG DER FORSCHUNGSFRAGE 147

EMPIRIE 152

6 STUDIE 1 – FRAGEBOGENERHEBUNG MIT PAAREN IM ALTER 55 PLUS . 152

6.1 Methode 152

6.1.1 Fragestellung der Studie 1 und Beschreibung der Fragebogenerhebung "Beratung mit Paaren im Alter 55 plus" 153

6.1.2 Durchführung der Fragebogenerhebung 154

6.1.3 Beteiligte an der Fragebogenuntersuchung 156

6.1.4 Beschreibung der Selbstbeurteilungsinstrumente der Studie 1 156

6.2 Darstellung der Ergebnisse der Studie 1 162

6.2.1 Soziodemographische Daten – Beschreibung der Stichprobe 163

6.2.2 Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels der Fragebogeninstrumente 165

6.3 Diskussion der Ergebnisse der Studie 1 170

7 STUDIE 2 – INTERVIEWS MIT PAAREN IM ALTER 55 PLUS 177

7.1 Methode 177

7.1.1 Fragestellung der qualitativen Interviewstudie 178

7.1.2 Begründung der Methode Einzelinterviews 181

7.1.3 Die Interviewerin 181

7.1.4 Auswahl der Probanden/-innen für die qualitativen Interviews 183

7.1.5 Durchführung der Interviews 184

7.1.6 Dauer der Einzelinterviews 185

7.1.7 Der Interviewleitfaden 186

7.1.8 Visualisierung parallel zum Interview 187

7.2 Qualitative Inhaltsanalyse 188

7.2.1 Dokumentation der Interviews, Einverständnis und Datenschutz 191

7.2.2 Transkription der Interviews 192

7.2.3 Kodierung der Interviews 192

7.3 Darstellung der Ergebnisse der Studie 2 194

7.3.1 Die einzelnen Befragten 196

Paar A. 197

Paar B. 227

Paar C. 251

Paar D. 285

Paar E. 324
7.3.2 Zusammenfassung der Fallbeschreibungen 369
7.3.3 Das Kategoriensystem 371
7.4 Diskussion der Ergebnisse der Studie 2 429
7.4.1 Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse 432
7.4.2 Schlüsselsituationen/Anlass 436
7.4.3 Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung 438
7.4.4 Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt 442
7.4.5 Veränderungen im Paarsystem während des Beratungszeitraums 445
7.4.6 Prozess zwischen Berater/-in und Paar 450
7.4.7 Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende 452
7.4.8 Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems zur Regulierung der Paarkonflikte 455
7.4.9 Hypothesen und Fragestellungen zu langjährigen Paaren und ihren Belastungen, Themen und Prozessen im Paarberatungssetting 457
7.4.10 Einschränkungen der Studie 2 459
8 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION 461
8.1 Zentrale Ergebnisse der Studien 1 und 2 461
8.2 Relevante theoretische Ansätze zur Diskussion der Ergebnisse 465
8.3 Belastungsfaktoren 467
8.4 Problembereiche 471
8.5 Bewältigungsprozesse 474
8.6 Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende 480
8.7 Kontakte zum Gesundheitssystem 483
8.8 Implikationen für die Paarberatung mit langjährigen Paaren 483
8.9 Methodische Limitationen der Studien 1 und 2 488
8.10 Ausblick 489
9 LITERATURVERZEICHNIS 492
10 VERZEICHNIS DER TABELLEN 561
11 VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN 562
12 VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN 564
13 DANKSAGUNG 566

1 EINLEITUNG

Im Zuge des demografischen Wandels steigt der Anteil älterer Menschen in Deutschland kontinuierlich. Hinreichend belegt ist, dass das subjektive Wohlbefinden und Gesundheitsaspekte im höheren Lebensalter mit der Zufriedenheit in der Paarbeziehung assoziiert sind (Schneewind, Wunderer & Erkelenz, 2004). Der Bedarf, Paarberatung im höheren Lebensalter wahrzunehmen, wächst parallel zur demografischen Entwicklung. Empirische Studien zur Paartherapie mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen existieren bislang in geringem Umfang.

Meine hier vorgelegten Studien fokussieren ältere Paare, die in langjährigen Paarbeziehungen leben und Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben. Ihre Belastungen, ihre konflikthaften individuellen und dyadischen Problembereiche und die darauf bezogenen spezifischen Bewältigungs- und Veränderungsprozesse der Partner/-innen im Alter 55 plus wurden in zwei aufeinanderfolgenden Studien untersucht. In Studie 1 wurden bei Klienten/-innen, die in langjährigen Paarbeziehungen leben, anhand standardisierter Fragebogen die individuellen und paarbezogenen Belastungsfaktoren und Probleme zu Beginn und am Ende der Paarberatung erhoben. Darauffolgend war das Ziel meiner Studie 2, mittels qualitativer Interviews die subjektive Perspektive älterer Menschen in langjährigen Paarbeziehungen in Bezug auf ihre Erfahrungen in ihrer Paarbeziehung im Zeitraum des Paarberatungsprozesses zu explorieren. Mein Forschungsinteresse lag insbesondere darauf, ihre kognitiven Konstruktionen, ihre Bewertungen und ihre Gefühle zu ihren Belastungen und Problemen sowie ihre spezifischen Bewältigungsstrategien zu erfassen.

Die hier vorgelegten Studien umfassen Phänomene des höheren Lebensalters, individuelle Belastungsfaktoren, Problembereiche in langjährigen Paarbeziehungen sowie entsprechende Bewältigungsprozesse im Rahmen von Paarberatung. Im Folgenden führe ich die Bedarfe, die theoretischen Hintergründe und mein Forschungsdesign für die vorliegenden Studien näher aus.

1.1 Soziodemografische Entwicklung und Paarberatung

Die steigende Lebenserwartung führt in Deutschland - ähnlich wie in anderen Industrienationen - dazu, dass immer mehr Menschen eine lange gemeinsame Zeit

als Paar erleben. Das Deutsche Alterszentrum (DZA) gibt in seinem Report Altersdaten Entwicklungstrends zu den Lebensformen und Paarbeziehungen älterer Menschen an (Nowossadek & Engstler, 2013, S. 5ff.). Durch die gestiegene Lebenserwartung ist demnach bei den 70 bis 85jährigen ein längeres Zusammenleben von Paaren im Alter zu beobachten. Die nachelterliche Phase – d.h. die gemeinsame Zeit als Paar, nachdem die Kinder erwachsen sind – hat sich inzwischen zur längsten Phase im Lebenslauf herausgebildet.

Als zukünftig erwartbare Trends benennt Re (2010) die Scheidung langjähriger Ehen sowie die Zunahme nicht ehelicher Lebensformen. Unter 70jährige zeigen laut DZA eine sinkende Heiratsneigung und eine zunehmende Instabilität ihrer Ehen. Für den Entschluss zur Scheidung seien vorwiegend emotionale Probleme in der Paarbeziehung ausschlaggebend (Weisskopf, Rester & Seeberger, 2012). Dennoch sei die Ehe insbesondere im höheren Lebensalter noch als häufigste Lebensform anzusehen.

Der Anteil älterer Klienten/-innen, die Paarberatung im Rahmen der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) in Anspruch nehmen, steigt an. Von den verheirateten Paaren, die im Jahr 2019 EFL-Beratungsstellen in einem Bistum in Nordrhein-Westfalen aufsuchten, wiesen fast 33% eine Ehedauer von 25 Jahren und mehr auf (Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster, 2020). Im Rahmen meiner Tätigkeit als Paarberaterin in diesem Praxisfeld begegnen mir zunehmend langjährige Paare in der Lebensphase 55 plus, die durch Probleme und Krisen in ihrer Beziehung belastet sind und mit Schwierigkeiten bezüglich der emotionalen Verbindung zum Partner/zur Partnerin kämpfen und aus diesem Grund Paarberatung aufsuchen. Interventionen, die sich in der Paarberatung mit jüngeren Paaren bewährt haben, erweisen sich in der Beratung mit langjährigen Paaren teilweise als weniger effektiv. Dieses Phänomen erfordert, dass Beratungsansätze und paartherapeutische Interventionen auf diese Zielgruppe hin zugeschnitten und entsprechend weiterentwickelt werden.

1.2 Theoretische Hintergründe

Der Ansatz der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne bietet den geeigneten theoretischen Rahmen, um die Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in

langjährigen Paarbeziehungen zu reflektieren. Ältere werden als aktive Gestalterinnen und Gestalter ihrer Lebensphase und ihrer relevanten Beziehungen charakterisiert, gerade angesichts von altersbedingten Einschränkungen und Verlusterfahrungen. Um die Spezifität dieser Altersspanne im Hinblick auf die Gestaltung der Paarbeziehung zu verstehen, lege ich Schwerpunkte auf theoretische Ansätze und Forschungsergebnisse im Bereich der emotionalen Entwicklung im höheren Alter und zu Handlungsmotivation und Emotionsregulation bei Älteren in langjährigen Paarbeziehungen (Carstensen & Lang, 2007; Charles & Hong, 2016). Die Lebenszufriedenheit steht - insbesondere im höheren Lebensalter - mit der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung in Zusammenhang (Schneewind, 2004). Prädiktoren von psychischem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter sind der subjektive Gesundheitszustand, das Vorhandensein eines Partners/einer Partnerin, zu dem/der eine Bindungsbeziehung besteht sowie die Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen (Martin et al., 2000). Eine lange gemeinsame Geschichte als Paar ist zum einen als Ressource zu sehen, ist doch die Beziehung zu einer Partnerin/einem Partner die bedeutsamste Bindungsbeziehung im Erwachsenenalter. Zum anderen ergeben sich durch den Übergang in die Lebensphase Alter neue Herausforderungen für den Einzelnen/die Einzelne und das Paarsystem, verbunden mit ganz speziellen Entwicklungsaufgaben. Paare im Alter 55 plus stehen u. a. vor der Aufgabe, diverse körperliche und psychische Belastungsfaktoren und Einschränkungen sowie Rollenveränderungen im privaten und beruflichen Bereich zu bewältigen. Im Sinne von Selbstorganisationsprozessen in sozialen Systemen (Schiersmann & Thiel, 2012) sind langjährige Paare im höheren Alter dazu herausgefordert, qualitativ neue Ordnungsstrukturen in ihrem Paarsystem herauszubilden. Angesichts nachlassender körperlicher Kräfte, gesundheitlicher Einschränkungen, psychischer Belastungen und Rückzug aus beruflichen Rollen gewinnt die Paarbeziehung als stabilisierender Faktor im höheren Lebensalter an Bedeutung.

Die in der vorliegenden Arbeit angeführten Modelle zum Verständnis von (langjährigen) Paarbeziehungen sowie relevante Forschungsergebnisse zu Paarbeziehungen ermöglichen einen differenzierenden Blick auf Paare in langjährigen Beziehungen, ihre Belastungen, Probleme und Bewältigungsleistungen. Als relevante The-

men für die langjährige Paarbeziehung zeigten sich in meinen Studien u. a. die gegenseitige emotionale Erreichbarkeit und Unterstützung, Selbstöffnung gegenüber dem Partner/der Partnerin sowie der Umgang mit Stress, Emotionsregulation und Ärgermanagement im Zusammenhang mit Problemen in der Paarbeziehung. Ergänzend ziehe ich daher Forschungsergebnisse aus den sozialen Neurowissenschaften und speziell ein umfassendes Modell heran, das an der Schnittstelle der Themen Paarbeziehung, Affekte und Gesundheit angesiedelt ist (Uchino, 2013). Das Modell verbindet Beziehungswissenschaften und Gesundheitsforschung und zeigt auf, wie spezifische Komponenten bei den älteren Partnern/-innen in langjährigen Paarbeziehungen zusammenspielen. Im Blick auf langjährige Paare geben dyadische Modelle zur Koregulation bedeutsame Hinweise, wie Partner/-innen über bidirektionale Interaktionskanäle gegenseitig ihre emotionale und physiologische Stabilität beeinflussen, und wie sich diese Prozesse wiederum auf den individuellen Gesundheitszustand und die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung auswirken. Dementsprechend haben langjährige Paare Bedarf, Unterstützung durch ein Paarberatungsangebot zu erhalten, das auf die Motive und Bedürfnisse im höheren Alter zugeschnitten ist. Forschungsergebnisse zur Paartherapie ergänzen diese Perspektiven und bilden den Hintergrund für meine beiden empirischen Studien.

1.3 Forschung zur Paartherapie mit langjährigen Paaren

Studien zur Paarbeziehung konzentrieren sich vorwiegend auf Lebens- und Partnerschaftsphasen, in denen Paarbeziehung, Kinder und Erwerbstätigkeit in Einklang zu bringen sind. Langzeitehen älterer Paare wurden wesentlich seltener untersucht. Sie gewinnen infolge der demografischen Entwicklung allerdings immer mehr an Bedeutung (Riehl-Emde, 2016).

Eine geringe Anzahl von Untersuchungen befasst sich bislang speziell mit Paarberatung/Paartherapie mit langjährigen Paaren, so dass wenig über die Spezifika der Paargestaltung und Problembewältigung im Rahmen von paartherapeutischen Prozessen in der Lebensphase Alter bekannt ist. Diese Lücke will meine hier vorgelegte Forschung mit füllen helfen. In den beiden vorliegenden Studien werden überwiegend selbstregulatorische Fähigkeiten der Einzelnen bezüglich verschiedener Be-

lastungen sowie dyadische Prozesse bei der Gestaltung der langjährigen Paarbeziehung im höheren Alter fokussiert. Meine Forschung weist insgesamt einen explorativen Charakter auf, legt den Schwerpunkt auf inhaltliche Aspekte der Paarbeziehung und fokussiert durchgehend die subjektive Perspektive der Menschen im Alter 55 plus, die in langjährigen Paarbeziehungen leben und Paarberatung wahrgenommen haben. Strukturierende Aspekte meiner Studien 1 und 2 sind die Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse der Studienteilnehmer/-innen.

Als Paarberaterin ist mir die Beteiligung der Beratungsstellen und der ratsuchenden Paare an dem Forschungsprojekt wichtig. Durch den Zugang zur Zielgruppe, die befragt wurde, sollten die Fragestellungen und die Ergebnisse des Forschungsprojektes für die Praxis der institutionellen Paarberatung relevant sein. Daher rücke ich die subjektive Perspektive und die retrospektiven Bewertungen der Klienten und Klientinnen in den Mittelpunkt meiner Forschung mit dem Ziel, relevante Ergebnisse für die Umsetzung in der Beratungspraxis zu entwickeln.

1.4 Forschungsdesign

In einem explanativen zweiphasigen Design wurden bei langjährigen Paaren, die Beratung im Paarsetting wahrnahmen, zunächst die individuellen somatischen und psychischen sowie die paarbezogenen Belastungen und Konfliktbereiche mittels standardisierter Fragebogen erfasst. Darauf folgte im zweiten Schritt eine qualitative Interviewstudie, die zum Ziel hatte, ausgewählte Aspekte der Befunde, die in der ersten Studie ermittelt wurden, zu differenzieren und zu vertiefen (vgl. Plano Clark & Creswell, 2008).

Die zentralen Ergebnisse meiner Studien lassen sich in einem Prozessmodell der Paarberatung mit langjährigen Paaren zusammenfassen. In diesem Modell werden folgende Faktoren in einen zirkulären dynamischen Zusammenhang gebracht: die biopsychosozialen Belastungsfaktoren der Partner/-innen, die Problembereiche im Paarsystem, die im Lauf des Beratungsprozesses herausgearbeitet wurden, die Stärken und Vulnerabilitäten der Paarbeziehung sowie die Bewältigungsprozesse der Klienten/-innen während des Zeitraums der Paarberatung und nach Abschluss des Beratungsprozesses. Die Reflektionen der befragten Partner/-innen weisen darauf

hin, dass bei Paaren in langjährigen Beziehungen emotionale Ziele wie die Vermeidung aversiver und stresshafter Erfahrungen an Bedeutung gewinnen und dies wiederum die Handlungsmotivation der Partner/-innen bezüglich ihrer Problembewältigungsstrategien prägt. Krisenhaft zugespitzte Lebenssituationen bilden den Anlass, Paarberatung aufzusuchen, wobei die Sorge um den Verlust der Bindung zum Partner/zur Partnerin hohen Stress auslöst und die Mentalisierungsfähigkeit sowie temporär die sozio-emotionalen Kompetenzen der Partner/-innen beeinträchtigt.

Im Lauf meines Forschungsprozesses wechselte ich meinen Fokus immer wieder zwischen theoretischen Modellen bzw. Forschungsergebnissen und der Datenerhebung, insbesondere angeregt durch die qualitativen Interviews mit den Partnern/Partnerinnen. Aus diesem rekursiven Prozess entstanden Erkenntnisse, die sich im Aufbau dieser Arbeit widerspiegeln und eine kontinuierliche inhaltliche Verzahnung des theoretischen mit dem empirischen Teil mit sich brachten.

Bei der Lektüre bitte ich darum, die Verweise auf Zeilennummern aus den Interviewtransskripten zu ignorieren. Aus Datenschutzgründen wurden die Transskripte im Publikationsmodus nicht aufgenommen.

THEORIE

2 HÖHERES LEBENSALTER

2.1 Gerontopsychologie

Da die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen in den Industrieländern erst im Lauf der letzten 100 Jahre deutlich angestiegen ist, ist die Gerontologie als eigener wissenschaftlicher Zweig relativ jung. Sie befasst sich mit dem Prozess des Alterns und dem Phänomen Alter. Nach Baltes und Baltes (1994) wurde der Begriff Gerontologie zur Bezeichnung einer Wissenschaft offiziell zuerst von Metchnikoff im Jahr 1903 in einer Veröffentlichung genannt.

Inhaltlich befasst sich gerontologische Forschung mit altersrelevanten Fragestellungen, d.h. mit kognitiven Fähigkeiten im Alter, Persönlichkeitsentwicklung, der Gestaltung sozialer Beziehungen - z.B. in Paarbeziehung und Familie - mit der Bewältigung von psychischen Krisen im höheren Erwachsenenalter und mit biologischen Prozessen (Wahl, Diehl, Kruse, Lang & Martin, 2008).

Bei Baltes und Baltes (1994, S.8) findet sich folgende Definition von Gerontologie: Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen.

Gerontologische Forschung ist demnach interdisziplinär angelegt und verbindet verschiedene Wissenschaftsbereiche wie (Neuro-)Biologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Soziologie, Psychologie, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Ökonomie und Politik. Als eigene wissenschaftliche Disziplin ist Gerontologie nicht deutlich abgrenzbar von anderen Forschungsbereichen. Schneider (2000) beschreibt sie als ein wissenschaftliches Feld, das viele etablierte Disziplinen berührt und durch die Bündelung ein eigenes Profil entwickle. Die aus dem Anspruch der Interdisziplinarität resultierenden Herausforderungen in theoretischer und anwendungsbezogener Hinsicht beschreibt Brandenburg (2015), wobei er darauf hinweist, dass der Verständigung der wissenschaftlichen Ansätze untereinander große Bedeutung zukommt. 1999 bemerkten Bengtson, Rice und Johnson in ihrem Handbuch zu Alterstheorien noch kritisch, dass sich die recht junge gerontologische Forschung und Praxis wenig

an Theorien des Alter(n)s orientiere: "the field of gerontology is data-rich but theory-poor" (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein 2009, S.XXI). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts konstatieren sie einen deutlichen Anstieg experimenteller Analysen und gleichzeitig ein abnehmendes Interesse an integrativer Theorie innerhalb der gerontologischen Forschung. Beschreibende Zugänge zum Alter und Altern durch empirische Datenanalyse würden deutlich überwiegen, während das fundamentale Verständnis und die verknüpfende theoretische Erklärung entsprechender Phänomene, Strukturen und Prozesse zurückstünden.

In der nächsten Auflage des Handbuchs im Jahr 2009 stellen Bengtson, Silverstein, Putney und Gans in ihrem Vorwort fest, dass seit der Jahrtausendwende die Theoriebildung im Bereich der Alter(n)sforschung fortgeschritten sei. Der Übergang von der Multidisziplinarität zur Cross- oder Interdisziplinarität sei mehr als deutlich. Lowenstein und Carmel (2009) zeichnen drei Entwicklungsphasen der Gerontologie als eigene Disziplin nach. In der frühen Stufe, den 1940er bis 1960er Jahren, wurden Erkenntnisse anderer wissenschaftlicher Disziplinen herangezogen. Die mittlere Stufe von 1960 bis in die 1980er Jahre war von einem multidisziplinären Herangehen gekennzeichnet, in dem sich parallel verschiedenste Theorien entwickelten, die Grenzen der Einzelnen wissenschaftlichen Bereiche aber nicht tatsächlich überschritten wurden. Von den 1980er Jahren bis in die Gegenwart entwickelte sich in der späten Stufe eine interdisziplinäre Kultur gerontologischer Forschung und Theoriebildung, z.B. in dem erforscht wird, wie die Qualität der Beziehungen zu relevanten anderen Menschen, das persönliche Erleben von Sinnhaftigkeit und der soziale Prozess der Sinnfindung und die physische und psychische Gesundheit zusammenhängen (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein 2009). Lowenstein und Carmel (2009) sehen die Herausforderung für die Gerontologie darin, die integrative Brücke zwischen der theoretischen Forschung, der Ausbreitung gerontologischer Ausbildungsprogramme und der Institutionalisierung als Disziplin zu bilden. In der institutionellen Paarberatung findet die gerontologische Perspektive trotz des demographischen Wandels bisher eher zögerliches Interesse.

Der Zweig der Gerontopsychologie hat sich etwa seit den 1980er Jahren in Deutschland herausgebildet (Wahl & Kruse, 2003). Der Fachkreis Gerontopsychologie der Sektion Gesundheits-, Umwelt-, Schriftpsychologie des BDP (Berufsverband

Deutscher Psychologinnen und Psychologen) bezeichnet die Gerontopsychologie als "eine der wesentlichen Fachdisziplinen der interdisziplinären Gerontologie" (BDP, Sektion GUS, 2019, S.2). Gerontopsychologie versteht sich als anwendungsorientierte Forschung und befasst sich mit menschlichem Erleben und Verhalten im höheren Lebensalter, mit Veränderungen über die Lebensspanne des Menschen und deren psychologischen Auswirkungen auf die individuelle Situation bis in das hohe Alter (Martin & Kliegel, 2010). Dem mittleren und höheren Lebensalter werden unterschiedliche Schwerpunkte und Entwicklungsschritte zugeschrieben. Stehen im mittleren Erwachsenenalter die Ausweitung von Kompetenzen und die Spezialisierung in verschiedenen Lebensbereichen im Vordergrund, so erfordert das höhere Lebensalter, die Kräfte zu konzentrieren und vorhandene Ressourcen zu erhalten.

Zentrale gerontopsychologische Leitthemen orientieren sich an folgenden Fragen: Welche Entwicklungsprozesse lassen sich im höheren Erwachsenenalter im Hinblick auf biologische, soziale, emotionale und kognitive Strukturen feststellen? Wie hängen diese wiederum mit Faktoren innerhalb der Gesellschaft und mit dem jeweiligen Lebenskontext der älteren Menschen zusammen? Weiteres Forschungsinteresse richtet sich darauf, auf welche Weise biopsychosoziale Belastungen, Einschränkungen und Verluste im höheren Erwachsenenalter bewältigt werden, wo Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung liegen und wie gutes Altern gelingt bzw. subjektives Wohlbefinden trotz Einschränkungen gefördert wird (Martin & Kliegel 2010). Diese Fragestellungen spielen in Beratungsprozessen mit älteren Paaren eine wesentliche Rolle.

Martin und Kliegel (2010) benennen vier Schlüsselkonzepte der gerontopsychologischen Forschung: die Ressourcen, die eine alternde Person auf verschiedenen Ebenen hat, z.B. bezgl. der individuellen körperlichen und gesundheitlichen Situation, ihre Ziele im Hinblick auf Wohlbefinden, Autonomie und soziale Beziehungen, die altersentsprechend erreicht und erhalten werden wollen. Weiterhin befasst sich die Forschung zu älteren Menschen mit Kontexten im Sinne von sozialen, historischen, kulturellen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen sowie mit Prozessen, die der alternde Mensch zur Zielerreichung einsetzt. Beim letzten Punkt handelt es sich zum einen um selbst-regulative akkomodative Prozesse, über die Ältere die eigene Lebenssituation neu bewerten und/oder neue Ziele wählen. Zum anderen

werden vorhandene Ressourcen an die veränderte Lebenssituation angepasst. Im Rahmen dieser Arbeit sind insbesondere die Ziele und Prozesse im Kontext langjähriger Paarbeziehungen und familiärer Beziehungen relevant.

Theoretische Ansätze innerhalb der noch relativ jungen Disziplin der Gerontopsychologie sind im Entwicklungsstadium. Nach Martin und Kliegel (2010) lassen sich zwei Richtungen identifizieren, von denen eine sich mit Entwicklungsphänomenen in bestimmten umgrenzten Bereichen und Funktionen befasst, z.B. dem der kognitiven Fähigkeiten oder der Persönlichkeit. Eine andere, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit relevant erscheint, nimmt eine umfassende Perspektive in Bezug auf die menschliche Entwicklung über die Lebensspanne ein. Zu letzterer gehören Ansätze zur Entwicklungsregulation wie das Konzept der Entwicklungsaufgaben (vgl. Rothermund & Wentura, 2007, S.552f.), die Frage, wie Belastungen im Alter bewältigt werden und subjektives Wohlbefinden aufrechterhalten wird, und auf welche Weise Biologie und Kultur im höheren Lebensalter interagieren. Wesentliche Impulse dazu gibt seit Längerem der Ansatz der Lebensspannenpsychologie.

2.2 Psychologie der Lebensspanne

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts herrschten Modelle der Reifung und Entwicklung in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit menschlicher Entwicklung vor. Ursprünglich waren sie auf die Kindheit bezogen und wurden später auf das Jugend- und Erwachsenenalter ausgeweitet. Protagonisten/-innen des phasenstrukturellen Konzepts von ontogenetischer Entwicklung wie Karl Bühler (1918) oder Charlotte Bühler (1933) gingen von universell gültigen Entwicklungsthemen aus, die in bestimmten Lebensaltern verortet und zeitlich nicht variabel sind. Es wurden unidirektionale Entwicklungsschritte angenommen, die in fester Reihenfolge aufeinander aufbauen und auf ein finales Reifestadium hin orientiert sind (vgl. Schneider & Lindenberger 2012, S.28). Der Übergang von einer in die nachfolgende höherwertige Stufe bedeute jeweils einen qualitativen Sprung. Diese Entwicklungsschritte wurden in bestimmten Lebensaltern angesiedelt, galten als universell und nicht reversibel (Flammer, 2009). Der bekannteste Vertreter des phasenstrukturellen Ansatzes ist wohl Erik H. Erikson (1966, 2005), der Persönlichkeitsentwicklung und psychosoziale Krisen über den gesamten Lebenslauf als qualitativ aufsteigende Entwicklung hin

zu einem endgültigen Reifestadium konzeptionierte, allerdings in Polarisation dazu auch die Gefahr des Scheiterns in jeder Phase einbezog. Auch Havighurst (1948) ist mit seinem Konzept der Entwicklungsaufgaben in bestimmten Lebensabschnitten den phasenstrukturellen Modellen zuzuordnen.

Vor dem Hintergrund biologischer Reifungstheorien und Forschungen im Bereich der Genetik und Evolutionstheorie betrachtete man insbesondere im angloamerikanischen Raum Entwicklungsprozesse zunächst ausschließlich in eine Richtung, nämlich auf Zugewinn, Aufbau und Wachstum hin (Schneider & Lindenberger, 2012). Im deutschsprachigen Raum existiert hingegen eine langjährige Forschungstradition, Entwicklung als lebenslangen Prozess zu betrachten und zu verstehen und dies dementsprechend auch auf das höhere Erwachsenenalter zu beziehen. Dieser Entwicklungsbegriff löst sich von der Position, ausschließlich universelle Entwicklungsprinzipien einzubeziehen. Prozessorientierte Ansätze der Entwicklungspsychologie konzipieren Entwicklung als Veränderung über die gesamte Lebensspanne, die sich in Wechselwirkung verschiedener Einflussgrößen ergibt. Zu diesen Faktoren gehören beispielsweise individuelle Charakteristika, biologische Gegebenheiten und historische, kulturelle und psychosoziale Kontextbedingungen. Herausragende Pionierbeiträge in Deutschland dazu sind verbunden u. a. mit den Namen von Margret M. und Paul B. Baltes, Ursula Lehr und Hans Thomae. Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne stellt einen Bezug zu frühen entwicklungspsychologischen und philosophischen Ansätzen her (Tetens, 1777; Cicero, 1998).

Die kontinuierliche Beschäftigung mit konzeptionellen Ansätzen der Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters fand und findet in zugehöriger empirischer Forschung insbesondere zum höheren Erwachsenenalter vielfältigen Ausdruck (P.B. Baltes & Schaie, 1973; Baltes, 1990; Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Lehr & Thomae, 2000). Der prozessorientierte Ansatz des "Life-span development" (Lerner, Lamb & Freund, 2010) eignet sich in besonderer Weise als Rahmen, um Entwicklungsthemen, Herausforderungen und Grenzen in Paarbeziehungen im höheren Alter zu untersuchen und ihre Bedeutung für Beratungsprozesse mit langjährigen Paaren einzuordnen.

Die Lebensspannenpsychologie ("Life-span developmental psychology") betrachtet die individuelle menschliche Entwicklung in ihrer Gesamtheit von der Zeugung bis zum Tod (Baltes, Staudinger & Lindenberger 1999). Zu den Grundannahmen gehört, dass Entwicklung nicht mit dem Erreichen des Erwachsenenalters endet, sondern lebenslang Erwerb, Zugewinn, Wachstum, Veränderung und Aufrechterhaltung sowie Abbau und Verlust in komplexen dynamischen Prozessen ineinandergreifen. Diese Haltung eröffnet für Beratungsprozesse mit älteren Paaren entscheidende Perspektiven. Individuelle Besonderheiten und die biografische Entwicklung des einzelnen Menschen stehen ebenso im Fokus des Forschungsinteresses der Psychologie der Lebensspanne wie übergreifende Entwicklungsprinzipien. Heterogenität im Alterungsprozess und Kontextualismus gehören zu den wesentlichen Leitgedanken der Lebensspannenpsychologie. Auf den individuellen Entwicklungsverlauf eines Menschen wirken sowohl altersbedingte (altersnormierte Ereignisse) als auch historisch bedingte (epochennormierte Ereignisse) und nicht-normative Faktoren (idiosynkratische Ereignisse) bzw. Kontexte ein (vgl. Baltes & Carstensen, 1996), die sich wiederum wechselseitig beeinflussen. Hinsichtlich verschiedener Alterskohorten, den sogenannten jungen Alten und älteren Alten sowie Hochbetagten ist es bedeutsam, diese Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Baltes, Lindenberger und Staudinger (2006) systematisieren in einer metatheoretischen Perspektive Leitsätze der Lebensspannenpsychologie zum menschlichen Alternsprozess auf fünf Analyseebenen, die - von universellen ontogenetischen Lehrsätzen ausgehend - sukzessive immer konkreter werden und schließlich empirische Forschungsergebnisse darstellen. Ebene 1 betrifft die biologische und kulturelle Entwicklungsperspektive, Ebene 2 befasst sich mit der Dynamik von Gewinnen und Verlusten über die Lebensspanne, Ebene 3 enthält eine Sammlung metatheoretischer Aussagen der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Auf Ebene 4 wird ein Modell erfolgreichen Alterns dargestellt, und Ebene 5 nimmt spezifische psychologische Funktionen und Entwicklungsbereiche in den Blick: Intelligenz, Kognition, Persönlichkeit und Selbst.

Im Rahmen dieser Arbeit sind selbstregulatorische Prozesse und Fähigkeiten angesichts der Dynamik von Gewinnen und Verlusten im höheren Alter von Interesse, wobei der Schwerpunkt auf der Gestaltung bedeutsamer sozialer Beziehungen

liegt. Dies betrifft insbesondere die langjährige Paarbeziehung. Daher werden schwerpunktmäßig die Ansätze und Forschungsergebnisse im Bereich Handlungsmotivation und Emotionsregulation sowie zur Gestaltung naher sozialer Beziehungen in den Blick genommen.

Im Folgenden werden Kernbegriffe des Ansatzes der Lebensspannenpsychologie skizziert und auf langjährige Paarbeziehung älterer Menschen bezogen.

2.2.1 Die Architektur des Lebensverlaufs

Im Konzept der Psychologie der Lebensspanne betrachten Baltes, Lindenberger und Staudinger (2006), wie Biologie und Kultur bzw. Gesellschaft zusammenspielen, und wie die individuelle Weiterentwicklung und erfolgreiche Anpassung an veränderte Lebensumstände gelingt. Baltes (1997) prägte den Begriff der "unvollendeten Architektur der Humanontogenese". Das individuelle Verhältnis von Gewinnen und Verlusten in Bezug auf die Funktionsfähigkeit ist dabei das Maß der (Un)Vollendetheit. Die biologische Ausstattung und die grundlegenden Funktionen sind dem Menschen vorgegeben, während die Person kulturelle Fähigkeiten und Fertigkeiten im Lauf ihrer Entwicklung über Lernerfahrungen erwirbt. Menschliche Entwicklung ist über alle Lebensphasen von Plastizität gekennzeichnet. Altern bedeutet demnach ein kontinuierliches Ineinandergreifen von Individuum, Biologie und Kultur. In der Lebensspannenpsychologie spricht man in diesem Zusammenhang von "mechanics and pragmatics of life" (Wurm, Ziegelmann & Tesch-Römer, 2012). Gemeint sind zum einen die Lebensmechanik - die biologischen Voraussetzungen und Veränderungen des Menschen - und zum anderen die Lebenspragmatik, gleichbedeutend mit den Ergebnissen aus lebenslangen Lernprozessen und kulturellen Errungenschaften (Staudinger, 2008).

Neben biologischen Prozessen der Reifung und Alterung sind demnach lebenslange Lernprozesse und persönliche Entscheidungen im Handeln ausschlaggebend für die Art, wie ein Individuum altert und das höhere Lebensalter gestaltet. Da die genetisch angelegte Plastizität mit zunehmendem Alter abnimmt, bedarf der Mensch im höheren Lebensalter zunehmend der Kompensation durch kulturelle Errungenschaften (Baltes, 1999), um sich Funktionstüchtigkeit und Handlungsspielräume zu erhalten. Das biologische Potential des Menschen verringert sich, der Be-

darf nach Kultur im Sinne von sozialen, psychologischen, ökonomischen und materiellen Ressourcen und Stabilisierungsfaktoren nimmt hingegen zu. Diese Ressourcen sind im Sinne der Lebensspannenpsychologie sehr weit gefasst und beziehen sich auf im Lauf der Menschheitsgeschichte erworbene und tradierte Fähigkeiten, Fertigkeiten und die hervorgebrachte Gestaltung der Umwelt. Dabei kann es sich beispielsweise um ganz konkrete gesellschaftliche Institutionen handeln wie Strukturen des psychosozialen Hilfe- und Beratungssystems oder des Gesundheitssystems, um ideelle Kulturgüter, um Wissensbestände oder auch um soziale Beziehungen wie Paar- und Familienbeziehungen. Diese Strukturen ermöglichen adaptive Prozesse gerade im Alter, wenn sich biologische Ressourcen verringern und Belastungen und Defizite vermehrt auftreten. Individuelle Entwicklungsverläufe sind demnach immer auch unter historischer Perspektive zu sehen, denn die sozio-kulturellen Bedingungen verschiedener Zeitepochen unterscheiden sich offenkundig. So haben die Geburtsjahrgänge der 1930er und 1940er im europäischen Raum durch die Ereignisse des II. Weltkriegs sowie Flucht und Vertreibung wesentlich andere Lebenskontexte erfahren als die Jahrgänge, die ab 1950 geboren wurden. Etwaige Kohorteneffekte sollten daher im Blick auf ältere Paare nicht vernachlässigt werden.

Allerdings verringert sich die Wirkkraft der kulturellen Faktoren und damit die Plastizität mit fortschreitendem Alterungsprozess des Menschen, sodass erstrebte Ziele und die Möglichkeit, sie zu verwirklichen, mehr und mehr auseinanderklaffen. Wie die Berliner Altersstudie (Lindenberger, Smith, Mayer & Baltes, 2010) zeigte, erlebt im sogenannten vierten Lebensalter (80 bis 100+ Jahre), der Hochaltrigkeit, eine zunehmende Zahl der Menschen trotz großer interindividueller Unterschiede biologische und kulturelle Unvollendetheit (Baltes, 1999). Verluste schränken die Funktionsfähigkeit zunehmend ein, ohne dass kulturelle Faktoren entsprechende Kompensation ermöglichen. D.h., dass Plastizität und damit zusammenhängendes Verhaltenspotential über die Zeit abnehmen (Baltes, 1999). Das Verhältnis von Gewinnen und Verlusten verschiebt sich im Lauf der Jahre in Richtung der Verluste (Baltes 1987; Wurm, Ziegelmann &Tesch-Römer, 2012).

Die Befunde stützen die Annahme, dass eine Unterscheidung "junger Alter" im dritten Alter (60 bis 80 Jahre) und "alter Alter" darüber hinaus im vierten Lebensalter sinnvoll ist (Baltes & Smith, 1999). Dieser Aspekt ist für die Paarberatung Älterer

bedenkenswert, da sich individuelle Beratungsziele der Paare in den verschiedenen Altersstufen im Segment „höheres Erwachsenenalter“ unterscheiden können. Allerdings erscheinen die Altersübergänge fließend, und die Grenzen werden nicht einheitlich gesetzt, was aufgrund der Heterogenität der Entwicklung gerade im höheren Alter naheliegt. Allein die Tatsache des chronologischen Alters sagt noch nichts über Ressourcen und Intentionen zur Veränderung des Einzelnen im Rahmen von Beratungsprozessen aus. Manche Autoren sehen den Übergang vom mittleren in das höhere Erwachsenenalter bei 65 Jahren (Lindenberger & Schaefer, 2008). Hochaltrigkeit hingegen beginnt nach allgemeinem Verständnis bei 80 bis 85 Jahren (Lindenberger, Smith, Mayer & Baltes, 2010) und wird aufgrund der biologisch bestimmten körperlichen Begrenzungen als Zeitraum mit speziellen Herausforderungen gesehen. Nach Heuft (2012) wird der körperliche Alterungsprozess im höheren Erwachsenenalter unausweichlich zum „somatogenen Organisator“ (ebenda, S.151) des persönlichen Entwicklungsprozesses. Die letzte Lebensphase bis zum Tod ist u.U. durch erhebliche körperliche Einschränkungen und chronischen Stress bzw. Überforderung gekennzeichnet und bedeutet aufgrund der zunehmenden und radikalen Erfahrung der Begrenztheit eine große Herausforderung bezüglich adaptiver Strategien und Resilienz.

2.2.2 Entwicklungsgewinne und Entwicklungsverluste im höheren Alter

Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne öffnet den Blick gleichermaßen auf Entwicklungsgewinne und –verluste über den gesamten Lebensverlauf und fokussiert deren dynamisches Zusammenspiel (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006). Prozesse der Differenzierung ebenso wie Entdifferenzierung, der Integration wie der Desintegration werden einbezogen (Brandstädter, 2007). Im Unterschied zu unidirektionalen Ansätzen und auf- bzw. absteigenden Stufenmodellen der menschlichen Entwicklung, beinhaltet die Lebensspannenperspektive die Möglichkeit, sowohl Aufbau- als auch Abbauprozesse, Gewinne und Verluste zu betrachten, die zeitgleich in jeder Lebensphase auftreten (Wurm, Ziegelmann & Tesch-Römer, 2012). Entgegen der traditionellen Sicht, dass Phasen des Aufbaus und Wachstums in Phasen der Stabilität und Reife übergehen und in eine Phase des Abbaus im Alter münden, geht die Psychologie der Lebensspanne davon aus, dass jede auftretende

und gewählte Spezialisierung im gesamten Verlauf der individuellen Entwicklung immer auch den Verlust alternativer Optionen bedeutet (Baltes & Baltes, 1989). Jede Entscheidung oder Spezialisierung bedeutet zugleich auch den Verlust alternativer Möglichkeiten, z. B. in der beruflichen Entwicklung, im Energieaufwand für andere Funktionen und Lebensbereiche oder in der Wahl naher Bezugspersonen und der Gestaltung sozialer Beziehungen. Gewinne und Verluste gehen demnach in jedem Lebensalter Hand in Hand (Baltes, 1997). Gerade im Hinblick auf Entwicklungsprozesse im höheren Lebensalter und die Gestaltung von Paarbeziehung erscheint die genannten Perspektive angemessen, da sie ermöglicht, komplexe und dynamische Prozesse von Entwicklungsverlusten und -gewinnen in Koexistenz zu erfassen (Freund & Baltes, 2005). Gewinne und Verluste geraten mit zunehmendem Alter allerdings zunehmend in ein negatives Verhältnis. Umso bedeutender ist es, den Einsatz eigener verbliebener Ressourcen zu steuern.

Im Lifespan-Skript der Allokation von Ressourcen lassen sich nach Baltes (1997) Entwicklungsziele in dreifacher Hinsicht in einem sog. Lebensverlaufsmuster kategorisieren. Zum einen handelt es sich um Prozesse des Zuwachses und um Gewinne im Hinblick auf Kompetenzen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen. Damit verbunden ist ein höheres Funktionsniveau. Zum anderen geht es darum, das erreichte Funktionsniveau zu erhalten, auch unter erschwerten Bedingungen. Zum Dritten bedarf es der Fähigkeit, das Erlebnis von Verlusten zu regulieren. In der ersten Hälfte des Lebens dominieren Zugewinn und wachstumsbezogene Ziele, während etwa ab der Lebensmitte persönliche Ziele mehr und mehr davon gekennzeichnet sind, den Erhalt des Erreichten zu sichern, Verluste zu vermeiden und/oder Gewinne wiederherzustellen, d.h. sich resilient zu zeigen (Freund, Weiss & Nikitin, 2014). Mit ansteigendem Alter nehmen Zugewinnprozesse mehr und mehr ab (Zank, Peters & Wilz, 2010). Stattdessen werden die vorhandenen Ressourcen eingesetzt, um unvermeidliche Verluste zu verarbeiten und zu regulieren. Diese drei Ziele interagieren dynamisch, wobei mit zunehmendem Alter der Erhalt der Funktionsfähigkeit und die Regulation von Verlusten durch relative Allokation von Ressourcen an Bedeutung gewinnt, was als übergeordnetes Entwicklungsziel im späten Erwachsenenalter angesehen wird (Lindenberger & Schaefer, 2008).

Wie diese Prozesse sich auf nahe soziale Beziehungen auswirken und wie Paarbeziehungen wiederum durch diese Phänomene beeinflusst werden, ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit bedeutsam.

2.2.3 Multidimensionalität, Multidirektionalität und Multifunktionalität der Entwicklung

Metatheoretische Aussagen der Psychologie der Lebensspanne, die auf einem erweiterten Entwicklungsbegriff beruhen, betonen die Heterogenität von Entwicklung, also intra- und interindividuelle Unterschiede, die besonders im höheren Alter der Aufmerksamkeit bedürfen (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2007). Entwicklung wird in diesem Ansatz als inter- und intraindividuell variabel gesehen. Es gibt keine allgemein gültigen Verlaufskriterien und keinen endgültigen Zustand. Ein partizipativer Ansatz in der psychosozialen Beratung beinhaltet, das Beratungsangebot individuell und passgenau auf die Ratsuchenden hin auszurichten und gemeinsam mit ihnen zu gestalten (Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013). Partizipative Ansätze in der Sozialforschung legen nahe, die subjektive Perspektive der Betroffenen einzubeziehen (von Unger, 2014). Dies gilt auch und besonders im Blick auf die Heterogenität der Entwicklungsprozesse und die Gestaltung bedeutsamer sozialer Beziehungen, insbesondere der Paarbeziehung im höheren Lebensalter.

Multidirektionalität und Multifunktionalität von Entwicklung sind entscheidende Kriterien in der Lebensspannenpsychologie (Freund & Baltes, 2005). Multidimensionalität weist darauf hin, dass sich Entwicklungsprozesse eines Individuums parallel in verschiedenen Bereichen vollziehen, z.B. im kognitiven und im Bereich der sozialen Beziehungen wie auch der Emotionen oder der Persönlichkeit. Entwicklung ist dynamisch und multidirektional, d.h. sie kann im Lauf eines Menschenlebens, im Hinblick auf verschiedene Entwicklungsbereiche sowie innerhalb eines Entwicklungsabschnitts unterschiedliche Richtungen nehmen. So zeigen sich möglicherweise gleichzeitig Abbau- und Wachstumsprozesse im Rahmen kognitiver und emotionaler Entwicklung im Alter in unterschiedlichen Richtungen (Langfeldt & Nothdurft, 2007). Die Entwicklung sozio-emotionaler Fähigkeiten und Fertigkeiten ist für die Gestaltung von Paarbeziehungen von Bedeutung, im Rahmen dieser Arbeit werden besonders die entsprechenden Spezifika im höheren Alter aufgegriffen. Dies wird in den Abschnitten 2.3 und 2.4. weiter ausgeführt.

2.2.4 Modell des erfolgreichen Alterns

Im Prozessorientierten Modell erfolgreichen Alterns (M.M. & P.B. Baltes, 1990) wird neben den zunehmenden Abbauschritten im Prozess des Alterns - in körperlicher und geistiger Hinsicht sowie im Bereich sozialer Beziehungen - die andere Seite der Medaille betrachtet. Demnach sind Weiterentwicklung und eine veränderte Form der Kreativität und Auseinandersetzung mit sich selbst und der sozialen Umwelt im höheren Lebensalter möglich (Baltes & Carstensen, 1996). Die Frage, was gutes Altern bedeutet, unterliegt einer hohen interindividuellen Vielfalt. Allgemeine Normen oder Idealvorstellungen zu dieser Frage sind von kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt und berücksichtigen die unterschiedlichen Ziele des einzelnen Menschen im höheren Alter nicht in ausreichendem Maß (Beyer, Wurm & Wolf, 2017). Wie der/die Einzelne erfolgreiches Altern gestalten kann, erscheint im genannten Modell entscheidend. Lassen sich Zufriedenheit, Gesundheit, Glückserfahrungen, Autonomie und Selbstwirksamkeit aufrechterhalten oder sogar optimieren, wenn sich die Bilanz von Verlusten und Gewinnen in negative Richtung verschiebt? Welche Strategien wenden Menschen im höheren Lebensalter an, um ihre Ziele in ihrer Beziehungsumwelt – insbesondere in Paarbeziehungen - vor dem Hintergrund höherer Vulnerabilität zu erreichen? Wie mobilisieren sie soziale Ressourcen?

Sowohl bei zunehmenden als auch bei abnehmenden Ressourcen ist das Modell der „Selektiven Optimierung mit Kompensation“ ein nützliches Konzept, das je nach Lebenskontext Spezialisierung bzw. Anpassung von Zielen erklärt. (Baltes & Baltes, 1989; Freund & Baltes, 2002). Erfolg wird in diesem Modellrahmen im Hinblick auf altersbezogene Erwartungen und adaptive Ziel-Selektion so definiert, dass Gewinne maximiert und Verluste minimiert werden (Freund & Baltes, 2005). Das bedeutet eine Abkehr von globalen Kriterien bzw. Indikatoren für erfolgreiches Altern bzw. "gutes Leben im Alter" (Baltes & Carstensen, 1996), wie z.B. Langlebigkeit, Ich-Integrität etc. Es geht um den Prozess der Zielformulierung und -verfolgung selbst, d.h. darum, wie alternde Menschen Ressourcen aktivieren, um die Verschiebung der Gewinn-Verlust-Bilanz zum Negativen zu bewältigen und ein möglichst hohes Funktionsniveau, ein positives Selbstbild und subjektives Wohlbefinden in ihrer sozialen Umwelt zu erhalten.

Dieser Gedanke findet sich ebenfalls im Modell der Differenziellen Allokation von Ressourcen (Lindenberger & Schäfer, 2008). Die Person wird als Gestalterin ihrer Entwicklung und ihrer sozialen Beziehungen über die Lebensspanne gesehen, die sich Ziele setzt, sie aufrechterhält und sie verfolgt. Die Zielsetzung richtet sich nach den individuellen Werten, die jede Person im Lebenslauf entwickelt. Da im höheren Alter normative Vorgaben und soziale Erwartungen zurücktreten, z.B. in Bezug auf berufliche und familiale Rollen, gewinnen in diesem Lebensabschnitt Prozesse der individuellen Zielauswahl und Zielverfolgung an Bedeutung. Gleichzeitig schränken Verluste und schwindende Ressourcen, z.B. chronische Erkrankungen und sich verringernde bedeutsame soziale Beziehungen, die Gestaltungsmöglichkeiten im höheren Alter wiederum ein (Freund, 2007).

Wenn man davon ausgeht, dass im höheren Erwachsenenalter soziale Beziehungen und sozio-emotionale Ziele wichtiger werden (Blanchard-Fields, 2007), so gilt dies insbesondere für die Paarbeziehung, die zu den bedeutsamsten im Lebenslauf gehört. Es liegt nahe, dass die Allokation von Ressourcen in der Gestaltung in der Paarbeziehung allgemein und im Hinblick auf gemeinsames Problemlösen im Besonderen weitreichende Folgen für das subjektive Wohlbefinden hat. Auf diese Dynamik der Umzentrierung sozialer Motive und Emotionsregulationsstrategien im höheren Erwachsenenalter angesichts von Verlusterfahrungen und begrenzten Ressourcen gehe ich in den folgenden Abschnitten ein.

2.3 Handlungsmotivation im höheren Alter

Im höheren Lebensalter gewinnen Prozesse der Selbstregulation und motivationale Aspekte in der Gestaltung des individuellen Lebens und der sozialen Beziehungen an Bedeutung, da im Vergleich zum jüngeren und mittleren Alter wenig gesellschaftliche Normen für Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase existieren. Dies gilt insbesondere für langjährige Paarbeziehungen im höheren Alter, für deren Gestaltung kaum gesellschaftliche Vorgaben existieren. Soziale Normen werden mit steigendem Lebensalter flexibler und erlauben individuelle Wahl und Entscheidungen in der Lebensgestaltung bzw. fordern diese sogar heraus. Besonders im Umgang mit Verlusten im gesundheitlichen Bereich im Alter oder im Blick auf die verrinnende

Lebenszeit werden Prozesse der Selbstregulation eminent wichtig (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Thomae (1992) weist in seiner kognitiven Alternstheorie darauf hin, dass eine erfolgreiche Anpassung im Alter durch die subjektive Bedeutung bedingt ist, die erlebten Veränderungen zugeschrieben wird sowie durch die zugrundeliegenden motivationalen Faktoren. Veränderungen im Lebensumfeld und in gesundheitlicher Hinsicht sind nicht an sich relevant für ein aktives Altern und psychisches und physisches Wohlbefinden. Vielmehr basiert dieses - vor dem Hintergrund der bedeutsamen individuellen Bedürfnisse und Lebensziele - auf der Interpretation der Lebensbedingungen und des eigenen Gesundheitszustandes (Rupprecht, 2008).

Im Rahmen meiner hier vorgelegten Studien mit langjährigen Paaren sind daher Theorien im Rahmen der Lebensspannenpsychologie relevant, die sich mit Handlungsmotivation und Emotionsregulationsstrategien befassen, die u. a. in nahen sozialen Beziehungen wie der zum/zur langjährigen Partner/Partnerin zum Einsatz kommen. Ein bedeutsames Postulat ist, dass Individuen in späteren Phasen im Lebenslauf aversive Folgen von Herausforderungen, Einschränkungen und Verlusten vermeiden und subjektives Wohlbefinden aufrechterhalten können, indem sie z.B. in ihrer Paarbeziehung selbstregulative Strategien einsetzen, die entweder auf die Zielerreichung bzw. Aufrechterhaltung eines erreichten Status oder die Ablösung von persönlichen Zielen ausgerichtet sind (Wrosch, Scheier, Carver & Schulz, 2003). Der Text des populären „Serenity prayer“, auch Gelassenheitsgebet genannt, enthält beide Elemente im Zusammenspiel: die Fähigkeit, Unveränderbares hinzunehmen sowie den Mut, Veränderungen im eigenen Möglichkeitsbereich umzusetzen (vgl. Boerner & Jopp, 2007). Die Kunst besteht nach dieser Volksweisheit im individuellen Einsatz der passenden Strategie im passenden Kontext. Die Bedeutung der unterschiedlichen Strategien und ggf. ihre Kombination ist im Hinblick auf die Regulationsprozesse in langjährigen Paarbeziehungen Älterer von großem Interesse. Es lassen sich nach Helson & Srivastava (2001) zwei Typologien von Reife unterscheiden. Zum einen gilt als Kriterium die Bewältigung der Umwelt und zum anderen das persönliche Wachstum (vgl. Staudinger & Dörner, 2007, S.669ff.). Dementsprechend fokussieren Theorien „guten Alterns“ zum einen Zielverfolgungsstrategien (Brandtstädter, 2007b), die auf

die Bewältigung der Umwelt ausgerichtet sind und zum anderen Affektoptimierungsstrategien, die sich auf die Selbstgestaltung einer positiven Gegenwart beziehen (Carstensen & Lang, 2007; Charles & Hong, 2016).

Drei handlungstheoretische Modelle innerhalb der Lebensspannenpsychologie befassen sich mit Selbstregulation und Bewältigungsstrategien bei Entwicklungsverlusten im höheren Alter: das Duale Prozessmodell der assimilativen und akkommodativen Bewältigung (Brandtstädter, 2007c, 2009), das Modell der Optimierung durch primäre und sekundäre Kontrolle (OPS) (Heckhausen & Schulz, 1993, 1995; Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010) und das Modell der "Selektiven Optimierung mit Kompensation" (SOK) (Baltes, 1990; Wiese, Freund & Baltes, 2000). Die drei Modelle betonen in unterschiedlicher Weise Strategien der Reorientierung oder Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung. Sie beschreiben Entwicklung als lebenslange Antwort auf physische, soziale und psychologische Veränderungen. Im Kontext langjähriger Paarbeziehungen älterer Menschen betrifft dies Lebensereignisse wie den Auszug von erwachsenen Kindern aus dem Elternhaus, die Beendigung der beruflichen Tätigkeit und/oder körperliche Einschränkungen und Verlusterfahrungen, die sich auf die Paarbeziehung auswirken und Anpassungsprozesse erfordern.

2.3.1 Das duale Prozessmodell der Entwicklungsregulation

Im Modell der assimilativen und akkommodativen Bewältigung steht der Prozess der Selbstentwicklung im Erwachsenenalter im Mittelpunkt, der eine Passung von persönlichen Zielen und tatsächlichen Ergebnissen der Entwicklung anstrebt (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Im Sinne der subjektiven Lebensqualität streben Menschen an, Gewinne und Verluste in einer angemessenen Balance zu halten. Zum einen werden persönliche Ziele auf effiziente Art verfolgt, zum anderen werden die eigenen Ziele an die sich verändernden Ressourcen im Lebenslauf angepasst. Beide Prinzipien, hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung, stehen als komplementäre Bewältigungsstrategien in einem lebenslangen Wechselspiel (Brandtstädter, 2009).

Um eine Kongruenz zwischen der aktuell wahrgenommenen und der angestrebten persönlichen Situation herzustellen und damit die Stabilität des positiven Selbst zu erhalten, können zum einen assimilative Strategien eingesetzt werden, die darauf gerichtet sind, die soziale Umwelt, die gegebene Situation oder das eigene

Verhalten entsprechend den persönlichen Zielen zu verändern und sich an diese Ziele weiter gebunden zu fühlen. In einer langjährigen Paarbeziehung beispielsweise können beide Partner sich immer wieder Kämpfe darum liefern, wer wieviel und welchen Einfluss ausübt, wer sich durchsetzt und wie die Pole „Führen“ und „Sich Anschließen“ (v. Tiedemann & Jellouschek, 2000) besetzt werden. Bei blockierten Zielen wird im akkommodativen Bewältigungsmodus das individuelle Ziel flexibel an die vorhandenen Umsetzungsmöglichkeiten und Kontexte angepasst. Ziele können umformuliert oder in ihrer Bedeutung zurückgestuft werden. So besteht die Möglichkeit, Gefühle von Verlust und Hilflosigkeit zu dämpfen, um protektiv den eigenen Selbstwert zu erhalten (Brandtstädter & Rothermund, 1998). In einer Paarbeziehung ist es dementsprechend möglich, soziale Ziele in Paarkonflikten zu verändern, die zu sogenannten ewigen Problemen geworden sind (Gottman & Silver, 2000), d.h. bei denen die Partner ihre je unterschiedlichen Bedürfnisse und Positionen kennen und sich darin keine Übereinstimmung erzielen lässt. In diesem Kontext erscheint es sinnvoll, Konfliktdeeskalation anzustreben, um das Erleben negativer Emotionen zu vermeiden (Holley, Haase & Levenson, 2013). Im Lebenslauf verändert sich demnach die Art, mit der ein Individuum auf innere und äußere Ereignisse reagiert und sie verarbeitet. Brandtstädter (2007b) geht davon aus, dass Menschen im ersten Schritt assimilative Strategien einsetzen, um Ziele zu erreichen und Verluste zu vermeiden. Wenn trotz verstärkter und kompensatorischer Bemühungen dies nicht gelingt, kommen akkommodative Strategien zum Einsatz (Brandstädter & Renner, 1990; Freund & Baltes, 2005). Besonders im höheren Alter, wenn Einschränkungen und Ressourcenverluste zunehmen, ist die Fähigkeit, nicht (mehr) erreichbare Ziele aufzugeben oder an veränderte Situationen und Ressourcen anzupassen, eine entscheidende adaptive Strategie. Dies gilt für gesundheitliche Aspekte, die eigene Leistungsfähigkeit und insbesondere für persönliche Beziehungen zu nahestehenden Personen wie dem Partner oder der Partnerin. Um das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu erhalten, werden unfruchtbare Bestrebungen, die selbstgesetzten Ziele in der Interaktion mit dem Partner/der Partnerin zu erreichen, aufgegeben. Der Status quo der Beziehung wird als stabilisierender Faktor wertgeschätzt, besonders bei irreversibel erscheinenden Verlust- und Veränderungserfahrungen wie körperlichen Einschränkungen, Belastungen und chronischen Erkrankungen. Handlungsreserven werden so kanalisiert

und auf neue, erfolgversprechende Ziele mit subjektiv positiver Bedeutung gerichtet (Brandtstädter, 2009).

Im Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden erscheint Akkommodation als entscheidender Faktor, um alterstypische Probleme wie körperliche und gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen (Brandtstädter, Wentura & Grewe, 1993). Akkommodative Flexibilität trägt zudem zur Qualität und Stabilität der Paarbeziehung bei und verringert den negativen Effekt, den die Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung auf das Wohlbefinden hat (Brandtstädter & Felser, 2003). Beide Partner können beispielsweise bestimmte Veränderungswünsche aufgeben, die aktuelle Situation akzeptieren und neue gemeinsame Ziele suchen. Wenn sich die Bewältigungsstrategien beider konträr zueinander verhalten, kann es zu eskalierenden Situationen und gegenseitiger Blockierung kommen.

Im Rahmen der Weisheitsforschung stellt Brandtstädter (2009) dar, dass sich aufgrund der Erfahrung, dass die eigene Lebenszeit endlich ist, sie sich zunehmend verringert und menschliches Leben zerbrechlich erscheint, eine Haltung der "final decentration" entwickeln kann. Individualistische oder selbstbezogene Belange treten zurück zugunsten zeitloser Werte, die die eigene Lebenszeit überschreiten und zugunsten einer selbstlosen und selbst-transzendenten Perspektive.

2.3.2 Die motivationale Theorie der Lebensspanne

Das Modell der Optimierung durch primäre und sekundäre Kontrolle (OPS-Modell) ist als Metaregulationsmodell zu verstehen und geht ebenfalls von einer enormen Adaptationsfähigkeit des Menschen aus (Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010). Es betrachtet motivationale Strategien, mittels derer persönliche Ziele in verschiedenen Lebensphasen langfristig verfolgt und unerreichbare Ziele abgelöst werden. Diese Prozesse der Motivationsregulation dienen dazu, die persönliche Entwicklung an Veränderungen im Lebenslauf anzupassen und zu optimieren, z.B. in sozial bedeutsamen Beziehungen wie der Paarbeziehung. Das Individuum wird in diesem Zusammenhang als aktiv handelnd gesehen, wobei primäre und sekundäre Kontrollstrategien eingesetzt werden. Primäre Kontrolle zeigt sich, indem Ressourcen zur Veränderung der (sozialen) Umwelt eingesetzt werden. Sekundäre Kontrolle bezieht sich auf innere kognitiv-emotionale Prozesse, bei denen Ziele neu bzw. umbewertet werden und subjektives Kontrollerleben auf diese Weise erhalten bleibt. Nach

Heckhausen und Schulz (1993, 1995) gilt im Motivationssystem lebenslang das Primat der primären Kontrolle. Menschen streben in erster Linie danach, ihre Umwelt – z.B. ihre nahen sozialen Beziehungen, insbesondere die Paarbeziehung - in ihrem Sinne zu beeinflussen und sich als selbstwirksam zu erleben (Schulz & Heckhausen, 1996). „Agency“ im Sinne von Zielstrebigkeit und Kompetenzdarstellung wird als eine der beiden elementaren Dimensionen der sozialen Kognition postuliert (Bakan, 1966). Die „Maximierung des primären Kontrollpotentials“ spielt daher eine wichtige Rolle in der menschlichen Entwicklung und in nahen sozialen Beziehungen (Freund & Baltes, 2005, S.66).

Opportunitätsstrukturen für die Zielverfolgung verändern sich jedoch im Lebenslauf je nach Kontext und den vorhandenen psychischen, physischen und sozialen Ressourcen und beeinflussen im höheren Lebensalter den individuellen Prozess der Zielverfolgung (Heckhausen, 1999). Zielauswahl, Zielverfolgung und Zielablösung stehen im Dienst der Aufrechterhaltung von Selbst-Konsistenz (Lecky, 1949) auch angesichts von Ressourcenverlusten und blockierten Zielen z.B. im höheren Alter. Bei nachlassenden körperlichen Kräften und gesundheitlichen Einschränkungen oder psychischen Belastungen gewinnt die Paarbeziehung als stabilisierender Faktor möglicherweise an Bedeutung, während berufliche Ziele aufgegeben werden. Zielablösung kann sich aber auch darin ausdrücken, eine seit langem unbefriedigende Paarbeziehung zu verlassen.

Im Rahmen des Rubikon-Modells (Achtziger & Gollwitzer, 2009) wird angenommen, dass angesichts von altersbezogenen Fristen zunächst selektive Kontrollstrategien verstärkt zum Einsatz kommen. Nach Überschreiten der Frist erfolgt der Wechsel hin zu kompensatorischen Strategien, z.B. wenn ein zuvor verfolgtes Ziel abgewertet und abgelöst wird. Treten negative Erlebnisse, Misserfolge oder Verluste ein bzw. reichen die internen Ressourcen nicht aus, um ein Ziel zu erreichen, werden externe Ressourcen zur Kompensation herangezogen. Beide Prinzipien, Selektivität und Kompensation, dienen im OPS-Modell der Entwicklungsregulation und Optimierung. Es lässt sich als prozessorientiertes Modell für das Zusammenspiel dieser unterschiedlichen adaptiven Strategien verstehen, die dazu dienen, die individuellen Spielräume zur Steuerung auch im Alter möglichst lange und so weit wie möglich zu erhalten (Jopp, 2003). Menschen wählen aus, in welche Zielerreichungsprozesse sie

Ressourcen investieren. Dies trifft auch auf nahe soziale Beziehungen wie die Paarbeziehung zu. In ihren sozialen Beziehungen erfahren Menschen immer wieder Konflikte und Enttäuschungen. Soziale Austauschprozesse mit negativem Vorzeichen tragen wesentlich zum individuellen psychischen und physischen Gesundheitszustand bei (Rook, 1997).

2.3.3 Das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation

Das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK) (P.B. Baltes & M.M. Baltes, 1989; Baltes, Lang & Wilms, 1998) eröffnet einen systemisch-ganzheitlichen Blick auf die menschliche Entwicklung über die Lebensspanne und selbstregulatorische Prozesse im Alter. Das SOK-Modell geht vom Begriff der "erfolgreichen Entwicklung" im Erwachsenenalter aus (Freund, 2007, 2008) und findet Anwendung im Rahmen unterschiedlicher Funktionsbereiche - z.B. in sozialen Beziehungen - und auf verschiedenen Betrachtungsebenen wie Individuum, Paar, Familie, Gesellschaft (Baltes, 1997). Obwohl im Kontext der Alternsforschung entstanden, lässt sich die Theorie universell auf alle Entwicklungsthemen anwenden und wird daher von P.B. Baltes (1990) als Metatheorie bezeichnet.

Alle drei Komponenten, Selektion, Optimierung und Kompensation, spielen im gesamten Lebenslauf zusammen. Mit zunehmendem Alter gewinnen die Aspekte der Selektion und Kompensation jedoch an Gewicht. Es ließ sich zeigen, dass ältere Erwachsene im Vergleich zu jüngeren den Höhepunkt ihrer Leistungsfähigkeit in vielen Funktionen und Feldern erreicht oder bereits hinter sich gelassen haben und sie daher neue Gewinne seltener und schwieriger erzielen. Sie sind häufiger mit Verlusterlebnissen und Einschränkungen konfrontiert als Jüngere, so dass sie damit befasst sind, das erreichte Funktionsniveau zu erhalten und in ihren persönlichen Zielen Verluste zu vermeiden. Bei Älteren steigt - im Gegensatz zu Jüngeren - das subjektive Wohlbefinden mit der Orientierung am Erhalt des Erreichten an (vgl. Freund, 2008).

Selektion bezieht sich auf die Auswahl eines Verhaltensbereiches, einer Aufgabe, einer Erwartung, oder eines bzw. mehrerer Ziele, z.B. in einer nahen Beziehung wie der Paarbeziehung. Im Blick auf stets begrenzte körperliche, psychische und materielle Ressourcen, ermöglicht Selektion erst eine Spezialisierung im Lauf der Entwicklung. Der/die Einzelne passt sich reaktiv den kontextuellen Gegebenheiten und seinen/ihren vorhandenen Ressourcen an, verzichtet auf bisher verfolgte Ziele

und Lebensbereiche oder wählt proaktiv neue, zur aktuell veränderten Lebenssituation passende aus (Baltes & Carstensen, 1996; Lang, 2001, 2003). Dies kann sich auf normative Entwicklungsaufgaben und -übergänge wie die Berentungssituation und empty-nest-Situation eines Paares nach dem Auszug erwachsener Kinder oder nichtnormative Ereignisse wie körperliche und psychische Belastungen, erlebte Einschränkungen und Erkrankungen beziehen.

Eine Variante, die verlustbasierte Selektion, zeigt als Reaktion auf vorweggenommene oder bereits eingetretene eingeschränkte Verhaltensspielräume bzw. den Verlust von Ressourcen eine Veränderung in der Zielhierarchie. Ziele werden der veränderten persönlichen Lebenssituationen angepasst, nicht erreichbare Ziele werden aufgegeben zugunsten von neuen (Lindenberger & Schaefer, 2008). Eine Studie zu den Auswirkungen materieller und gesundheitlicher Defizite im Alter ergab, dass die Konzentration auf wenige Ziele zum Wohlbefinden und zur Resilienz beitrug (Staudinger & Freund, 1998). Um Ressourcen in adaptiver Weise einsetzen zu können, ist es sinnvoll, die persönlichen Ziele aufeinander abzustimmen, so dass sie sich wechselseitig fördern (Freund, 2007). Handlungsstrategien nach dem Prinzip des Beschränkens und Förderns durch Selektion von Zielen ermöglichen, sich auch im höheren Alter sinnstiftende Ziele zu setzen und zu verfolgen. Wenn körperliche Einschränkungen es z.B. nicht mehr zulassen, dass ein Paar eine sportliche oder Freizeitaktivität gemeinsam ausübt, können andere gemeinsame Aktionen an diese Stelle treten. Vorrangig wird das Ziel verfolgt, gemeinsam etwas zu erleben, die sportliche Herausforderung tritt in den Hintergrund.

Das Prinzip der Optimierung ist darauf gerichtet, Entwicklungsgewinne zu erreichen, indem weiterentwickelte oder neuerworbene Ressourcen und Mittel gezielt eingesetzt werden (Freund & Baltes, 2002; Lindenberger & Schaefer, 2008). Zeit, Energie, Aufmerksamkeit und Ausdauer werden aufgewendet und ggf. wird externe Hilfe mobilisiert, um ein Ziel zu verfolgen, z.B. Selbständigkeit, die Aufrechterhaltung einer wichtigen Beziehung, die Förderung des Gesundheitsniveaus. Zu diesen Strategien kann in langjährigen Paarbeziehungen gehören, bei hohen Belastungssituationen Paarberatung in Anspruch zu nehmen. Neue Interaktionsmuster können erworben oder Ressourcen verstärkt werden, damit gleichzeitig (sozio-emotionale)

Gewinne maximiert und Verluste so gering wie möglich gehalten werden (Zank, Peters & Wilz, 2010).

Wenn bisherige Bewältigungsformen angesichts von Ressourcenverlusten nicht mehr greifen, wird Kompensation zur Gegensteuerung und zum Ausgleich eingesetzt. Sie dient dazu, das erreichte Funktionsniveau zu halten und weiteren Verlusten vorzubeugen (Zank et al., 2010). Kapazitätsreserven in den vorhandenen und bisher evtl. ungenutzten Ressourcen werden aktiviert und ggf. Hilfesysteme von außen angefragt. Dabei nutzen Ältere informelle Quellen wie Nachbarn, Freunde, Verwandte oder Institutionen des Gesundheitssystems und zunehmend auch den Bereich der Psychologischen Beratung und Psychotherapie. Plastizität der Entwicklung ist in jedem Lebensalter gegeben, nachweisbar auch im höheren Lebensalter (Autor). Neben dem Forschungsschwerpunkt zu kognitiven Ressourcen im Alter wurde auch die Fähigkeit untersucht, den eigenen Lebensstil an veränderte innere und äußere Bedingungen anzupassen. Inzwischen hat sich z.B. die Auffassung grundlegend gewandelt, ältere Menschen würden von Psychotherapie bzw. Psychologischer Beratung nicht profitieren. Das Potential zu lernen und sich zu verändern, ist im Alter eindeutig gegeben (Zank et al., 2010).

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Alle drei Modelle befassen sich damit, wie Menschen ihre Entwicklung im Lebenslauf regulieren und sich an altersspezifische biopsychosoziale Gegebenheiten anpassen, um subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten (Haase, Heckhausen & Wrosch, 2013). In allen Modellen wird angenommen, dass Strategien der Zielablösung mit zunehmendem Alter häufiger gewählt werden. Prozesse der Zielerreichung hingegen werden - in Verbindung mit grundlegenden Funktionen der Entwicklungsregulation - unterschiedlich gesehen. Das Modell der assimilativen und akkomodativen Bewältigung (Brandtstädter, 2009) geht von einem Rückgang dieser Bestrebungen aus, der dazu dient, die Selbstkonsistenz im höheren Alter aufrechtzuerhalten, wenn aktive Zielerreichung angesichts schwindender Ressourcen weniger wahrscheinlich wird. Die motivationale Theorie der Lebensspanne (Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010) geht von einem Grundbedürfnis nach primärer Kontrollkapazität aus, das im höheren Alter gleichbleibt. Allerdings richte sich die Energie auf angepasste, d.h. auch im höheren Alter erreichbare Ziele. Das Modell der SOK nimmt an, dass Menschen lebenslang danach streben,

Gewinne zu maximieren und Verluste zu minimieren und in einem Prozess der Metaregulation ihre Strategien darauf ausrichten (Freund, 2008).

Dies gilt auch für die Regulation naher Beziehungen, z.B. der langjährigen Paarbeziehung (Lang, 2007). Welche Strategien Ältere in langjährigen Paarbeziehungen zur Beziehungsgestaltung und Selbstregulation wählen, ist im Rahmen meiner Studien eine relevante Fragestellung.

2.4 Beziehungsorientierung und Emotionsregulierung im höheren Alter

Menschen beeinflussen aktiv den Verlauf und das Ergebnis ihrer persönlichen Beziehungen (Lang, 2003). In der Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters hat die sogenannte aktionale Perspektive zunehmend an Bedeutung gewonnen. (Ford & Lerner, 1992; Lerner & Busch-Rossnagel, 1981). Entwicklung wird als individuelle Gestaltung des Selbst verstanden, innerhalb derer personale und sozio-kulturelle Faktoren interagieren (Brandtstädter, 2011). Individuelles zielorientiertes Handeln in nahen Beziehungen trägt – aus dieser entwicklungsbezogenen Perspektive - dazu bei, dass sich soziale Systeme, wie z.B. die Paarbeziehung, über die Zeit verändern und weiterentwickeln. Gleichzeitig steuert und stabilisiert der /die Einzelne den eigenen Selbstentwurf über die Lebensspanne im Sinn von Kontinuität im Selbsterleben. Persönliche Ziele, Präferenzen und Kompetenzen bestimmen die sozialen Beziehungen einer Person, welche wiederum die Person und ihre Ziele in einem zirkulären Prozess beeinflussen. Dies gilt insbesondere für die Paarbeziehung, die als nahe Beziehung mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, wenn andere soziale Beziehungen verloren gehen oder zurücktreten. Entwicklungsziele und -aufgaben verändern sich im Lebenslauf, orientiert an den jeweiligen Kontexten der Lebensphase. Dies betrifft auch die soziale Umwelt, z.B. die langjährige Paarbeziehung. Im höheren Erwachsenenalter treten Aufgaben und Verpflichtungen wie die Erziehung von Kindern und Berufstätigkeit in den Hintergrund und die selbstverantwortliche Beziehungsgestaltung als Paar gewinnt an Bedeutung.

Dieses Leitbild der aktiven und selbstverantwortlichen Gestaltung der eigenen Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte betont Plastizität, selbstregulative Adaptation und Wirksamkeit in den eigenen Handlungen und in der Gestaltung sozialer Beziehungen (vgl. Lang, 2007). Dies gelte allerdings nur innerhalb der Grenzen und

der „Elastizität der physischen, biologischen und sozialen Entwicklungskontexte“, so Lang (2007, S.307). Diese aktive Gestaltung im Zusammenhang mit selbstregulatorischen Prozesse spiegeln sich in einer veränderten Handlungsmotivation in Bezug auf nahe soziale Beziehungen im höheren Lebensalter wider.

2.4.1 Umzentrierung sozialer Motive

Soziale Motivation im Bereich der Beziehungsgestaltung lässt sich nach Lang (2003) über diverse theoretische Modelle hinweg in zwei allgemeinen Orientierungen bzw. Dispositionen betrachten. Klassisch unterscheidet man in der Motivationspsychologie das Affiliations- und Intimitätsmotiv auf der einen und das Leistungs- und Machtmotiv auf der anderen Seite (Bowlby, 1969; McAdams, 1980; McClelland, 1951; Heckhausen, 1989). Diese sozialen Motivgruppen treten lebenslang und kontextabhängig parallel zueinander auf, weisen allerdings unterschiedliche Ausprägungen in den unterschiedlichen Lebensphasen und in verschiedenen Kontexten auf.

Die soziale Wirksamkeitsorientierung ist auf Autonomie, Kontrolle und Leistung ausgerichtet. Menschen begeben sich in diesem Rahmen in einen Wettbewerb und Vergleich mit anderen (Festinger, 1954) oder suchen Informationen von anderen zu erhalten, um eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu optimieren. Wenn dieses Motiv verhaltenssteuernd ist, stehen das persönliche Wachstum und die Eigeninteressen des Einzelnen im Mittelpunkt. Beziehungen zu anderen dienen dazu, diese im Sinne der persönlichen Ziele zu beeinflussen oder die eigene Autonomie zu stärken, wobei auch negative Emotionen in Beziehungen in Kauf genommen werden (Lang, Featherman & Nesselroade, 1997).

Im Zuge von Bindungsorientierungen hingegen ist die Person auf eigene positive Emotionen, das Wohlbefinden anderer und die Qualität der Beziehung ausgerichtet. Dementsprechend beinhaltet das Intimitätsmotiv die Bereitschaft zu Nähe, interpersoneller Wärme und Gemeinsamkeit. Strategien der Eigen- und Fremdregulation von Emotionen werden bevorzugt, mit dem Ziel wechselseitig zufriedenstellende Situationen und Intimität herbeizuführen. Andere Menschen werden in diesem Orientierungsrahmen nicht instrumentalisiert, um eigene Defizite auszugleichen. Nähe in zwischenmenschlichen Interaktionen wird angestrebt und angeboten (Grau, 2003).

Das „Zürcher Modell der sozialen Motivation“ nach Bischof-Köhler und Bischof (Bischof, 1985; Bischof-Köhler, 2007) entstand unter evolutionäre Perspektiven und im Anschluss an Bowlby (1977) und fokussiert die Gegenüberstellung von Bindungs- und Explorationssystem. Es nimmt drei grundlegende und miteinander interagierende Motivationssysteme an, das Sicherheits-, das Erregungs- und das Autonomiesystem. Im sog. Sicherheitssystem wird nach Bischof-Köhler (2007) zwischen vertrauten und fremden Situationen, Objekten und Personen unterschieden und das Verhalten entsprechend ausgerichtet. Je höher die eigene Abhängigkeit empfunden wird, desto höher ist das Bedürfnis nach Vertrautheit, Geborgenheit und Zuwendung. Es wird angenommen, dass in der frühen Kindheit das Sicherheitssystem Priorität hat. Im Hinblick auf Kriterien der empfundenen individuellen Vulnerabilität und Abhängigkeit von einem sicheren Kontext lässt sich diese Priorisierung auf Lebensphasen übertragen, die von Einschränkungen und Verlust geprägt sind, wie das höhere und späte Erwachsenenalter. Mit fortschreitender Altersentwicklung bis zur Adoleszenz reduziert sich das Bedürfnis nach Sicherheit, und das Erregungsbedürfnis nimmt zu. Dieses reguliert nach Bischof-Köhler (2007) den Umgang mit neuen und fremden Reizen und Erfahrungen, wobei die Spanne der Emotionen von Interesse bis Furcht reichen kann. Die dritte Komponente, das Autonomiesystem, bezieht sich auf das subjektive Erleben von Selbstwirksamkeit, Selbstbehauptung und Durchsetzung in sozialen Beziehungen und erfolgreicher Problembewältigung. Im Entwicklungsverlauf vom jungen zum mittleren Erwachsenenalter steigen der Autonomieanspruch und die persönlichen Ziele, die Umwelt aktiv zu gestalten, während das Sicherheitsbedürfnis in den Hintergrund tritt.

Lang (2003) sieht die Motive „Bindung“ und „soziale Wirksamkeit“ in seinem Modell der Orientierungs-Ressourcen-Kongruenz ebenfalls in einem lebenslangen Zusammenspiel. Die jeweilige Ausprägung und Priorisierung der Motive ist demnach abhängig von den Ressourcen des Einzelnen und wird kontinuierlich an die sich verändernden Lebenskontexte angepasst. Je mehr Ressourcen eine Person bezgl. ihrer Handlungsfähigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten hat, desto mehr wird sie soziale Wirksamkeitsziele verfolgen. Je weniger persönliche Ressourcen vorhanden sind, desto eher werden bindungsorientierte Ziele bevorzugt. Bei zunehmenden Verlusten

an Ressourcen – wie z.B. im höheren Erwachsenenalter - richten sich die Bemühungen darauf, Beziehungen zu stabilisieren, das aktuelle emotionale Klima positiv zu gestalten und sinnstiftende Erfahrungen zu machen.

Carstensen und Frederickson (1998) postulieren ebenfalls, dass im späteren Erwachsenenalter eine Verschiebung in der Gewichtung der sozialen Motive der Wissens- und Emotionstrajektorie erfolgt. Während in der Kindheit emotionale Motive im Vordergrund stehen, sind Menschen vom Schulalter bis in das mittlere Erwachsenenalter stärker auf Wissens- und Kenntniszuwachs, Leistung und Erfolg ausgerichtet (vgl. Holodynski & Friedlmeier, 2006). Im sozialen Kontakt und Vergleich mit anderen gewinnen Menschen zugleich Erfahrungen über sich selbst. Im höheren Erwachsenenalter werden die sozialen Motive umkonstelliert, da die emotionale Qualität der Beziehungen an Bedeutung gewinnt und Sicherheit, Vertrautheit und Unterstützung gesucht werden. Carstensen nimmt an, dass sich die Bedeutsamkeit der sozialen Motive über die Lebensspanne wandelt. Ziele der Emotionsregulation, d.h. Wünsche, sich in Beziehungen sicher und positiv zu erfahren, nehmen im höheren Alter zu (Carstensen, Gross & Fung, 1998).

2.4.2 Die Theorie der Sozioemotionalen Selektivität

Subjektives Wohlbefinden und Emotionsregulation im Alter sind eng verbunden mit der Qualität der sozialen Interaktionen (Carstensen, 1992a; Carstensen et al., 1998). Im Konzept der Sozioemotionalen Selektivität (Social Selectivity Theory, SST) wird angenommen, dass ältere Menschen angesichts der limitierten Lebenszeit, die verbleibt und geringer werdender Energiereserven proaktiv ihre Interaktionspartner auswählen, um subjektives Wohlbefinden aufrecht zu erhalten (Carstensen & Charles, 1998; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Ziel dieser Selektion ist, positive vorhersehbare soziale Begegnungen zu erleben. Dies steht in Zusammenhang mit einer Verlagerung der sozialen Motivation über die Lebensspanne und der Priorisierung des Emotionsmotivs über die Lebensspanne, wobei der entscheidende Faktor die Veränderung des eigenen zeitlichen Horizontes ist (Carstensen & Lang, 2007). Je offener dieser Lebenszeithorizont erscheint, desto mehr steht das Motiv der Informationssuche und sozialen Wirksamkeit im Vordergrund. Wenn die Lebenszeit eher unbegrenzt und die Zukunft offen ist, sind Menschen motiviert, Neues zu erfahren,

Herausforderungen zu bestehen und neue Beziehungen einzugehen. Erscheint hingegen die Lebenszeit begrenzt, so steigt die Motivation, emotionales Wohlbefinden zu erleben und positive Erfahrungen zu machen (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Carstensen, Fung & Charles, 2003). In sozialen Beziehungen werden dann Sicherheit, Tiefe und sinnstiftende Erfahrungen präferiert. In diversen empirischen Untersuchungen ließ sich nachweisen, dass nicht das Alter selbst, sondern die damit verbundene subjektive sich verkürzende zeitliche Perspektive ausschlagegebend für die Veränderung der sozialen Motivation ist. Sahen sich junge Menschen einer verkürzten Zeitperspektive ausgesetzt, z.B. durch die Vorstellung, nur noch kurze Zeit in der gewohnten Umgebung zu leben, legten sie andere Kriterien zugrunde, um Interaktionspartner auszuwählen als bei einer unbegrenzten zeitlichen Vorgabe. War der Zeithorizont enger, wählten sie, wie die älteren Probanden der Untersuchung, vertraute soziale Partner aus (Fung, Carstensen & Lutz, 1999).

Die Theorie der Sozioemotionalen Selektivität ist geeignet für die Betrachtung der sozialen Beziehungen älterer Menschen und deren Gestaltung, da sie auf die Veränderung der sozialen Motivorientierung über die Lebensspanne ausgerichtet ist (Lang, Staudinger & Carstensen, 1998). In der Kindheit werden emotionales Vertrauen und Verbundenheit erworben, und emotionale Bedürfnisse sind in jeder Lebensphase bedeutsam. Erwerb von Wissen, Kenntnissen und Fähigkeiten steht im jungen und mittleren Erwachsenenalter jedoch im Vordergrund (Samanez-Larkin, Robertson, Mikels, Carstensen & Gotlib, 2009). Mit abnehmendem Lebenshorizont werden bedeutsame soziale Verbindungen - insbesondere die intime Paarbeziehung - und emotionale Ziele wieder wichtiger (Lang & Carstensen, 2002). Die im Lebenslauf zunehmende Aufmerksamkeit für emotionale Ziele fördert bei Älteren Komplexität in den emotionalen Erfahrungen und eine verbesserte Regulation der Emotionen in alltäglichen Situationen (Carstensen, Fung & Charles, 2003).

Ältere Menschen verringern ihr soziales Netzwerk in quantitativer Hinsicht und ziehen sich aus subjektiv negativ empfundenen und konfliktträchtigen sozialen Beziehungen zurück, um subjektives Wohlbefinden aufrecht zu erhalten (Martin & Kliegel, 2010; English & Carstensen, 2014). Dies gilt überwiegend für periphere Beziehungen zu Bekannten. Langjährige familiäre Beziehungen - insbesondere die Paarbeziehung - und Freundschaften, die emotional befriedigende Interaktionen und

intensive positive Emotionen gewährleisten, gewinnen an Bedeutung (Lang & Carstensen, 1994; Carstensen & Charles, 1998; Wrzus, Haenel, Wagner & Neyer, 2013). In einer Untersuchung zu verschiedenen sozialen Beziehungen berichteten Ältere, dass sie sich im Kontakt mit seit Langem vertrauten Partnern am wohlsten fühlen (Charles & Piazza, 2007). Das zentrale Motiv dieser proaktiven Beziehungsgestaltung ist die begrenzte lebenszeitliche Perspektive, die dazu führt, dass Menschen den affektiven Zustand im Hier und Jetzt fokussieren und die Zukunft subjektiv an Bedeutung verliert.

2.4.3 Theorie des Sozialen Konvoi

Ältere Menschen pflegen vor diesem motivationalen Hintergrund kleinere soziale Netzwerke als junge und mittelalte Menschen. Dies zeigt sich kulturübergreifend (Fung, Carstensen & Lang, 2001). Die Veränderungen im sogenannten Sozialen Konvoi über die Lebensspanne sind empirisch ausführlich nachgewiesen worden (Antonucci, Birditt & Akiyama, 2009; Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2014). Das Konzept des sozialen Konvois beschreibt, wie Individuen in einem dynamischen Prozess ihre sozialen Beziehungen über die Lebensspanne entwickeln, gestalten und als soziale Ressourcen in verschiedenen Altersphasen nutzen. Mehr oder weniger enge Beziehungen zu anderen Menschen umgeben die Person wie „Begleitschiffe eines Konvois“ (Tesch-Römer, 2010, S.89) durch die gesamte Lebensspanne, wobei die engen Beziehungen zu Lebenspartnern und -partnerinnen und Verwandten als innerer Kreis eine hohe Konstanz aufweisen, unabhängig von kontextuellen Faktoren, während der mittlere und der äußere Kreis von etwas ferner stehenden Interaktionspartnern mehr oder weniger variabel ist. Der Konvoi selbst bleibt als konstanter „sicherer Hafen“ erhalten, wird aber aktiv sowohl strukturell als auch in der Art der sozialen Interaktionen an die jeweiligen Entwicklungsaufgaben der Lebensphase flexibel angepasst (vgl. Martin & Kliegel, 2010). Soziale Beziehungen, insbesondere die bedeutsamen Beziehungen innerhalb der engeren Familie und in einer langjährigen Paarbeziehung sind eine wesentliche Quelle der Unterstützung und tragen zur individuellen Entwicklungsregulation bei. Soziale Unterstützung zeigt sich in diesem Modell als Transaktion zwischen Personen, die gekennzeichnet ist von „affect, affirmation, and aid“ (Tesch-Römer, 2010, S.89). Sich umsorgt und geliebt fühlen und von anderen konstruktives positives und negatives Feed-back sowie Hilfestellungen

erhalten sind Charakteristika sozialer Unterstützung. Zahlreiche Forschungsprojekte haben nachgewiesen, dass soziale Beziehungen bedeutsam und positiv sein müssen, um psychische und physische Gesundheit über die Lebensspanne zu fördern (Lang & Fingerman, 2004; Lang, 2007).

Unter der Prämisse, dass soziale Interaktionen menschliche Basisbedürfnisse nach Zugehörigkeit und Unterstützung gewährleisten können, wäre anzunehmen, dass Ältere diesen quantitativen Rückgang an sozialen Beziehungen als negativ erleben. Paradoxerweise berichten Ältere jedoch ein gleichbleibendes subjektives Wohlbefinden bei reduzierten sozialen Beziehungen. Befragungen Älterer erwiesen, dass sie familiäre emotional nahe Beziehungen bevorzugen. Jüngere Menschen geben an, dass sie eher neue soziale Beziehungen suchen (Fung, Carstensen & Lutz, 1999). Ältere Menschen verkleinern aktiv ihr soziales Netzwerk und konzentrieren sich in ihren Interaktionen auf emotional nahestehende Menschen (Löckenhoff & Carstensen, 2004; Charles & Carstensen, 2010).

Mit zunehmendem Alter beurteilen Menschen zudem ihre sozialen Netzwerke positiver (Carstensen, 1992b) und berichten mehr emotional positiv gefärbte Begegnungen mit anderen Familienmitgliedern und weniger negative soziale Interaktionen in ihrem persönlichen sozialen Netzwerk (Birditt & Fingerman, 2003). Insgesamt berichten Ältere niedrigere Raten negativer Emotionen (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade, 2000). Das „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ im Alter verweist auf effektive Strategien der Emotionsregulation und Verhaltenssteuerung (Staudinger, 2000). Je kleiner das Netz sozialer Beziehungen mit zunehmendem Alter wird, desto emotional bedeutsamer für das Wohlbefinden werden die gewählten nahen Beziehungen, insbesondere die Paarbeziehung.

2.4.4 Alter und emotionales Wohlbefinden

Während es Hinweise gibt, dass in der zweiten Lebenshälfte Funktionen wie kognitive und perzeptive Fähigkeiten sowie physiologische und neuronale Parameter abnehmende Effizienz, Elastizität oder Verlangsamung und Abbauprozesse zeigen (Martin & Kliegel, 2010), weisen zahlreiche empirische Untersuchungen auf Entwicklungsgewinne im Bereich der Emotionen hin (Carstensen & Charles, 1998; Scheibe & Carstensen, 2010). Subjektives Wohlbefinden wird bis in das hohe Alter erhalten und zeigt sich insgesamt als beständiger als bei jüngeren Menschen (vgl.

Röcke & Brose, 2015). Emotionen bleiben in ihrer grundlegenden Struktur und Funktion lebenslang erhalten (Mather et al., 2004). Charles und Carstensen (2009) berichten, dass mit zunehmendem Alter die subjektive Bedeutsamkeit von Emotionen steigt (Samanez-Larkin et al., 2009). Evolutionstheoretisch orientierte Ansätze sehen menschliche Emotionen im Sinne von Handlungsbereitschaften als adaptiv für das Überleben und die Reproduktion an (Frijda, 1988; Frijda & Parrett, 2011). Die generative Funktion der emotionalen Muster sollte demnach im höheren Alter zurücktreten und die emotionale Reagibilität sich wandeln. Veränderungen in den Reaktionsmustern des vegetativen Systems über die Lebensspanne sind belegt: Die physiologischen Parameter von Emotionen (z.B. Hautwiderstand, Herzfrequenz) zeigen sich bei Älteren im Vergleich zu Jüngeren gedämpft (Levenson, 2000). Im Gegensatz dazu stehen Selbstberichte von Älteren, die im Vergleich zu Jüngeren weniger Intensität bei negativen Affekten, aber keine Unterschiede bei positiven Gefühlen aufweisen. Eine mögliche Differenzierung betrifft die Veränderungen von Gefühlszuständen nach den Kriterien von Wertigkeit („valence“) und Intensität („intensity“) (vgl. Charles, 2011). Viele Forschungsprojekte richten sich im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden im höheren Alter auf die Dichotomisierung von positivem und negativem Affekt und die Häufigkeit des Auftretens.

Altersbezogene Veränderungen im Bereich der emotionalen Entwicklung zeigen eine optimierte Emotionsregulation mit eindeutiger Richtung: Menschen im höheren Erwachsenenalter berichten insgesamt weniger negative und mehr positive Emotionen (Holodynski & Friedlmeier, 2006; Ong & Bergemann, 2004). Auch das Erleben positiver Emotionen zeigt insgesamt Stabilität (Carstensen & Charles, 1998). Trotz physischer Belastungen und kognitiver Einschränkungen bleibt die Lebenszufriedenheit im höheren Erwachsenenalter erhalten und wird im Vergleich zum mittleren und vor allem dem jüngeren Erwachsenenalter sogar leicht gesteigert. Dieser beobachtete Widerspruch wird im „Paradoxon des subjektiven Wohlbefindens“ aufgegriffen (Staudinger, 2000). Die Befunde dazu sind allerdings nicht eindeutig. Neben lebenslang hohen Zufriedenheitswerten und erhöhter Stabilität der Zufriedenheit im Alter könnten ein häufiges Pendeln zwischen positiver und negativer Richtung der Affekte oder Kohorteneffekte dem beobachteten Effekt zugrunde liegen. Schilling (2003) fand sowohl eine hohe intraindividuelle Tendenz zur Aufrechterhaltung der

Ausprägung der Zufriedenheit als auch - in einer längsschnittlichen Betrachtung - eine Verringerung der durchschnittlichen Zufriedenheit im höheren Alter. Innerhalb der o.g. dimensionalen Ansätze zur Theorie der Emotion bestehen unterschiedliche Ansichten dazu, ob die Dimension Valenz (angenehm – unangenehm) bipolar zu verstehen ist, oder ob es sich bei positivem und negativem Affekt um zwei voneinander unabhängige Komponenten handelt (Russel & Carroll, 1999; Tellegen, Watson & Clark, 1999).

Ein weiterer Erklärungsansatz nimmt an, dass Ältere motiviert sind, trotz der Abnahme von strategischen kognitiven Kontrollfähigkeiten Prozesse zur Emotionsregulation im Alltag gezielt einzusetzen (Charles & Carstensen, 2010). Ausgehend von der Annahme, dass das emotionale Befinden im höheren Alter an Wert gewinnt, wird die Fähigkeit zur Regulierung der eigenen Emotionen mit steigendem Alter wichtiger. Laut einer Untersuchung von Riediger, Schmiedek, Wagner und Lindenberger (2009) schildern Ältere im Vergleich zu Jüngeren und mittelalten Erwachsenen häufiger sogenannte hedonische Motivation. Sie richten ihre Energie darauf, positive Affekte aufrechtzuerhalten und negative Affekte zu vermeiden (vgl. Freund, Weiss & Nikitin, 2014, S.300).

In Untersuchungen zur Informationsverarbeitung bei älteren und jüngeren Menschen wird der sogenannte Positivitätseffekt beobachtet (Kennedy, Mather & Carstensen, 2004; Mather & Carstensen, 2005). Ältere Erwachsene präferieren demnach bei Aufgaben, die mit Wahrnehmung und Gedächtnis verbunden sind, positive vor negativen Informationen und neigen zu emotionaler Verzerrung in Richtung positiver Wertigkeit, die der Emotionsregulation dient (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Carstensen & Mikels, 2005). Die Reaktionszeiten verändern sich bei älteren Erwachsenen, je nachdem, ob es sich um positive oder negative Reize handelt. Bei positiver Valenz lassen sich schnellere Reaktionszeiten feststellen (Mather et al., 2004). Diese Befunde, dass ältere Menschen weniger negative Emotionen erleben - bzw. negativen Reizen gegenüber weniger aufmerksam sind als Jüngere (Charles & Carstensen, 2008) - werden mit kognitiven Kontrollmechanismen in Verbindung gebracht, die die Aufnahmebereitschaft für positive Informationen steigern und für negative Stimuli herabsteuern. Positivität in der Wahrnehmung Älterer zeigt sich in Si-

tuationen, in denen kognitionspsychologisch Top-down-Prozesse ablaufen, also zielgesteuerte Kognitionen die Aufmerksamkeit und Gedächtnisprozesse beeinflussen (Mather & Carstensen, 2005). Je höher die persönliche Relevanz und emotionale Bedeutsamkeit der Information ist, desto eher neigen Ältere dazu, Informationen unter dem Gesichtspunkt der Emotionsregulation zu verarbeiten und so ihre Stimmungslage zu beeinflussen.

Sobald die kognitiven Ressourcen kurz- oder langfristig reduziert und Prozesse der Informationsverarbeitung eingeschränkt sind, zeigt sich der Positivitätseffekt in Labordesigns nicht (Reed & Carstensen, 2012; Reed, Chan & Mikels, 2014). Aufgrund einer Metaanalyse schließen Murphy und Isaacowitz (2008), dass die gefundenen Altersunterschiede im Verhältnis von positiver zu negativer Emotion gering sind. Es finden sich insgesamt inkonsistente Ergebnisse bezgl. der Häufigkeit positiver Affekte im höheren Alter. Die Befunde weisen auf positive, negative und keine Zusammenhänge hin (Martin & Kliegel, 2010). Streubel und Kunzmann (2011) führen die divergierenden Forschungsergebnisse zum Positivitätseffekt bei Älteren darauf zurück, dass dieser unter hohem Arousal reduziert ist. Aufgrund ihrer Ergebnisse zur emotionalen Reaktivität Älterer und Jüngerer bei der Bewertung von affektiv gefärbten Bildern nehmen sie an, dass im höheren Alter der Positivitätseffekt nur bei für sie emotional weniger relevanten Stimuli auftritt. Bis zum 70. oder 80. Lebensjahr zeigen die meisten Studien eine generelle Abnahme von negativen Gefühlen im Vergleich mit dem jungen und mittleren Erwachsenenalter. Erst im sehr hohen Alter zeigt sich – aufgrund von mentalen und physischen Einschränkungen – ein Abfall des subjektiven Wohlbefindens (Gerstorf et al., 2008).

Im Rahmen der „Differential Emotions Theory“ (DET) nimmt man diskrete Emotionen an, die als motivationale Subsysteme der Persönlichkeit konzeptualisiert werden: Interesse, Ärger, Traurigkeit, Freude, Überraschung und Ekel (Dougherty, Abe & Izard, 1996). DET sieht diese Kernemotionen als stabil über den Lebenslauf an und erklärt so überdauernde Selbstkonzepte und Persönlichkeitseigenschaften bis in das hohe Alter. Interpersonale Erfahrungen und persönliche Beziehungen werden dadurch gestaltet und beeinflusst, dass diese Emotionen unter den Partnern ausgetauscht und gegenseitiges Verständnis und Vertrauen sich entwickeln können. Per-

sönlichkeitsentwicklung vollzieht sich bis in das höhere Alter, indem die Verbindungen zwischen Emotionen, Kognitionen und Handlungen aufgebaut und differenziert werden (Dougherty et al., 1996). Eine Studie im Rahmen der DET ergab bei Älteren mehr emotionale Heterogenität bzw. Komplexität (gleichzeitiges Auftreten von unterschiedlich gefärbten negativen sowie positiven und negativen Emotionen). Bezüglich der Intensität und Frequenz der Emotionen wurden keine Altersunterschiede gefunden (Magai, Consedine, Krivoshekova & Kudadjie-Gyamfi, 2006). Auf der Grundlage der Theorie diskreter Emotionen differenzieren Kunzmann, Kappes und Wrosch (2014) im Bereich der negativen Affekte Ärger und Traurigkeit. Sie postulieren altersbedingte unterschiedliche Trajektorien in beiden emotionalen Qualitäten. Traurigkeit sei mit der Wahrnehmung geringer Kontrolle über eine Situation verbunden und signalisiere das Bedürfnis nach Nähe, Mitgefühl und Unterstützung, so dass davon auszugehen sei, dass Ältere mehr Traurigkeit empfinden als Jüngere. Blanchard-Fields und Coats (2008) beobachteten weniger Ärger und ärger-bezogene Strategien in interpersonalen Konflikten bei Älteren. In einer Längsschnittstudie fanden Kunzmann, Richter und Schmukle (2013) eine kontinuierliche Abnahme der Häufigkeit von Ärgergefühlen über die Lebensspanne sowie eine geringere selbstberichtete Intensität des Ärgers (Kunzmann & Thomas, 2014). Hinsichtlich des Gefühls von Traurigkeit fanden sich in dieser Untersuchung keine altersrelevanten Unterschiede. Seider, Shiota und Whalen (2011) berichten, dass Ältere, die Filmsequenzen mit traurigem Inhalt sahen, subjektiv mehr Traurigkeit empfanden und eine höhere physiologische Reaktion zeigten als Jüngere, dies allerdings im expressiven Verhalten der Älteren nicht zu beobachten war.

Auch die Ergebnisse bezgl. der Intensität der Emotionen im höheren Alter ergeben ein komplexes Bild. Daten aus Selbstberichten Älterer weisen auf weniger erlebte Intensität hin (Lawton, 2001). Allerdings konnte im Hinblick auf Traurigkeit eine stärkere Empfindung bei Älteren gefunden werden (Kunzmann & Grühn, 2005). Da sowohl quer- als auch längsschnittliche Forschungsdesigns zur Anwendung kommen, stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse aus Querschnittuntersuchungen weniger einen Alters- als vielmehr einen Kohorteneffekt widerspiegeln (Chui, Rebucal, Lumley, Labouvie-Vief & Diehl, 2011). Retrospektive Befragungen zum subjektiven Wohlbefinden oder zum allgemeinen Erleben von Emotionen werden inzwischen

von stärker alltagsgebundenen Erhebungsmethoden wie Tagebüchern oder Messwiederholungen zu verschiedenen Zeitpunkten (Experience Sampling Methoden) abgelöst (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade, 2000; Gruehn, Lumley, Diehl & Labouvie-Vief, 2013). Die Befunde aus diesen methodischen Ansätzen ergeben keinen Alterseffekt bei positiven Affekten bezüglich Intensität und Häufigkeit. Negativer Affekt wird bis zum Alter von 60 Jahren mit abnehmender Häufigkeit berichtet (Charles, Reynolds & Gatz, 2001) und erreicht nicht das höhere Niveau, das junge Erwachsene um 20 Jahre berichten (Diener, Sapyta & Suh, 1998).

2.4.5 Emotionale Entwicklung und Emotionsregulation im Alter

Emotionen sind entscheidende Faktoren in sozialen Beziehungen - insbesondere in bedeutsamen wie der Paarbeziehungen - und Beziehungen formen Emotionen: Diese letztlich konstruktivistische Sicht auf nahe Beziehungen wurde von Elaine Hatfield und Ellen Berscheid bereits Ende der 1960er Jahre und später nachdrücklich in die wissenschaftliche Diskussion eingebracht (Berscheid & Walster, 1969; Hatfield, 1996). Ihre Forschungsarbeiten trugen wesentlich dazu bei, zu verdeutlichen, dass und inwiefern nahe Beziehungen sich auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. Emotionen sind der Schlüsselfaktor, wie Menschen ihre soziale Umwelt konstruieren (Watson & Blanchard, 1998). Die Qualität der Beziehung zwischen Menschen beeinflusst ihre emotionale Interaktion, d.h. den Ausdruck, die Wahrnehmung, den verbalen und non-verbalen Austausch (Reis, Aron, Clark & Finkel, 2013).

Die wissenschaftliche Diskussion im Bereich der Emotionsforschung ist derzeit zwischen zwei Forschungsparadigmen aufgespannt (vgl. Glinka & Godde, 2011). Grundsätzlich lassen sich zwei gegensätzliche theoretische Sichtweisen auf die emotionale Entwicklung unterscheiden. Eine Richtung identifiziert in evolutionstheoretischer Nachfolge universelle, kulturübergreifende, diskrete Basisemotionen (Ekman & Friesen, 1986; Izard 2007; Panksepp, 2008). Evolutionär und biologisch ausgerichtete Emotionstheorien gehen davon aus, dass Basisemotionen als vorgegebene Prägungen existieren und im Lauf der Ontogenese lediglich der Zeitpunkt des Auftretens und die Häufigkeit bzw. Intensität variieren (Ekman, 1970; Izard, 1977).

Kulturrelativistische und funktionalistische Emotionstheorien hingegen fußen auf der Möglichkeit des Menschen, in Beziehung zu anderen Symbol- und Bedeutungssysteme zu entwickeln und damit das eigene Denken, Fühlen und Handeln zu

beeinflussen (Campos et al., 1994; vgl. Holodynski, 2004). Eine weitere Forschungsrichtung geht in der introspektiven Tradition Wilhem Wundts von einem dimensionalen Ansatz aus und betont die subjektiven Faktoren der Emotionen (Tellegen, Watson & Clark, 1999; Green, Salovey & Truax, 1999). Innerhalb dieses Ansatzes besteht Konsens über die Dimensionen „Valenz" (positiv – negativ) und „Arousal" (Grad der emotionalen Aktivierung), während eine dritte Dimension „Kontrolle" (aufmerksam – abwendend) kontrovers diskutiert wird (Glinka & Godde, 2011).

Prozesse der Bewertung („appraisal") stellen kognitive Theorien der Emotion in den Mittelpunkt. Sie gehen davon aus, dass Art, Qualität und Intensität einer Emotion damit zusammenhängen, wie ein Individuum ein Ereignis und dessen Kontext interpretiert (Arnold, 1966; Frijda & Parrott, 1986, 2011; Lazarus, 2000). Nicht die Situation selbst löst eine Emotion aus, sondern die kognitive Bewertung vor dem Hintergrund persönlicher Ziele und Bedürfnisse trägt zur Emotionsentstehung bei. Appraisal-Prozesse entwickeln im Zusammenhang mit sozialen Interaktionen und Emotionsregulation besondere Bedeutung (Moors, Elsworth, Scherer & Frijda, 2013). Dies gilt insbesondere für Beziehungen zu emotional bedeutsamen Personen wie z.B. in einer langjährigen Paarbeziehung. Aufgrund automatischer und nicht-automatischer Einschätzungsprozesse bereiten Menschen adaptive Handlungen vor. Frijda (1994, 2013) nimmt mit Bezug auf neurologische Modelle an, dass unsere kognitiven Einschätzungen selektiv die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Emotionen beeinflussen, d.h. dass Prozesse der Verarbeitung im Kortex subkortikal aktive Emotionssysteme steuern (Panksepp, 1998).

Von einer Multikomponententheorie der Emotion geht ein aktueller integrativer Ansatz aus. Verschiedene sogenannte Emotionsfamilien werden als flexibles und kontextangepasstes Regulationssystem gesehen (Cole, 2014; vgl. Holodynski, 2014, S.460 ff.). Ontogenetische und kulturspezifische Faktoren der Emotionsentwicklung spielen demnach über die gesamte Lebensspanne zusammen. In einem dynamisch-systemischen Rahmen nimmt man vier Subsysteme eines emotionalen Systems an: Das Appraisalsystem, das motorische/expressive System, das Körperregulationssystem und das Gefühlssystem (vgl. Holodynski & Friedlmeyer, 2006, S.40 ff.). Prozesse der Bewertung, des Ausdrucks und der Handlung, der körperlichen Reaktionen und

die introspektive bzw. selbstregulatorische Ebene stellen in diesem Ansatz wesentliche Elemente der Emotion dar und werden in Verbindung mit hirnorganischen Basisprozessen diskutiert (Damasio, 1997). Kleinginna und Kleinginna (1981) ordnen in einer Übersicht unterschiedliche Definitionen von Emotion vier Teilkategorien zu: affektive, kognitive, physiologische und emotionale/expressive Verhaltenskomponenten (vgl. Glinka & Godde, 2011, S.160).

Ab den späten 1990er Jahren befasste sich die entwicklungspsychologische Forschung intensiver mit Emotionen und emotionaler Entwicklung im höheren Erwachsenenalter. Ein Großteil dieser Forschungsprojekte fand und findet im konzeptuellen Rahmen der Psychologie der Lebensspanne statt. Emotionale Entwicklung wird in diesem Paradigma als ganzheitlicher, autopoietischer und kontexteingebundener Prozess definiert (vgl. Krettenauer, 2014). Diesen Aspekten kommt im Rahmen dieser Arbeit bei der Betrachtung der emotionalen Entwicklung im höheren Erwachsenenalter besondere Bedeutung zu.

Eine einheitliche Theorie der Emotion im späten Erwachsenenalter lässt sich bislang nicht identifizieren. Strongman (1996) nennt über 150 verschiedene Theorien der Emotion. Die Definitionen von Emotion unterscheiden sich je nachdem, auf welche Aspekte der Emotion sie sich beziehen. Das stereotype Bild eines hauptsächlich von Defiziten und Verlusten geprägten Alterns hat sich seit geraumer Zeit zum Bild des „produktiven“ oder „gelingenden“ Alterns gewandelt, das neben den Risiken die Entwicklungschancen des höheren Lebensalters einbezieht (Baltes, 1996). Emotionale Ressourcen erweisen sich als stabil bis in das hohe Erwachsenenalter, und emotionales Wohlbefinden steigt im Lebenslauf in gewisser Hinsicht sogar bis in das hohe Alter (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000). Subjektives Wohlbefinden, Kontrollüberzeugungen und Selbstwertempfinden erfahren im Alter kaum Einschränkungen (Kessler, Lindenberger & Staudinger, 2009). Erst zum vierten Lebensalter hin, in der sog. Hochaltrigkeit führen vor allem physische Einbußen zu Einschränkungen auch des psychischen Wohlbefindens (Smith & Baltes, 2010).

Mit zunehmendem Alter zeigt sich insgesamt mehr positive als negative Gestimmtheit. Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit emotionaler Entwicklung betrifft die Komplexität der Affekte.

2.4.6 Komplexität der Emotionen im höheren Alter

In ihrem u. a. auf Piagets Theorie fußenden Modell der emotionalen Entwicklung bringt Labouvie-Vief (2003) den Grad der Emotionsregulation mit dem kognitiven Entwicklungsstand in Verbindung. Sie postuliert zwei unabhängige und dennoch interagierende Kernmodi der Emotionsregulation: Affektkomplexität („affect complexity“) - im Sinne von Affektdifferenzierung und Affektoptimierung („affect optimization“) - die auf eine positive interne emotionale Balance zielt (Labouvie-Vief & Medler, 2002; Labouvie-Vief, Diehl, Jain & Zhang, 2007). Beide Komponenten weisen verschiedene Entwicklungstrajektorien über die Lebensspanne auf. Affektoptimierung wird in diesem Modell als automatischer und emotionsorientierter Modus verstanden, der die Maximierung positiven und die Minimierung negativen Affektes zum Ziel hat. Gut integrierte und gut eingeübte, reibungslos funktionierende kognitiv-affektive Schemata ermöglichen dem Individuum in diesem Modus die erfolgreiche Regulierung vieler emotionaler Probleme (Labouvie-Vief, 2009). Im Rahmen dieses assimilativen Modus kann das emotionale Arousal auf einem niedrigen Niveau gehalten werden, indem z.B. schema-inkongruente Aspekte gedämpft werden. Affektive Komplexität hingegen beruht auf sorgfältiger Differenzierung und Erweiterung von Affekten sowie der gleichzeitigen Darstellung gegensätzlicher Emotionen, vor allem in der positiven und negativen Valenz. Dieser akkommodative Modus fördert Prozesse der Individuation und des persönlichen Wachstums, erfordert allerdings einen hohen Einsatz von psychischen und kognitiven Ressourcen. Metcalfe und Mischel (1999) weisen auf den kurvilinearen Zusammenhang zwischen Aktivierungslevel/Arousal und dem Grad der Komplexität und Integration der kognitiv-behavioralen Handlungsspielräume hin. Wenn das Niveau der emotionalen Aktivierung und des Arousals niedrig ist, kann das Individuum gut integriert denken, planen und erinnern und diese Fähigkeiten beispielsweise zur Problemlösung im interaktionellen Bereich einsetzen. Bei einem extrem hohem Grad von Arousal gehen diese Fähigkeiten zugunsten automatisierter, unbewusster kognitiv-affektiver Schemata verloren. Dieses Phänomen dient der Regulierung der allgemeinen Aktivierung in erträglichen Grenzen.

Beide Modi der affektiven Informationsverarbeitung werden in der „Dynamic Integration Theory“ (DIT) als ineinandergreifend verstanden. Die temporäre Abnahme von Komplexität gewährleistet die Affektoptimierung, und der temporäre Anstieg von Komplexität senkt möglicherweise die Tendenz zur Affektoptimierung. Dieses dynamische System kann bei Individuen unterschiedlich flexibel funktionieren, je nachdem, welchen Modus sie ggf. bevorzugen (Labouvie-Vief & Márquez, 2004). Ein solcher Bias steht u.U. mit altersbedingten Veränderungen in kognitiven ausführenden Funktionen im Zusammenhang oder entsteht durch Mängel in der über die Lebensspanne erworbenen emotionalen Regulationsfähigkeit. Auch eine individuelle Neigung zu Übererregung kann beteiligt sein.

Ein Ansteigen der affektiven Komplexität wurde in einer Längsschnittstudie über eine Zeitspanne von sechs Jahren mit Personen im Alter von 15 bis 88 Jahren gefunden, und zwar bis zum Alter von 45 Jahren. Nach diesem Lebensalter war die Beziehung zwischen dem Alter und der Änderungsrate in Bezug auf Komplexität negativ (Labouvie-Vief et al., 2007). Wenn kognitive Ressourcen abnehmen, zeigen sich belastende Folgen von Überaktivierung (Labouvie-Vief & Márquez, 2004). Während hoch stressbelastete Situationen andauern, sind die Emotionen weniger differenziert und werden stattdessen in einem Kontinuum von gut bis schlecht organisiert. In einer täglichen Tagebuchstudie zu Emotionen und Stress zeigten sich die interindividuellen Unterschiede in der Möglichkeit, emotionale Komplexität zu aktivieren sowie deren Verbindung mit physischer Gesundheit und Wohlbefinden (Ong & Bergemann, 2004). Hohe Neurotizismuswerte und hoher globaler und täglicher Stress sagten dabei geringere emotionale Differenziertheit vorher.

2.4.7 Emotionsregulation und interpersonale Probleme im höheren Alter

Emotionale Stabilität und Komplexität steigen nach Carstensen et al. (2011) mit zunehmendem Alter an, wobei Komplexität als gleichzeitiges Auftreten von positiven und negativen Gefühlen definiert wird. Die Fähigkeit zu Selbstregulation und Kontrolle eigener Emotionen im Alter weist allerdings auch Vulnerabilitäten auf. Zunehmend richtet sich die Aufmerksamkeit der Forschung zur emotionalen Entwicklung im Alter und zu emotionalen Prozessen in sozialen Interaktionen auf physiologische und neurologische Prozesse bei der Verarbeitung emotionaler Stimuli. Etliche

Studien befassen sich mit altersbedingten Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit Arousal. Auf diese genannten Aspekte gehe ich im Folgenden ein.

Emotionsregulation beinhaltet zum einen die Modulierung der eigenen emotionalen Erregung und zum anderen einen bewussten, einsichtigen und akzeptierenden Umgang mit Emotionen. Beides verbindet sich zu der Fähigkeit, nach eigenen Zielen zu handeln (vgl. Gratz & Roemer, 2004). Neben Einschränkungen in manchen kognitiven Funktionen wird Älteren zugeschrieben, dass sie emotional bedeutsame und interpersonale Probleme im Allgemeinen effektiver lösen als jüngere Erwachsene, da sie ihre Strategien auf die jeweiligen Kontexte, die eigenen und die Ziele der Interaktionspartner zuschneiden. Die Fähigkeit zur emotionalen Verarbeitung von Erfahrungen, zur Emotionsregulation und zu einem adaptiven Interaktionsverhalten in sozialen Beziehungen bleiben bis in das höhere Erwachsenenalter erhalten oder werden im Vergleich zu jüngeren Lebensjahren verbessert (Carstensen & Mikels, 2005). Dies zeigt sich in Untersuchungen zur Problembewältigung in Alltagssituationen („everyday problem-solving“), in deren Rahmen Situationsbeschreibungen mit ungelösten Fragen vorgegeben werden, für die die Studienteilnehmer/-innen Lösungen erarbeiten sollen. Blanchard-Fields (2007) unterscheidet im Zusammenhang mit solch wenig strukturierten Problemen in sozialen Beziehungen („ill-structured problems“) zwischen Lösungsstrategien, die instrumentell auf das Problem ausgerichtet sind und Strategien der Emotionsregulation. Nach Lazarus und Folkman (1984) sind instrumentelle Strategien als aktive und direkte Handlungen zur Lösung in Bezug auf Alltagsprobleme im zwischenmenschlichen Bereich zu verstehen („problem-focused coping strategies“), während über sogenannte passive Emotionsregulationsstrategien („emotion-focused coping strategies“) Affekte bzw. affektgesteuerte Handlungen unterdrückt werden oder Kontrollversuche in subjektiv nicht beeinflussbaren Situationen unterbleiben. In Untersuchungen, die Vignetten mit sozio-emotional ausgerichteten Problemsituationen vorgeben, unterschieden sich jüngere und ältere Personen bezgl. der Häufigkeit problemorientierter Vorgehensweisen nicht. Ältere bevorzugten allerdings häufiger als Jüngere passive Strategien zur Emotionsregulation, z.B. Rückzug aus einem interpersonalen Konflikt und kombinierten diese mit aktiven Strategien zur Problemlösung, was als effektiver eingeschätzt wurde (Blanchard-Fields, 2007). Die in den Studien verwendeten Kriterien zur Beurteilung der Effektivität der

eingesetzten Strategien sind durchaus unterschiedlich und reichen von einer vorgegebenen optimalen Lösung über eine möglichst hohe Anzahl an Strategievorschlägen bis zur qualitativen Einschätzung, welche Lösung am besten an die vorgegebene Situation und die Ziele der Handelnden angepasst ist. In einer Studie, in der möglichst viele Lösungen für mehrere vorgegebene Problemsituationen gefunden werden sollten, fanden Thornton, Paterson und Yeung (2013) bei Älteren keine altersbedingten Vorteile in der Lösung emotional bedeutsamer Konfliktthemen. Das prozentuale Verhältnis gelungener und effektiver Lösungen zur absoluten Zahl der Lösungsvorschläge war bei älteren und mittelalten Erwachsenen allerdings gleich. In der wissenschaftlichen Literatur zu Stress und Coping werden passive Strategien zur Emotionsregulation im Vergleich mit proaktiven Strategien eher als ungünstig, weil weniger effektiv dargestellt. Im Kontext der Lebensspannenpsychologie gelten passive Strategien zur Vermeidung negativer Emotionen hingegen als adaptiv, da Ältere dadurch in der Lage sind, mit Rücksicht auf die eigene Vulnerabilität und angesichts des Verlustes von Ressourcen ein erträgliches Ausmaß von Aktivierung des Nervensystems („arousal“) aufrecht zu erhalten (s. 2.2.2 zur relativen Allokation von Ressourcen).

Jüngere und Ältere verfolgen unterschiedliche Ziele bei der Lösung von Problemen in nahen sozialen Beziehungen. Jüngere Menschen stellen autonomiebezogene Ziele in den Vordergrund, während Ältere Ziele priorisieren, die auf harmonische Interaktionserfahrungen, positive Emotionen und Vermeidung von Eskalation in Beziehungen ausgerichtet sind (Carstensen, 1992b). Dabei zeigen sie Gespür für Situationen, in denen es angezeigt ist, sich aus einem Konflikt zurück zu ziehen und auf die Beruhigung der zwischenmenschlichen Situation einzuwirken. Der Titel eines Artikels von Watson und Blanchard-Fields (1998) fasst diese Kompetenzen zusammen: „Thinking with your head and your heart“. Ältere Menschen schätzen sich selbst so ein, dass sie Emotionen besser regulieren können als jüngere (Lawton, 2001). Ein entscheidendes Kriterium für unterschiedliche Strategien ist die emotionale Bedeutsamkeit („salience“) der Situation (Samanez-Larkin & Carstensen, 2011). Eine Untersuchung von Blanchard-Fields, Jahnke und Camp (1995) zu Lösungsvorschlägen für hypothetische Situationen, die wenig interpersonelles Engagement aufweisen, ergab, dass alle Altersgruppen hierbei eher vermeidend-leugnende Strategien

einsetzten. Bei Situationsbeschreibungen mit intensiver Interaktion neigten alle Altersgruppen zu passiv-dependenten Strategien und kognitiver Analyse der Situation. Ältere Erwachsene setzten in interpersonalen Problemsituationen Lösungsstrategien differenziert und dynamisch angepasst ein, in dem sie je nach Situation und Kontext aktive, passiv-abhängige, kognitiv-analysierende und vermeidend-leugnende Reaktionen wählen. Allerdings zeigten sie passiv-dependente und vermeidende Verhaltensweisen insgesamt wesentlich häufiger als jüngere Altersgruppen. Ältere sind aufgrund ihrer Lebenserfahrung aufmerksamer hinsichtlich der emotionalen Aspekte in sozialen Konflikten und setzen bei interpersonalen Herausforderungen ihr Repertoire an aktiven problemlösenden, kognitiven und passiven Strategien adaptiv kombiniert ein (Watson & Blanchard-Fields, 1998; Blanchard-Fields, 2009). Dies wird mit der Umzentrierung sozialer Motive in Richtung Emotionsregulierung und Beziehungsorientierung in Zusammenhang gebracht (siehe 2.4.1). Die Fähigkeit, zu entscheiden, wann aktive Beeinflussung und wann Strategien sekundärer Kontrolle und eine akkommodative Veränderung eigener Einstellungen angemessen und konstruktiv sind, wächst im höheren Alter. Dazu gehört die Einsicht, dass in nahen und intimen Beziehungen, insbesondere der Paarbeziehung, die Gestaltung der Beziehung deren Grenzen berücksichtigen sollte und die Ziele beider Partner einbezogen werden müssen, um harmonische Interaktionen zu befördern (Mienaltowski, 2011).

Ong und Bergeman (2004) untersuchten die Komplexität positiver und negativer Emotionen bei überwiegend gesunden älteren Erwachsenen. Ihre Ergebnisse lassen darauf schließen, dass intra- und individuelle Unterschiede die emotionale Differenzierung im höheren Alter prägen. Menschen unterscheiden sich (auch) im höheren Alter bezgl. der emotionalen Komplexität (Carstensen et al., 2000). So zeigten einige Personen sehr wenig Stimmungsunterschiede über einen Zeitraum von 30 Tagen, während andere eine hohe intraindividuelle Variabilität aufwiesen. Eine individuelle Vulnerabilität, die sich in höheren Neurotizismuswerten und einem höheren Niveau von wahrgenommenem Stress ausdrückt, scheint die Spielräume für emotionale Komplexität einzuengen (Charles & Carstensen, 2010). Negative und positive Affekte werden unter diesen Bedingungen in geringerem Ausmaß differenziert und in die Polarität „gut – schlecht“ eingeordnet. Ong und Bergeman (2004) bezogen in ihrer Studie Resilienzmerkmale ein, die als relativ stabile Persönlichkeitsdisposition

verstanden werden, z.B. konstruktive Bewältigungsstrategien und Durchhaltevermögen trotz widriger Umstände. Bei älteren Personen, die diese Charakteristika aufwiesen, war häufiger zu beobachten, dass positive und negative Emotionen gleichzeitig auftraten. Ambiguitätstoleranz scheint mit affektiver Komplexität einherzugehen.

Das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998, 2007) beschreibt unterschiedliche Strategien, die eigenen Emotionen zu regulieren. Dies kann vor, während und nach einem negativen Erlebnis geschehen. Es werden fünf Strategien der Emotionsregulation unterschieden und unterschiedlichen Zeitpunkten im Prozess der Emotionsentstehung zugeordnet: Situationsselektion, Situationsmodifikation, Aufmerksamkeitssteuerung und -abwendung, kognitive Umbewertung und Reaktionsmodulation (vgl. Scheibe, 2010). Antizipative Strategien („antecedent-focused emotion regulation strategies“) zielen darauf ab, das Auftreten von negativem Affekt zu vermeiden. Dies geschieht z.B. über eine Selektion und Modulation der Situationen oder die Lenkung der Aufmerksamkeit. Neubewertung („reappraisal“) gehört zu den bedeutsamen vorausgehenden Strategien (Gross & John, 2003). Dabei wird die subjektiv empfundene Bedeutung von Ereignissen oder Reaktionen herabgestuft, wenn die eigenen Einflussmöglichkeiten begrenzt sind. Diese Strategien werden noch vor der Auslösung emotionaler Reaktionen verwendet. Sie sind mit geringerem Einsatz kognitiver Ressourcen verbunden und sehr wirksam. Antwortorientierte Regulationsstrategien („response-focused emotion regulation strategies“) kommen zum Einsatz, wenn die Emotion bereits aufgekommen ist. Diese Regulationsform soll die Dauer und/oder die Intensität der unangenehmen Emotionen mildern. Unterdrückung („suppression“) gilt als wesentliche Strategie, mittels derer Distress während oder nach dem Erleben reduziert werden soll (Backenstrass, Pfeifer & Marin, 2012). Diese Strategie setzt später im Prozess der Emotionsregulation ein und zielt darauf, die emotionalen Reaktionen auf subjektiver, physiologischer und/oder Verhaltensebene zu verändern und ist mit subjektiven, kognitiven und sozialen Kosten verbunden (Scheibe, 2010). In diversen Forschungsprojekten zeigte sich, dass antezedenzfokussierte Strategien effektiver und sich in sozialen Interaktionen konstruktiver auswirken als reaktionsfokussierte Strategien (Gross, 2001). Ältere setzen antezedenzfokussierte Strategien häufiger ein als Jüngere (John & Gross, 2004). Im Rahmen der

sozio-emotionalen Selektivitätstheorie wird dies auf die sich verändernde Motivationslage mit abnehmender Lebenszeit zurückgeführt wird. Ältere präferieren emotional bedeutsame Erfahrungen und möchten negative Emotionen regulieren. Dazu nutzen sie mit zunehmender Lebenserfahrung effektive Strategien der Emotionsregulation, die früh im Prozess der Emotionsentstehung einsetzen (Scheibe, 2010). Unter den antezedenten Strategien lassen sich weiterhin Vorgehensweisen unterscheiden, die im Sinne eines „engagement" und „disengagement" zu verstehen sind. Bei einer Umbewertung („reappraisal") handelt es sich um eine proaktive langfristig angelegte Strategie, während die Weglenkung der Aufmerksamkeit als Abkopplung von dem betreffenden Reiz oder Geschehen gilt und kurzfristig Wirkung zeigt. Die Wahl der Emotionsregulationsstrategie wird bei Älteren von ihren emotionalen Zielen, von der Intensität des Stimulus und von den kognitiven Ressourcen beeinflusst (Sheppes et al., 2014). Wenn die auslösende Situation emotional negativ und sehr intensiv ist, sind Reappraisal-Strategien - wie die Formulierung einer alternativen Interpretation des Geschehens - schwieriger einzusetzen, da sie einen erhöhten Einsatz kognitiver Ressourcen erfordern (Sheppes et al., 2011). Reappraisal beruht auf der Fähigkeit, sich aus der bislang eingenommenen Perspektive zu lösen und beansprucht mehr kognitive und Informationsverarbeitungsressourcen, z.B. die Arbeitsspeicherkapazität, insbesondere wenn die emotionale Aufladung hoch ist (Scheibe, Scheppes & Staudinger, 2015). Es wird angenommen, dass Ältere im Bereich der fluiden Intelligenz Abbauprozesse zeigen können und daher weniger als Jüngere auf diese Ressourcen zurückgreifen können, um Reappraisal als Strategie zur Emotionsregulation zu nutzen (Opitz, Lee, Gross & Urry, 2014). Strategien, die die Aufmerksamkeit von der Situation abziehen, sind für Ältere im Hinblick auf das momentane affektive Wohlbefinden effektiver, da sie akut wirksam sind und dazu beitragen, den Anstieg des physiologischen Arousal zu verhindern. Ältere, die in bedeutsamen sozialen Beziehungen wie der Paarbeziehung Disengagement-Strategien verwenden, tragen damit zu ihrem subjektiven Wohlbefinden bei (Scheppes et al., 2014).

Die Theorie der „Strength and Vulnerability Integration“ (SAVI)

Neuere Theorien, die in den letzten 10 Jahren auf der Grundlage der Theorie der Sozio-emotionalen Selektivität entwickelt wurden, fokussieren sowohl den sogenannten Positivitätseffekt als auch Strategien zur Emotionsregulation (Charles & Hong, 2016).

Die zunehmende Bedeutung emotionaler Ziele im höheren Alter bzw. angesichts begrenzter zeitlicher Perspektive wurde in diversen Forschungsprojekten nachgewiesen, die sich auf die Theorie der sozio-emotionalen Selektivität stützen (Carstensen, 2006). Die zweite Generation der Modelle zur sozio-emotionalen Selektivität hat sich in den vergangenen zehn Jahren entwickelt und zielt auf spezifische Aspekte der emotionalen Erfahrung (Charles & Hong, 2016). Diese Theorien beziehen die Verbindung kognitiver und emotionaler Aspekt der Informationsverarbeitung im höheren Alter ein, wie z.B. in Untersuchungen zum Positivitätseffekt (Reed & Carstensen, 2012), der durch veränderte motivationale Ziele im höheren Alter erklärt wird, oder in Studien zur kognitiven Kontrolle, die sich auf die Fähigkeit situationsgerecht zu reagieren bezieht (Kray & Lindenberger, 2000). Hierbei liegt der Fokus darauf, wie Emotionen die Art der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung beeinflussen (Dreisbach, 2008).

Ein dritter Zweig der neueren theoretischen Modelle zur sozio-emotionalen Selektivität, der sich mit Altersunterschieden in spezifischen Bereichen kognitiven und emotionalen Funktionsfähigkeit befasst, greift Stärken und Vulnerabilitäten auf. Emotionales Wohlbefinden und Emotionsregulation werden im Lauf des Erwachsenenlebens durch verschiedene Faktoren beeinflusst (Carstensen & Charles, 2010). Das Modell der „Strength and Vulnerability Integration“ (SAVI) geht davon aus, dass über die Lebensspanne die sozialen und emotionalen Kompetenzen zunehmen und sich Handlungsspielräume in der Beziehungsgestaltung erweitern. Mit abnehmender Restlebenszeit werden emotionsbezogene Ziele priorisiert, d.h. die Qualität der sozialen Beziehungen/der Paarbeziehung wird bedeutsamer, das Grundbedürfnis nach Nähe und Angenommensein altert nicht.

Im Vergleich zu Jüngeren berichten Menschen im höheren Erwachsenalter eine abnehmende Häufigkeit negativer Affekte und ein gleichbleibendes Niveau von

positiven Affekten und subjektivem Wohlbefinden (Consedine & Magai, 2006). Ältere Erwachsene zeigen andere bzw. bessere Emotionsregulationsstrategien, zum Beispiel die Umbewertung der interpersonellen Situation mit dem Partner/der Partnerin, anstatt die Emotion zu unterdrücken. Sie passen ihr Verhalten dem Kontext besser an, beispielsweise entscheiden sie, wann es besser ist, eine Konfliktsituation aktiv anzugehen oder sich zurückzunehmen (Blanchard-Fields, 2007).

Dieses Phänomen wird mit sozio-emotionalen Stärken der Älteren wie höherer Komplexität der Emotionen und differenziertem Erfahrungswissen im Bereich der Selbstregulation in Zusammenhang gebracht. Älteren wird aufgrund ihrer Lebenserfahrung („time lived“) ein umfangreicheres Wissen über sich selbst und eine differenzierte Sicht auf andere Menschen zugesprochen (Charles, 2011). Effektive Regulierung der eigenen Emotionen gewinnt an Bedeutung angesichts des geringer werdenden Zeithorizontes („time left“) und trägt zu einem besseren Wohlbefinden bei. Die Fähigkeit, Strategien zur Regulation der eigenen Emotionen verstärkt einzusetzen, ermöglichen es ihnen, negativen Stress zu vermeiden und sich nicht über längere Zeit aversiv empfundenen interpersonalen Situationen auszusetzen (Charles & Carstensen, 2007).

Neben diesen altersbedingten Stärken werden im Modell der SAVI altersbedingte Vulnerabilitäten postuliert, die in Situationen auftreten, in denen anhaltendes emotionales Arousal auftritt, das sie nur mit zeitlicher Verzögerung herunterregulieren können. Die Betreffenden vermeiden es daher zunehmend, negativen sozialen Reizen ausgesetzt zu sein oder begrenzen zumindest solche Situationen (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013). Ältere strukturieren aktiv ihre soziale Umgebung, um ihr affektives Wohlbefinden zu steigern und nutzen dabei Strategien des „Disengagement“. So verkleinern sie z.B. ihr soziales Netzwerk und beschränken sich auf Kontakte mit dem/der Lebenspartner/-in, Familienmitgliedern und vertrauten, nahen Freunden (Lang, 2003). Darüber hinaus bevorzugen Ältere bei interpersonalen Probleme, z.B. in einer Paarbeziehung, vermeidende oder distanzierende Strategien (Birditt & Fingerman, 2005; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Zwischenmenschliche Spannungen gehören zu den emotionalen Erfahrungen, die den höchsten Stress verursachen. Jüngere sehen bei solchen Problemen aktive coping-orientierte Lösungsstrategien als zielführend an, während Ältere eher dazu neigen, passive Strategien zu

wählen, um soziale Harmonie und Wohlbefinden zu erhalten (Birditt, 2014). In theoretischen Ansätzen und Studien zur Umstrukturierung sozialer Motive und Handlungsmotivation über die Lebensspanne wird ein solcher Entwicklungstrend im höheren Alter postuliert (siehe 2.4).

Wenn Menschen im höheren Erwachsenenalter negativ empfundene Situationen nicht vermeiden oder ihnen nicht entrinnen können, z.B. bei chronischen gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen oder langanhaltenden, persistierenden Konflikten in der Paarbeziehung, erleben sie erheblichen Distress (Charles, 2011). Einerseits können altersbedingte physiologische Funktionsveränderungen wie die verlangsamte Reaktivität und ein verzögertes Anwachsen der Erregung bis zum Höchstwert („peak arousal“) die Emotionsregulation begünstigen. Andererseits bewirkt die reduzierte physiologische Flexibilität im höheren Alter, dass ein erhöhtes Arousal länger andauert und die Rückkehr zum Basiswert des affektiven Wohlbefindens sich schwieriger gestaltet (Charles & Luong, 2013; Wrzus, Müller, Wagner & Lindenberger, 2013). Wenn Ältere sich negativen, stressauslösenden Situationen ausgesetzt sehen, versuchen sie, ihre Aufmerksamkeit von den negativen Aspekten abzuziehen und die bedrohliche Szene zu verlassen (Knight et al., 2007). Ist dies über einen längeren Zeitraum nicht möglich - wie z.B. andauernden Spannungen und Konflikten in nahen Beziehungen - erleben Ältere anhaltend hohe Grade von physiologischem Arousal, der ihre Vulnerabilität erhöht, da er längere Zeit nach Beendigung der akuten bedrohlichen Situation weiterbesteht (Charles & Luong, 2013).

Niedrige Stufen von negativem Distress in sozialen Situationen werden von Älteren aufgrund ihrer erworbenen sozio-emotionalen Expertise meist gut bewältigt. Sind Ältere hingegen über einen längeren Zeitraum Distress ausgesetzt, ohne sich dem entziehen zu können, so erleben sie hohe emotionale Erregung und verlieren den Zugang zu ihren Fähigkeiten zur Emotionsregulation, so dass sie im Vergleich zu Jüngeren sogar weniger Bewältigungsmöglichkeiten zeigen. Alle Altersgruppen zeigen sich negativen emotionalen Erfahrungen gegenüber gleich reaktiv. Ältere streben jedoch im Vergleich mit Jüngeren erfolgreich an, diesen Ereignissen in geringerem Maß ausgesetzt zu sein (Neupert, Almeida & Charles, 2007). Gelingt ihnen dies, bleibt das subjektive Wohlbefinden Älterer auf einem hohen Niveau erhalten.

Nach der Theorie der SAVI berichten Ältere in der Regel ein hohes Niveau von emotionalem Wohlbefinden, wenn sie eine allgemeine subjektive Einschätzung dazu geben. Dieses Wohlbefinden schildern sie auch im Zusammenhang mit sozialen Situationen, in denen sie es erfolgreich vermeiden oder begrenzen, emotional negativ gefärbten Erfahrungen ausgesetzt zu sein. In Situationen, in denen Ältere nicht in der Lage sind, ein hohes Level an Distress zu vermeiden oder kognitiv-behaviorale Strategien zur Abmilderung aversiver Erfahrungen einzusetzen, können sie hingegen auf ihre altersbedingten emotionalen Vorteile in der Emotionsregulation nur eingeschränkt zugreifen (Charles & Luong, 2013). Dazu tragen subjektiv unbeeinflussbare Ereignisse und Stressüberlastung bei, wie sie bei ungelösten Konflikten in der Paarbeziehung, bei chronischen Erkrankungen und körperlichen Einschränkungen, aber auch im Zusammenhang mit Kränkungen im Zusammenhang mit der Beendigung der beruflichen Aufgaben auftreten.

Bislang unterstützen einige empirische Studien das relativ junge Modell der SAVI. Allerdings existieren noch keine Langzeituntersuchungen, die auf diesem Ansatz fußen, so dass ungeklärt ist, ob es sich um wirkliche Entwicklungseffekte oder um einen Kohorteneffekt handelt. Der Einfluss neurologischer Dysregulation auf kognitive und behaviorale Strategien ist ebenfalls unklar (Charles & Luong, 2013).

Parallelen zum Konzept des SAVI lassen sich bei dem integrativ angelegten Modell der Mentalisierung erkennen, das die Forschungsgruppe um Peter Fonagy veröffentlicht hat (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Mentalisierung wird als stressabhängiger Prozess konzipiert (Kirsch, Brockmann & Taubner, 2016). In diesem dynamischen Prozess wird von einem neurobiologischen stressabhängigen Umschaltmodell der Mentalisierung ausgegangen („bio-behavioural-switch-model“) (Kotte & Taubner, 2017, S.57). Unter ansteigendem emotionalen Arousal, insbesondere bei sog. Bindungsstress, wechselt das Gehirn von präfrontalen, kontrollierten Modi zu eher automatischen und impliziten Verarbeitungsformen. Reifes Mentalisieren bricht bei übermäßiger emotionaler Erregung zusammen, und es erfolgt eine Regression auf prämentalisierende Modi. Ärger und Sorgen fungieren dabei als Filter. Dies kann zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen in Interaktionssituationen zwischen Partnern/Partnerinnen führen und dysfunktionales Paarbeziehungserleben nach sich ziehen (Bark, Taubner & Georg, 2016). Bei steigendem Bindungsstress, wie

ihn die älteren Paaren erleben, die sich beispielsweise durch den Verlust des emotionalen Kontaktes zueinander belastet fühlen, kann von einer Abnahme der Komplexität und Flexibilität beim Reflektieren ausgegangen werden.

3 LANGJÄHRIGE PAARBEZIEHUNGEN IM HÖHEREN ALTER

Langjährige Paarbeziehungen im höheren Lebensalter rücken erst seit einiger Zeit in den Fokus des Forschungsinteresses (Berberich & Brähler, 2001; Fooken, 1995; Riehl-Emde, 2002a, 2016b; Schmitt & Re, 2004; Schneewind, Wunderer & Erkelenz, 2004; Vogt 2009). Lehr wies bereits 1991 darauf hin, dass diese Phase der sogenannten „nachelterlichen Gefährtenschaft" fast doppelt so lang dauern kann wie die Familienphase mit Kindern (vgl. Seiffge-Krenke & Schneider, 2012, S. 184 f.). Die spätere Zeit der gemeinsamen Beziehung umfasst bei steigender durchschnittlicher Lebenserwartung eine lange Zeitspanne und hat dadurch für Paare an Bedeutung gewonnen (Lehr, 2007). Gleichzeitig bietet diese Lebensphase diverse Herausforderungen und erfordert fortlaufende Anpassungs- und Entwicklungsprozesse beider Partner/-innen. Während die Bedingungen, die zur Trennung bzw. Scheidung von Paaren führen, in einer Vielzahl von Studien untersucht wurden (vgl. Bodenmann, 2001a), liegen wissenschaftliche Untersuchungen zur Langlebigkeit von Paarbeziehungen in weitaus geringerer Anzahl vor.

Karney und Bradbury (2019) benennen als aktuell führende Theorien im Bereich der Paarbeziehungen die Evolutionäre Psychologie, Bindungstheorien, Soziale Austauschtheorien, Soziale Lerntheorien und Sozio-ökologische Modelle, zu denen u. a. die Psychologie der Lebensspanne gehört. Mit Blick auf langjährige Paarbeziehungen älterer Menschen und im Rahmen meiner Studien kommt dem Ansatz der Lebensspannenpsychologie besondere Relevanz zu (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006). Der interdisziplinäre Ansatz der Psychologie der Lebensspanne erfasst mit seinen Leitgedanken relevante Facetten der Paarbeziehung im höheren Lebensalter: lebenslange Entwicklung mit den Aspekten Heterogenität und Plastizität, Multidimensionalität und Multidirektionalität bezüglich Gewinnen und Verlusten sowie eine interaktionistische und kontextualistische Perspektive (Baltes, 1990). Die Lebensspannenpsychologie verbindet motivationale, emotionale und entwicklungspsychologische Theorien und bezieht in Verbindung mit dem bio-psycho-sozialen Modell (Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013; Pauls, 2011) soziale, somatische, kulturelle und historische Kontextfaktoren ein (siehe 2.3 und 2.4).

Im folgenden Abschnitt stelle ich die im Rahmen der vorliegenden Arbeit relevanten theoretischen Rahmenkonzepte, Modelle und Dimensionen von Paarbeziehung dar, die bedeutsame Aspekte für langjährige Paarbeziehungen im höheren Lebensalter beinhalten. Dabei greife ich jeweils die für langjährige Paarbeziehungen relevanten Forschungsergebnisse auf und knüpfe an die in 2.3 und 2.4 ausgeführten relevanten Schwerpunkte der Entwicklung in Paarbeziehungen im höheren Alter an: die Umzentrierung der Motivation im höheren Lebensalter auf den Erhalt naher Beziehungen, insbesondere der langjährigen Paarbeziehung, Belastungen der Paarbeziehung durch gesundheitliche Einschränkungen und andere überfordernde stresshafte Ereignisse sowie die spezifischen Emotionsprozesse im höheren Alter, die auf der Bevorzugung positiver Emotionen und sinnhafter Erfahrungen in nahen Beziehungen basieren.

3.1 Bedeutsame Konzepte zum Verständnis von Paarbeziehung

Unter einer interdisziplinären Perspektive der Wissenschaft von sozialen Beziehungen, die sich seit etwa 20 Jahren stetig erweitert, wird auch die Paarbeziehung als relevante zwischenmenschliche Beziehung betrachtet. Die Entwicklung von nahen Beziehungen über die Zeit spielt eine entscheidende Rolle.

Auch im theoretischen Modell der Liebesbeziehung nach Sternberg (1986) wird eine Verlagerung der grundlegenden Motive in einer Paarbeziehung über die Zeit angenommen. Das Modell stellt drei relevante Komponenten der Paarbeziehung in einen Zusammenhang, wobei angenommen wird, dass sich in einer langjährigen Paarbeziehung der Schwerpunkt in Richtung der gegenseitigen Zusage und Verlässlichkeit verschiebe. Forschungsergebnisse zu bindungstheoretischen Ansätzen und Koevolutionsprozessen in einer langjährigen Paarbeziehung ergänzen diese Ansätze.

3.1.1 Paarbeziehung als spezielle Form interpersonaler Beziehungen

Mit ihrem richtungsweisenden Artikel „The Greening of Relationship Science“ gab Berscheid 1999 einen bedeutsamen Anstoß für die integrative Forschung und Theoriebildung im Rahmen interpersonaler Beziehungen. Der wissenschaftliche Fokus, der in den zurückliegenden Jahrzehnten vornehmlich auf individuelle Phänomene und Prozesse gerichtet war, sollte geweitet werden. Die Auswirkungen

menschlicher Beziehungen auf die individuelle Entwicklung sowie die Kontextbedingungen für die Entwicklung interpersonaler Beziehungen fanden seitdem verstärkt Berücksichtigung in wissenschaftlichen Studien. Dies gilt insbesondere für die Betrachtung der Beziehung zweier Menschen, die sich als Paar verstehen.

Reis, Collins und Berscheid (2000) und Reis (2007) bekräftigten den Ansatz, menschliche Beziehungen multidisziplinär zu erforschen und übergreifende theoretische Ansätze zu entwickeln, um Erkenntnisse aus diversen Subdisziplinen der Psychologie, Sozialen Wissenschaften, Verhaltens- und Gesundheitswissenschaften zu integrieren. Folgerichtig veränderte sich die Sicht auf das Konstrukt „Nähe" in bedeutsamen Beziehungen. Im Rahmen einer eher individualistisch ausgerichteten Sichtweise war zuvor das Ausmaß der Selbstöffnung der/des Einzelnen ein zentrales Kriterium für interpersonelle Intimität (Reis, 2007). In der zurückliegenden Dekade verschob sich der Schwerpunkt bei Kriterien für positive intime Beziehungen hin zur Erforschung der Art und Weise, wie Partner und Partnerinnen in nahen Beziehungen einander wechselseitig wahrnehmen, wie sie emotional miteinander verbunden sind und wie sie sich zueinander verhalten. Unter bindungstheoretischer Perspektive gilt die wahrgenommene emotionale Erreichbarkeit („responsiveness") des/der anderen in der Paarbeziehung als zentraler Faktor der Paardynamik (Roesler, 2016).

Zur Beschreibung der Verbindung zweier Menschen – unabhängig von ihrem Lebensalter und der Dauer der Paarbeziehung - finden sich in der wissenschaftlichen Literatur Begriffe wie Paarbeziehung, Partnerschaft, Liebesbeziehung, Ehebeziehung, enge Beziehung, nahe Beziehung, romantische Beziehung, stabile Beziehung, feste Beziehung oder intime Beziehung.

Karney und Bradbury (2010, S.6ff.) führen Kriterien an, die eine intime Beziehung zwischen zwei Menschen kennzeichnen, wobei die Intensität aufsteigend zu verstehen ist. Zunächst wird Interdependenz genannt, die eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine intime Beziehung sei. Interdependenz wird verstanden als bidirektionaler Einfluss, den zwei Personen aufeinander ausüben und zulassen. Dies ist verbunden mit internalen Repräsentationen des/der jeweils anderen und der gemeinsamen Beziehung sowie mit Kontinuität über die Zeit. Die aktuellen Interaktionen der beiden Menschen gewinnen durch ihre früheren gemeinsamen Interaktionen Bedeutung. Persönliche Beziehungen, die nächste Stufe, seien

dadurch charakterisiert, dass zwei Menschen einander als einzigartige Individuen ansehen und sich auf einer tieferen emotionalen Ebene einlassen. Nahe Beziehungen wiederum weisen einen stärkeren, häufigeren und vielfältigen Einfluss der beiden Personen aufeinander auf. Bradbury und Karney (2010) merken an, dass intime Beziehungen zwischen zwei Menschen zusätzlich die Erwartung, den Ausdruck und die Erfahrung von gegenseitiger erotischer Anziehung, sexueller Leidenschaft und einem gemeinsam geteilten erotischen Gefühl einschließen.

3.1.2 Sternbergs Triangular Theory of Love

Robert Sternberg veröffentlichte bereits 1986 seine „Triangular theory of love", auch als „Dreiecksmodell" der Liebe bekannt (vgl. Hassebrauck, 2002), das seitdem kontinuierlich rezipiert wird und mir bei der Betrachtung langjähriger Paarbeziehungen als Orientierungsrahmen ausgesprochen hilfreich erscheint. Eine Liebesbeziehung enthält nach Sternberg drei Komponenten, die als unabhängige Dimensionen eines dreidimensionalen Raumes zu verstehen sind (vgl. Buhl & Hassebrauck, 1995): Vertrautheit/Nähe (intimacy), Leidenschaft (passion) und persönliche Entscheidung/Verpflichtung (decision/commitment).

Vertrautheit bzw. Intimität bezieht sich auf die „warme" emotionale Komponente und schließt das Gefühl von Nähe, Bindung und Behaglichkeit ein. Diese Komponente findet ihren Ausdruck insbesondere in der gegenseitigen emotionalen Unterstützung, aber auch in dem gemeinsamen Wunsch, in der Paarbeziehung das Prinzip von Geben und Nehmen zu leben, das Wohlbefinden des Partners/der Partnerin zu fördern und gemeinsame glückliche Momente zu teilen. Ebenso findet sich in diesem Teilaspekt die wechselseitige Haltung, sich dem/der anderen gegenüber aufmerksam, respektvoll, wertschätzend zu verhalten und sich als zuverlässig zu erweisen.

Leidenschaft meint die „heiße" motivationale Komponente, die mit einer hohen Aktivierung und starken Gefühlen einhergeht. In einer Liebesbeziehung richtet sich die physische und psychische Erregung vorwiegend auf sexuelle Wünsche und ist mit körperlicher Anziehung durch den anderen/die andere assoziiert. Leidenschaft kann darüber hinaus weitere persönliche motivationale Aspekte wie den Erhalt oder die Steigerung von Selbstwert oder das Streben nach Dominanz bzw. Unterordnung

in der Beziehung beinhalten. Ebenso finden sich hier beispielsweise Motive, für andere zu sorgen oder Einsamkeit zu vermeiden.

Verpflichtung schließlich ist die „kalte“ kognitive Komponente, verstanden als bewusste Entscheidung für eine Paarbeziehung. Unterscheiden lassen sich dabei die kurzzeitige Entscheidung für eine bestimmte Person sowie die Selbstverpflichtung, eine längerfristige Beziehung zu ihr aufrechtzuerhalten und diese Beziehung auch angesichts schwieriger Zeiten weiterzuführen.

Alle drei Komponenten können in einer Paarbeziehung mit unterschiedlicher Gewichtung gelebt werden, was sich in Sternbergs Liebestypologie mit acht Kategorien widerspiegelt (vgl. Hassebrauck, 2002). In der romantischen Liebe beispielsweise sind Nähe und Leidenschaft ausgeprägt, während im Modell der kameradschaftliche Liebe die Merkmale Nähe und Verpflichtung im Vordergrund stehen. Als emotional leere Liebe wird eine einseitig auf Verpflichtung beruhende Beziehung ohne die Komponenten Nähe und Leidenschaft bezeichnet, die als Partnerschaftsform dennoch funktionieren kann. Das Idealbild einer Liebesbeziehung orientiert sich in diesem Modell an der Balance aller drei Bestandteile. Im Lauf einer Paarbeziehung nimmt Sternberg Verschiebungen in der Gewichtung der jeweiligen Komponenten an. Während In einer selbst gewählten Liebesbeziehung kann in der Anfangszeit die Leidenschaft betont sein. Mit der Zeit wird die Vertrautheit wachsen und sich in langfristig befriedigenden Paarbeziehungen auf einem höheren Niveau stabilisieren. Eine Studie mit Personen im mittleren Erwachsenenalter, die in Paarbeziehungen mit einer durchschnittlichen Beziehungsdauer von 9,5 Jahren lebten, untersuchte Aspekte der Qualität der Paarbeziehung im Zusammenhang mit den drei Komponenten der Theorie von Sternberg (Acker & Davis, 1992). Ausschlaggebend für die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung war der Faktor „Entscheidung/Bindung“. Dies galt besonders für die Frauen. Commitment wird verstanden als übergeordnetes Motiv in einer langjährigen Beziehung, das zu beziehungsförderndem Verhalten motiviert. Hohe Werte von Commitment in einer Paarbeziehung spiegeln sich in einem starken „Wir-Gefühl“ wieder (Landis et al., 2014). Neben der je individuellen Zufriedenheit mit der Paarbeziehung trägt die Befriedigung der Bedürfnisse des Partners/der Partnerin zur generellen Paarzufriedenheit bei. Hohes Commitment, ausgeprägtes

beziehungsförderndes Verhalten und hohe Zufriedenheit mit der Paarbeziehung bedingen und verstärken sich nach diesem Modell gegenseitig. Angesichts von zunehmender Vulnerabilität durch Belastungen, körperliche Einschränkungen und Stressfaktoren gewinnt die Komponente der Verbindlichkeit, des Commitments und der Bindung in der Paarbeziehung älterer Menschen in langjährigen Beziehungen vermutlich an Bedeutung, da die Partner zunehmend aufeinander angewiesen sind.

In einer empirischen Untersuchung mit jüngeren Studierenden zur Dreiecks-theorie nach Sternberg überprüften Buhl und Hassebrauck (1995) die drei genannten Dimensionen. Sie stellten fest, dass das empirisch gewonnene Modell überzufällig hoch mit dem Modell der Dreiecks-theorie übereinstimmte. Die Komponente "Leidenschaft" ließ sich besonders überzeugend isolieren, während die beiden Dimensionen „Intimität“ und „Entscheidung/Bindung“ sich nicht im selben Ausmaß voneinander abgrenzen ließen. Eine dimensionale Herangehensweise sehen die Autoren dennoch als sinnvoll an, um unterschiedliche Paarbeziehungen systematisieren zu können. Dies könnte für die Betrachtung der Dauer der Paarbeziehung gelten, denn langjährige Paarbeziehungen werden eine andere Gewichtung der Komponenten aufweisen als Beziehungen, die erst seit kürzerer Zeit bestehen.

Nach Fooken (1990) ist Intimität nicht als feststehendes Merkmal einer Paarbeziehung zu verstehen, sondern als prozesshaftes Geschehen, das von beiden Partnern über die gemeinsame Beziehungszeit hinweg interaktiv gestaltet wird. Intimität wird als „beidseitige und über die Zeit hinweg andauernde emotionale Verbundenheit und Verbindlichkeit“ (Fooken, 1990, S. 209) definiert, zu der die gegenseitige Akzeptanz von Überzeugungen und Werten des/der anderen ebenso gehören wie körperliche Nähe und Offenheit gegenüber den Bedürfnissen des/der anderen. Dies gelte besonders bei langjährigen älteren Paaren, bei denen die Qualität der Intimität im Lauf der Entwicklung ihrer Paarbeziehung an Bedeutung gewinne. Die Sternbergschen Dimensionen „Nähe/Vertrautheit“ und „Verbindlichkeit/Entscheidung“ finden sich darin wieder. Eine Interviewstudie, bei der die Partner jeweils separat befragt wurden, ergab ein dyadisches Konstrukt von Intimität, in dessen Rahmen allgemeine - nicht sexuelle - Aspekte der Partnerschaft und sexuelle Intimität als voneinander unabhängige Komponenten verstanden werden. Bei den verschiedenen

Aspekten der Intimität zeigen sich über die Lebensspanne und die Zeit der Paarbeziehung hinweg individuelle Entwicklungsverläufe und Gestaltungsmöglichkeiten (Fooken, 1990) (siehe 3.4).

Bei Bodenmann (vgl. 2013, S.20) finden sich ähnliche Definitionselemente einer festen oder intimen Partnerschaft wie in Sternbergs Dreiecksstheorie. Diese Charakteristika sind nach Bodenmann hohe Interdependenz und emotionale Nähe, der Wunsch nach einem längerfristigen Bestand, Exklusivität und sexuelle Intimität. Partner in Langzeitehen, die ihre Beziehung als glücklich einschätzen, beschreiben nach Bodenmann (2013) gegenseitige Loyalität, Respekt, Commitment und sexuelle Treue als wesentliche Elemente.

Die beiden Komponenten „Intimität/Nähe“ und „Entscheidung/Bindung“ lassen sich bei Bodenmann im Hinblick auf langjährige Beziehungen eindeutig ebenso wiederfinden wie bei Reis (2006), der als organisierendes Konzept für die Paarbeziehung die wahrgenommene Ansprechbarkeit des Partners/der Partnerin vorschlägt („perceived partner responsiveness“). Nehmen die Partner subjektiv wahr, dass ihre Bedürfnisse vom jeweils anderen nicht adäquat beantwortet werden, wird dieses Verhalten als starke Beeinträchtigung der Beziehungsqualität gesehen. Gegenseitige Bezogenheit, Verbundenheit und Nähe in Beziehungen stellen nach Reis (2006) grundlegende Elemente für menschliches Wachstum, Integrität und Wohlbefinden dar.

3.1.3 Das Phänomen Liebe in langjährigen Paarbeziehungen

Im Unterschied zum Begriff der Partnerschaft wird das Phänomen der Liebe in Paarbeziehungen als metaphysisches Konstrukt angesehen (vgl. Bodenmann, 2013), das kaum operationalisierend zu fassen sei und daher eher deskriptiv aufgegriffen (Hassebrauck, 2002, 2010).

Riehl-Emde (2000) weist darauf hin, dass wissenschaftliche Kriterien zur Einschätzung der Qualität einer Paarbeziehung die Zufriedenheit mit der Beziehung oder die Kommunikation des Paares fokussieren. Diese Sicht sollte um die Dimension der Liebe erweitert werden, denn in der Paarforschung sei die Liebe „ein blinder Fleck“ (Riehl-Emde, 2000, S.78). In einer Fragebogenstudie untersuchte Riehl-Emde (2003) Faktoren, die zum langfristigen Zusammenhalt von heterosexuellen Paaren beitragen. Sowohl zufällig ausgewählte Paare als auch solche, die sich in Paarthera-

pie befanden, wurden zur Qualität und Stabilität ihrer Ehe befragt. Sie waren zwischen fünf und 30 Jahren verheiratet. In zusätzlichen persönlichen Kommentaren der Befragten wurde deutlich, dass diese vermissten, nach dem wichtigsten Faktor gefragt zu werden, der sie als Paar zusammenhält: Liebe. Paare in Therapie waren unzufriedener mit der Qualität ihrer Verbundenheit miteinander, was sich negativ auf ihr Wohlbefinden auswirkte. Zuneigung, Vertrauen und Fürsorge wurden der Dimension der Liebe zugeordnet. Distanzierende Veränderungen und der Abbruch der emotionalen Verbundenheit bei den untersuchten Paaren bildeten häufig den Hintergrund von Kommunikationsproblemen und Streit. Die Dimensionen „Nähe“ und „Bindung“ bei Sternberg finden sich hier wieder.

Der Begriff der Liebe prägte zu Anfang der 2000er Jahre die Diskussion im deutschsprachigen paartherapeutischen Raum und wurde auf seine Relevanz für den Bestand von Paarbeziehungen hin untersucht. Willi (2007) ersetzte die Bezeichnung „Partnerbeziehung“ durch den Begriff „Liebesbeziehung“. In einer Liebesbeziehung streben die Menschen danach, in ihrem persönlichen Kern erkannt zu werden, sich angenommen zu fühlen und sich in der Beziehung mit dem intimsten persönlichen Potential zu entfalten. Diese Sehnsucht könne in einer Paarbeziehung nicht vollständig erfüllt werden, vielmehr fordern die Partner sich in einem koevolutiven Prozess wechselseitig zu persönlicher Entwicklung heraus, d.h. sie fördern sich gegenseitig und fordern den/die andere durch ihre Unterschiedlichkeit heraus (Willi, 2007). Auf der Basis systemtheoretischer Überlegungen postuliert Retzer (2002, 2002a, 2004) die Unterscheidung zwischen den Sinnsystemen „Liebesbeziehung“ und „Partnerschaft“ in Paarbeziehungen, die je eigenen und widersprüchlichen Handlungslogiken folgen. Auf der Folie der Partnerschaft gestaltet ein Paar ein Austauschverhältnis, das geprägt ist von Leistung und geforderter Gegenleistung. Verhandlungen miteinander beziehen sich auf die gerechte Verteilung z. B. von Ressourcen und Pflichten, die gegeneinander aufgerechnet werden. Eine Partnerschaft beginnt mit einem Entschluss und kann intentional beendet werden. Sie beinhaltet als Funktionssystem den ausgehandelten Tausch und den Anspruch auf Vertragstreue, Gerechtigkeit und Gleichberechtigung. Davon grenzt Retzer die Logik der Liebesbeziehung ab, die davon geprägt ist, dass freiwillige bedingungslose Gaben an den anderen erfolgen, ohne

dass eine äquivalente Gegenleistung gefordert wird. Eine Liebesbeziehung ist demnach charakterisiert als schicksalshaft, existentiell bedeutsam und ist als absolut und exklusiv zu verstehen. Sie wird nicht bewusst begonnen oder beendet und ist unbedingt, d.h. sie beruht im Gegensatz zur Partnerschaft nicht auf einem Vertrag oder Anspruch, sondern auf freiwilligen Gaben. Entsprechend lassen sich in Paarsystemen die Kommunikationscodes der Liebe und der Partnerschaft unterscheiden. Den Kommunikationscode der Liebe zeichnet aus, dass er im höchsten Maß persönlich ist und keine Selektion stattfindet, was Gegenstand der Kommunikation wird. Erleben und Erzählen werden quasi eins (vgl. Retzer, 2002, S. 40). Im Kommunikationscode der Partnerschaft trifft man eine Auswahl, über welchen Teilaspekt der eigenen Person man dem Partner/der Partnerin etwas mitteilt. Nach funktionalen Gesichtspunkten selegiert die Beteiligten, was sie von sich zeigen und was sie mit Distanz zum Affekt zurückhalten. Nach Retzer kann die Liebe als sogenannter Kommunikationscode bei Problemen auf der Ebene der Partnerschaft die Spielräume eines Paares erweitern und zu Lösungen beitragen, indem den Partnern ein Perspektivwechsel möglich wird. Dieser Wechsel der Ebene und des Kommunikationscodes ist im Zusammenhang mit langjährigen Paarbeziehungen besonders relevant. Im Modus der Liebesbeziehung erleben die Paare gegenseitige Bedeutsamkeit und Abhängigkeit gleichzeitig, die unzensierte gegenseitige Offenbarung energetisiert beide und ermöglicht ihnen, sich zu orientieren und in der Beziehung Sinn zu erleben. Die Frage nach Sinn ist mit einer Liebesbeziehung insofern verbunden, als das „Denken vom Ende her“ ein Motiv für die Liebesbeziehung selbst darstellt Retzer, 2002):

> Hier nun kann gerade die Liebe für manche ein letztes großes sinnvolles Sinnangebot bereitstellen. Die Liebe als ein Sinnangebot, das besonders deshalb Sinn macht, weil es noch in dramatischer Weise auf das Ende hin gedacht werden kann: Auf was soll denn das Ganze hinauslaufen? (S.9).

Im Blick auf Langzeitehen benennt Riehl-Emde (2016a) es als existentiell, die gegenseitige Liebe zu erhalten und zu fördern. Liebe als Gefühl lasse sich in ver-

schiedenen Dimensionen erfassen, die durchaus widersprüchlich und ambivalent erlebt werden, z.B. als emotionale, intellektuelle und als erotisch-sexuelle Verbindung. Verliebtheit, Leidenschaft und Liebe seien nach Wynne und Wynne (1986) zu differenzieren. Die Parallele zur Dreiecksheorie nach Sternberg zeigt sich in dieser kategorialen Unterscheidung nach emotionalen, rationalen und motivationalen Aspekten. Emotionale Sicherheit und sexuelles Begehren sind nach Riehl-Emde paradox verschränkt, denn zu viel Sicherheit in der Paarbeziehung verhindere das Erleben von Begehren, während leidenschaftliche Sexualität kurzlebiger sein könne als emotionale Verbundenheit über längere Zeit.

Riehl-Emde spricht von „Liebesläufen“ (2016a, S. 248), die sich mit zunehmendem Alter heterogener entwickeln, parallel zu Erkenntnissen aus der Psychologie der Lebensspanne, die zeigen, dass sich im höheren Alter die Multidirektivität der Entwicklung deutlicher zeige als in jüngeren Lebensphasen (s. Kap. 2.2.3). Laut Riehl-Emde (2016a) ist aus der empirischen Forschung wenig bekannt, wie sich Liebe in langjährigen Paarbeziehungen verändere. Über die gesamte Lebensspanne hinweg bestehe die Entwicklungsherausforderung, sich mit individuellen und partnerbezogenen konflikthaften Themen auseinanderzusetzen, Ambivalenzen in der Paarbeziehung auszuhalten und Enttäuschungen zu verarbeiten. Im höheren Lebensalter sei der Übergang in den Ruhestand eine kritische Übergangsphase, die z.B. erfordert, Distanz und Nähe als Paar neu zu organisieren. Als weitere wesentliche Entwicklungsaufgaben nennt Riehl-Emde ein zunehmendes emotionales aufeinander Angewiesensein, die Bewältigung von körperlichen Alterserscheinungen und Krankheit, Grenzerfahrungen von Leben und Tod, gegenseitige Fürsorge und gemeinsame anregende Erfahrungen. Aufgrund der größeren emotionalen Kompetenz sei es langjährigen Ehepartnern möglich, den anderen/die andere differenzierter und auf komplexe Art wahrzunehmen (Riehl-Emde, 2014, 2016). Die Fähigkeit zum „Sehen in der vierten Dimension“ (Riehl-Emde, 2016a, S.255) beruhe darauf, dass langjährige Partner neben der aktuellen Gestalt des anderen/der anderen das jüngere Ich „sehen“ können. In dieser konstruktivistischen Perspektive kreiert der beobachtende Partner/die Partnerin ein inneres Bild des anderen/der anderen, das die aktuelle Situation ebenso wie alle vorherigen gemeinsam geteilten Erfahrungen enthält. Die Entwicklung des Partners/der Partnerin über die Zeit sei auf diese Art in der Beziehung gegenwärtig.

Dies bedeute eine Tiefendimension, die eine langjährige Paarbeziehung charakterisiere. Wallerstein und Blakeslee (1996) sprechen von der Entwicklungsaufgabe, in der Paarbeziehung die Balance zwischen Idealisierung und Realitätssinn zu halten. Je länger die die Beziehung andauert, umso bedeutsamer wird die Fähigkeit, die Idealisierung aus dem gemeinsamen Anfang als Vision und Ressource für die Paarbeziehung über die Zeit lebendig zu halten und gleichzeitig im Wissen um die gemeinsame Beziehungsgeschichte und die aktuelle Lebensrealität als Paar die Grenzen der Verwirklichung konstruktiv zu akzeptieren (Wonka, 2009, S.129).

3.1.4 Bindung und langjährige Paarbeziehung

Neben dem Bindungssystem werden aus evolutionärer Perspektive zwei weitere angeborene psychobiologische Systeme postuliert, nämlich das der Fürsorge und das der Sexualität. Alle drei Systeme sind für Paarbeziehungen relevant. Im Erwachsenenalter wird die enge Paarbeziehung als Bindungsbeziehung gesehen, und der Liebespartner/die Liebespartnerin gilt entsprechend als die primäre Bindungsperson (Hazan & Shaver, 1987). Eine enge, tragfähige und verbindliche Paarbeziehung erfüllt nach Bodenmann (2013) das Grundbedürfnis des Menschen nach Bindung. Das Bindungssystem motiviert Menschen, in Notsituationen die Nähe zu Bindungspersonen zu suchen, um sich vor Distress zu schützen. In bedrohlichen Situationen hat die partnerbezogenen Bindung den adaptiven Vorteil, dass die Nähe des Partners/der Partnerin Unterstützung sichert und Angst reduzieren hilft (Rohmann, Küpper & Schmohr, 2006). Während der Interaktion eines Paares ist bei beiden Partnern/-innen das Bindungssystem hoch aktiviert, besonders bei (drohendem) Verlust oder Trennung. Ein sicheres Basis-Skript im Rahmen einer Bindungsbeziehung setzt sich aus deklarativem und prozeduralem Wissen über das eigene Selbst, den anderen/die andere und die gemeinsame Affektregulation zusammen (Mikulincer & Shaver, 2004). Die deklarativen Wissensanteile bestehen z.B. aus optimistischen und vertrauensvollen Überzeugungen über den anderen/die andere und das Management von negativem Stress sowie aus Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Prozedurale Wissensbestandteile sind rundum drei zentrale Copingstrategien bei Stress organisiert: Erkennen und Äußern von subjektivem Distress, Unterstützung suchendes Verhalten und in-

strumentelle Problemlösung (Waters, Rodriguez & Ridgeway, 1998). Die beiden erstgenannten Strategien dienen dazu, Distress herunterzuregulieren, damit das instrumentelle Problemlösen effektiv umgesetzt werden kann (Mikulincer & Shaver, 2004).

Riehl-Emde stellt die Bindung zum Partner/zur Partnerin in den Mittelpunkt einer Paarbeziehung, da „Lieben und geliebt werden ... unabhängig vom Alter eine wesentliche Erfahrung" (Riehl-Emde, 2016a, S.247) darstellen. Sie bezeichnet Liebe als existentielle Dimension der menschlichen Erfahrung, die bis in das höhere Lebensalter bewirkt, dass Geborgenheit, Nähe und Bindung erfahren werden. Überdies trage die Liebe als Qualität der Paarbeziehung zur Regulierung des Selbstwertgefühls bei. Im höheren Alter unterstütze eine sichere Bindung und das Gefühl von Geborgenheit und Nähe die psychische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden und sei förderlich für die Emotionsregulation und das Selbstwertgefühl. Darüber hinaus lassen sich Krisensituationen im Rahmen einer liebevollen Paarbeziehung konstruktiv bewältigen.

Internale Arbeitsmodelle von Bindung korrespondieren mit Prozessen der Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Emotionsregulation in Paarinteraktionen (Mikulincer & Shaver, 2008). Die individuelle Bindungssicherheit beeinflusst demnach zum einen über die selektive Aufmerksamkeit für bindungsrelevante Stimuli, wie akkurat der Partner/die Partnerin wahrgenommen wird. Bei Personen mit einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation lässt sich eine Vermeidung solcher Stimuli beobachten, während Personen mit unsicher-verstrickter Bindungsrepräsentation diesen Stimuli übermäßige Aufmerksamkeit schenken. Zum anderen zeigen sich bei sicheren und unsicheren internalen Modellen der Bindung an den Partner/die Partnerin Unterschiede in der Emotionsregulation und im Konfliktverhalten. Menschen mit sicherer Bindungsrepräsentation sehen Konflikte auf der Paarebene eher als Möglichkeit, den Partner/die Partnerin besser kennenzulernen, was konstruktive Bewältigungsstrategien ermöglicht. Menschen mit unsicherer Bindungsrepräsentation hingegen empfinden Konflikte mit dem Partner/der Partnerin als Bedrohung, entweder bezüglich der eigenen Unabhängigkeit oder der Stabilität der Paarbeziehung (Pietromonaco, Greenwood & Barrett, 2004). In einer Studie von Gagliardi et al. (1998) berichten Paare, bei denen beide sich als sicher gebunden einschätzen, über eine höhere subjektive Partnerschaftsqualität als Paare, bei denen

die Partner/Partnerinnen unsicher-ängstlich und unsicher-vermeidend gebunden sind oder bei Paaren mit gemischten sicheren und unsicheren Bindungsrepräsentationen. Niedrige Angst- und Vermeidungswerte bei beiden Partnern /-innen gehen demnach mit einer höheren Partnerschaftsqualität einher, während sich bei Paaren, bei denen zumindest ein Partner/eine Partnerin hohe Werte bezüglich Angst und/oder Vermeidung erreicht, eine niedrigere Paarqualität zeigt.

Die Forschungsergebnisse zur Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter sind heterogen. Von Sydow und Ullmeyer (2001, T11) fassen die Diskussion folgendermaßen zusammen: „Wir nehmen an, dass eine „Sowohl-als-auch-Lösung am adäquatesten ist; nämlich die Differenzierung in eine Bindungs-„trait"-Komponente, verstanden als Persönlichkeits-Attribut und eine weitere Bindungskomponente, verstanden als Attribut einer spezifischen Beziehung, die sich gegenseitig kontinuierlich beeinflussen.".

In einem Projekt mit Langzeit-Ehepaaren wurden deren Emotionsregulation und Bindungscharakteristika untersucht (Berkic & Quehenberger, 2012). Es zeigte sich, dass die Bindungssicherheit eines Partners sowohl die eigene Wahrnehmung und das eigene Verhalten bei Konflikten beeinflusst als auch die Wahrnehmung und das Verhalten des Partners/der Partnerin. Bei bindungssicheren Partnern/-innen, die kohärent handeln und ihre Gefühle deutlich ausdrücken, fällt es dem anderen/der anderen leichter, diese adäquat wahrzunehmen und angemessen zu reagieren. Die Bereitschaft zur Selbstöffnung bei dem bindungssicheren Partner/der Partnerin hat konstruktive Effekte auf die Kultur der Kommunikation des Paares und den bindungsunsicheren Partner/die Partnerin, was zur Stabilisierung in Langzeitehen beiträgt. Andererseits kann die Neigung unsicher-vermeidend Gebundener, Konflikte nicht direkt anzusprechen und konflikthaften Situationen auszuweichen, ebenfalls stabilisierenden Einfluss auf die Paarbeziehung haben, wenn sie begrenzt eingesetzt wird (Berkic & Quehenberger, 2012).

Solche Regulationsmechanismen zur Emotionsregulation funktionieren bei physiologischer Überaktivierung möglicherweise nicht mehr. Die Ergebnisse einer Studie von Jain und Labouvie-Vief (2010) weisen darauf hin, dass im höheren Alter bei übermäßiger emotionaler Erregung der schützende Effekt einer unsicher-vermeidenden Bindungsrepräsentation nicht genutzt werden kann. Eine unsicher-verstrickte

Bindungsrepräsentation kann einen protektiven Begleiteffekt haben, da sie ein dauerhaft hohes Engagement für die Paarbeziehung fördert (Gagliardi et al., 2013).

3.1.5 Gemeinsame Entwicklung und wechselseitige Beeinflussung in langjährigen Paarbeziehungen

Entwicklung wird im Rahmen der entwicklungspsychologischen Forschung als Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Kräfte gesehen. Aus konstruktivistischer Perspektive gilt das Individuum als handelnder Mitgestalter seiner eigenen Entwicklung (Lang, Neyer & Asendorpf, 2005). Soziale Beziehungen, vor allem sehr bedeutsame wie die Paarbeziehung, bilden den Kontext der individuellen Entwicklung und können sie beeinflussen, z.B. über die wahrgenommene Unterstützung durch den Partner/die Partnerin in einer langjährigen Beziehung (Brandtstädter, 1989). Der einzelne Mensch wählt und gestaltet seine sozialen Beziehungen und wird von ihnen zu eigener Entwicklung herausgefordert (Carstensen, 1995). Das höhere Lebensalter ist in unseren westlichen Gesellschaften weniger durch soziale Normen und Erwartungen bestimmt als das jüngere oder mittlere Erwachsenenalter, so dass die Bedeutung von selbstregulativen Prozessen im Alter ebenso zunimmt wie der Spielraum, selbst gewählte Ziele zu benennen und zu verfolgen (Freund, Nikitin & Ritter, 2009). Normative Lebensereignisse und damit verbunden soziale Orientierung finden sich im höheren Lebensalter in wesentlich geringerem Ausmaß als in jüngeren Jahren, sodass mehr Bedarf und mehr Möglichkeiten bzw. Herausforderungen zu Selbststeuerungsprozessen und Selbstregulation auftreten. Personen steuern ihre Veränderung in Interaktion mit ihrer Umgebung durchaus zielgerichtet.

Langjährige Paarbeziehungen bieten den Rahmen für und Herausforderungen zur individuellen Entwicklung in einer Wechselbeziehung mit dem Partner/der Partnerin. Der Paarforscher und Paartherapeut Jürg Willi (2007) sieht eine Liebesbeziehung als den größten Entwicklungsmotor im Erwachsenenleben, da durch sie die persönliche Entwicklung herausgefordert wird. Paarbeziehungen im höheren Alter lassen sich unter dem Aspekt der gemeinsamen Entwicklung bei der Bewältigung der Folgen des Alterns u. a. im Blick auf Wohlbefinden und Gesundheit betrachten. In seiner psycho-ökologischen Sicht versteht Jürg Willi Koevolution als „gegenseitige Beeinflussung der persönlichen Entwicklung von Partnern im Zusammenleben“

(Willi, 2005, S. 134). Ein Paar erschafft sich demnach eine innere Welt, ein dyadisches Konstruktsystem, das als verbindlichen Rahmen die Vereinbarungen, Werte und Normen des Zusammenlebens, die gemeinsame Beziehungsgeschichte und die gemeinsamen Erfahrungen umfasst. Die äußere Welt eines Paares, die dyadische Nische bildet den miteinander geschaffenen „Beziehungsraum", das materielle Umfeld, das sie gemeinsam gestaltet haben und verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Beziehungen. Die innere und die äußere Welt eines Paares bilden nach Willi (2005, 2007) die Basis, auf der die Partner sich gegenseitig in ihrer Entwicklung immer wieder neu herausfordern, begrenzen und unterstützen. Diese individuellen Entwicklungsprozesse aufeinander abzustimmen, bleibt Aufgabe des Paares, solang die Beziehung besteht. Koevolution ist nicht als harmonischer, sondern als spannungsreicher Prozess zu sehen. Das unbewusste Zusammenspiel eines Paares kann über lange Zeit stabilisierend wirken. Es kann sich durch Veränderungen in der Lebenssituation, wie Eintritt in den Ruhestand, Auszug erwachsener Kinder aus dem Elternhaus oder gesundheitliche Probleme aber auch krisenhaft entwickeln und den Freiraum zur persönlichen Entwicklung der Partner einschränken.

Den Umgang mit schwierigen Zeiten bei langjährigen Paaren untersuchten Schneewind, Wunderer und Erkelenz (2004). Die Paare berichteten, welche Bewältigungsstrategien sie einsetzten. Am häufigsten wurde genannt, in belastenden Zeiten die Beziehung zum Partner/zur Partnerin bewusst zu pflegen und in sie zu investieren. Weiterhin wurde als hilfreich genannt, als Paar mehr und anders miteinander zu sprechen, d.h. die gemeinsame Kommunikation zu verbessern und das Wir-Gefühl zu stärken, indem bewusst kooperatives Handeln eingesetzt wurde. Weitere Strategien waren, psychosoziale und medizinische Unterstützung in Anspruch zu nehmen sowie optimistisches Abwarten.

Die Forschung im Rahmen der Lebensspannenpsychologie hat ebenfalls auf die förderlichen und hinderlichen Auswirkungen sozialer Partner für die Entwicklung des/der Einzelnen hingewiesen (Rook, Luong, Sorkin, Newsom & Krause, 2012). Dies betrifft vor allem ambivalente nahe Beziehungen wie die Paarbeziehung, die die Partner vulnerabel machen können. Positive und negative Aspekte der Paarbeziehung sind multidimensional zu sehen und stellen keine gegensätzlichen Pole dar. Hoppmann und Gerstorf (2009) stellen in einem Mini-Review einen theoretischen

Rahmen der Paarbeziehungen im höheren Alter vor. Sie betonen, dass der Prozess des Alterns und die Bewältigung von Lebensübergängen nicht isoliert stattfinden. Vielmehr beeinflussen sich Partner in nahen Beziehungen wechselseitig in diesem Entwicklungsprozess. Dabei nehmen sie Entwicklungsgewinne durch die langjährige Paarbeziehung, deren Schutzfunktion bezgl. der Herausforderungen des Alterns für den Einzelnen/die Einzelne sowie die Risiken und möglicherweise behindernde Aspekte einer nahen Beziehung im höheren Alter in den Blick. In einer langjährigen intimen Beziehung können die Partner gegenseitig zum erfolgreichen Altern beitragen, aber auch negative Folgen des Alterns befördern. Sind die Partner/-innen in der Beziehung zufrieden, so wird auch das subjektive Wohlbefinden höher ausfallen. Ist die Paarbeziehung durch chronische Spannungen belastet, so wirkt sich dies negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Tesch-Römer, 2010). Eheliche Beziehungen im höheren Lebensalter seien gleichermaßen als dynamisch und idiosynkratisch zu charakterisieren. So entspricht es der Lebensphase Alter, dass der Austausch als Paar mehr von emotional bedeutsamen Begegnungen geprägt sei als in jüngeren Jahren. Das Emotions- und Bindungsmotiv rückt in dieser Lebensphase in den Vordergrund (Lang, 2001). Neben dieser Beschreibung normativer Lebensphasen finden sich stets Aspekte in langjährigen Beziehungen, die auf die individuelle gemeinsame Paargeschichte zurückführen und beachtet werden sollten. Ereignisse und individuelle Erfahrungen aus der gemeinsam geteilten Paargeschichte wirken sich auf die aktuelle Interaktion auf der Paarebene aus, wobei ältere Menschen - ebenso wie junge - ihren eigenen Entwicklungs- und Alterungsprozesses aktiv gestalten. Dies geschieht im Kontext einer langjährigen Paarbeziehung in dynamischem Zusammenspiel mit dem Partner/der Partnerin. Die Qualität der Koevolution als Paar kann sich förderlich oder hinderlich auf das subjektive Wohlbefinden der Partner auswirken.

3.2 Zentrale Ergebnisse der Paarforschung

In der Forschung zu Paarbeziehungen spielen die Faktoren Stabilität und Zufriedenheit ebenso eine Rolle wie der gemeinsame Umgang mit Stress. Körperlich und psychische Erkrankungen stellen in diesem Zusammenhang gewichtige Belastungsfaktoren dar. Ausgewählte Ergebnisse dazu führe ich in den folgenden Abschnitten aus.

3.2.1 Stabilität, Qualität und Zufriedenheit der Partnerschaft in langjährigen Paarbeziehungen

Konzeptuell unterscheidet Bodenmann (vgl. 2013, S. 39ff.) drei interagierende Merkmale der Paarbeziehung: die Stabilität, die Qualität und die Zufriedenheit mit der Beziehung. Auf allen drei Ebenen sind Störungen der Partnerschaft möglich. Die Qualität der Paarbeziehung kann nach Bodenmann als funktional oder dysfunktional eingeschätzt werden bezüglich der subjektiven oder objektiven Nähe und Verbundenheit, der Kommunikation und Problemlösung, der Stressbewältigung sowie des Commitments (Verbindlichkeit). Die Qualität der Beziehung und die Zufriedenheit mit der Beziehung unterliegen je individuellen subjektiven Einschätzungen der Einzelnen, während die Stabilität der Beziehung ein formales Kriterium ist, dass sich auf das Paarsystem bezieht (vgl. Asendorpf & Banse, 2003).

Schmitt (2001) weist darauf hin, dass das Konstrukt der Ehequalität als komplex anzusehen ist und von den Partnern und von Experten anhand sehr unterschiedlicher Kriterien bewertet wird. Unterschiedliche interagierende Faktoren können die Beurteilung der Beziehungszufriedenheit beeinflussen. Im Hinblick auf die Ehe- bzw. Partnerschaftszufriedenheit werden verschiedene Begriffe benutzt, z.B. „Ehequalität“, „marital adjustment“, „marital happiness“ (Stegmann & Schmitt, 2006). Studien zur Erfassung der Paarqualität lassen sich unterschiedlichen Forschungsansätzen zuordnen. Zum einen wird die subjektive Zufriedenheit der Ehepartner mit ihrer Paarbeziehung über Selbstreports erfragt. Zum anderen stehen Charakteristika der Paarbeziehung wie Kommunikation oder Konflikt im Fokus. Diese werden über Fragebogeninstrumente und Skalen eingeschätzt. Manche Instrumente enthalten eine Mischung aus beiden Zugängen. Ein weiterer Weg, die Paarbeziehungsqualität zu bewerten ist die direkte Beobachtung von Paarinteraktionen (Gottman & Notarius, 2000). Forschung zu Paarbeziehungen bei Älteren existiert insgesamt in wesentlich geringerem Umfang als bei Jüngeren. In der Regel handelt es sich bei den Forschungsprojekten mit älteren Paaren um eine Befragung der subjektiven Einschätzung der Paarqualität (vgl. Mares & Fitzpatrick, 2004). Einer oder beide Partner können mit dem Status der langjährigen Paarbeziehung mehr oder weniger unzufrieden sein und darüber hinaus in ihrer Einschätzung schwanken (Hammerschmidt, 2000).

Akute und chronische Krisen und Konflikte in der Paarbeziehung können zu Trennungsabsichten oder Beendigung der Paarbeziehung führen. Im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) wurden Paare der Geburtsjahrgänge 1930/1932 und 1950/1952 unabhängig voneinander zu ihrer Paarbeziehung und zu ihrem subjektiven Wohlbefinden befragt (Riehl-Emde, 2016b). Beide Kohorten berichteten ein hohes Ausmaß an Wohlbefinden und Paarbeziehungsqualität, wobei die älteren Paare weniger Streit beschrieben als die Paare im mittleren Erwachsenenalter. Diese wiederum berichteten mehr positive Erfahrungen mit Gemeinsamkeiten und Zärtlichkeit als die ältere Kohorte. Eine geringere Übereinstimmung in der Einschätzung der Paarzufriedenheit zwischen den Paaren ging mit einer geringeren Beziehungsqualität einher.

In einer Längsschnittstudie von Margelisch und Perrig-Chiello (2016) mit Verheirateten, Geschiedenen und Verwitweten wurde betrachtet, wie sich Kontinuität und Veränderung in Partnerschaften im mittleren und höheren Erwachsenenalter gestalten. In diesem Kontext wurden verschiedene Verläufe der Anpassung an Stressoren in Paarbeziehungen untersucht. Es zeigten sich deutliche Unterschiede bezüglich des subjektiven Wohlbefindens und der Resilienz bei langjährig Verheirateten und geschiedenen oder verwitweten Personen. Geschiedene und Verwitwete erreichten höhere Werte bezüglich Depressivität und Stresserleben. Langjährig Verheiratete berichteten ein höheres physisches und psychisches Wohlbefinden und waren prinzipiell mit ihrer Paarbeziehung zufrieden. Männer fühlten sich in ihrer persönlichen Entwicklung durch die Paarbeziehung stärker unterstützt als Frauen (Margelisch, Schneewind, Violette & Perrig-Chiello, 2017).

Zum Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit über die Zeit der Paarbeziehung existieren mehrere Modelle (Stegmann & Schmitt, 2006). In einigen Studien wird eine Kontinuität angenommen, entsprechend dem niedrigen, mittleren oder hohen Niveau zu Beginn der Paarbeziehung (Bradbury, Fincham & Beach, 2000). Andere Studien weisen auf einen Rückgang der Beziehungsqualität über die Zeit hin, entweder als kontinuierliche Verschlechterung (Bodenmann, 2001) oder als rapider Abfall in den ersten Jahren, der mit der Zeit abflacht (Bradbury et al., 2000). Brandtstädter und Felser (2003) beschreiben einen starken Rückgang der Beziehungsqualität in der mittleren Erwachsenenphase. Ein u-förmiger Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit wird

von Weiland-Heil (1993) konstatiert und damit in Verbindung gebracht, dass die Geburt gemeinsamer Kinder als krisenhafte Zeit anzusehen ist, während die Verselbständigung der Kinder von (Eltern)Paaren in der Regel als entlastende Phase empfunden wird. Verschiedene Studien aus den 1970er und 1980er Jahren legten nahe, dass die Zufriedenheit mit der Ehe in der ersten Zeit am höchsten ist, dann abfällt und im mittleren Ehealter den niedrigsten Punkt erreicht und in späteren Ehejahren wieder ansteigt (vgl. Mares & Fitzpatrick, 2004). Möglicherweise handelt es dabei um einen positiven Selektionseffekt, da Ehen, die vor dem Hintergrund einer geringen Beziehungsqualität geschieden wurden, aus den Stichproben langjähriger Paare herausfallen (vgl. Stegmann & Schmitt, 2006). Vaillant und Vaillant (1993) nehmen die jeweiligen Forschungsdesigns in den Blick und führen an, dass querschnittlich und retrospektiv angelegte Studien zu einer geringeren Einschätzung der Paarbeziehungsqualität führen als Längsschnittuntersuchungen. In einer Langzeitstudie mit verschiedenen Subpopulationen von Paaren wurden fünf verschiedene Verlaufstypen der ehelichen Zufriedenheit identifiziert (Anderson, van Ryzin & Doherty, 2010). Eine stabile hohe Zufriedenheit fand sich bei zwei Dritteln der Paare in der Stichprobe. Das restliche Drittel bestand aus Paaren mit einer kontinuierlich niedrigen Zufriedenheit oder mit einer geringen Anfangszufriedenheit, die weiter absank oder mit einem u-förmiger Verlauf der Zufriedenheit. Dieser Verlauf begann mit einem hohen Wert, fiel danach ab und erhöhte sich im Verlauf der Paarbeziehung wieder. Kamp Dush, Taylor und Kroeger (2008) identifizierten in einer umfangreichen Stichprobe von langjährigen Paaren verschiedene Partnerschaftsverlaufsformen, wobei die stabil hohe und die stabil mittlere Paarbeziehungszufriedenheit die beiden größten Gruppen darstellten. Bei einer kleineren Gruppe von Paaren, die eine geringe Zufriedenheit mit ihrer Beziehung berichteten, fand sich ein leichter Anstieg der Ehequalität in späteren Jahren der Beziehung und kaum Rückkehr zu niedrigeren Zufriedenheitswerten aus vorangegangenen Zeiten der Paarbeziehung. Das Ausmaß der Paarzufriedenheit war assoziiert mit dem subjektiven Wohlbefinden der Partner/-innen. Glücklich Verheiratete wiesen eine höhere Lebenszufriedenheit auf als diejenigen, die in der Gruppe mit der geringen Paarzufriedenheit waren, wobei in der Studie nicht unterschieden werden konnte, ob ein erhöhter Stressniveau sich negativ auf die Paarqualität aus-

wirkt oder umgekehrt. Die verschiedenen Partnerschaftsverläufe könnten mit unterschiedlichen Kontextbedingungen, der individuellen Lebenszufriedenheit und verschiedenen Bewältigungsstrategien in Zusammenhang stehen und/oder auf einen Kohorteneffekt zurückzuführen sein, worauf Mares und Fitzpatrick (2004) hinweisen. Beziehungen von Älteren, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geschlossen wurden, zeigen insgesamt eine ansteigende Paarqualität im höheren Alter. Die Partner verfügen zudem über mehr über konstruktive Interaktionsstrategien als jüngere Kohorten. Wie sich deren Paarbeziehungen im höheren Alter entwickeln, ist noch nicht abzusehen. Die Paarqualität scheint eher mit dem Lebensalter korreliert zu sein als mit der Dauer der Paarbeziehung (Umberson, Williams, Powers, Chen & Campbell, 2005). Faktoren wie der gesundheitliche Status und Stress spielen eine bedeutsame Rolle in der Entwicklung der Paarqualität im höheren Lebensalter. Frauen und Männer, deren Ehepartner unter starken gesundheitlichen Einschränkungen litten, berichteten über einen großen Rückgang in ihrer subjektiven Paarqualität (Yorgason, Booth & Johnson, 2009). Als weiterer Faktor, der auf die Qualität der Paarbeziehung einwirkt, gilt die individuelle Vulnerabilität der Partner. Haben sie in ihrer Kindheit viel negativen Stress ohne adäquate Bewältigungsmöglichkeit erfahren, so sind sie von stresshaften Erfahrungen im Erwachsenenalter stärker betroffen (Umberson, Williams, Powers, Liu & Needham, 2005). Konstruktive Bewältigungskompetenzen und positive Erfahrungen mit dem Copingverhalten in der gemeinsamen Paargeschichte können den Effekt von stresshaften Ereignissen abfedern (Silverstein & Giarrusso, 2010). Karney und Bradbury (1995) halten eine differenzierte Sichtweise auf mögliche individuelle Verläufe der Paarbeziehung für ratsam, insbesondere bei der Frage nach den Faktoren, die zur Qualität der Paarbeziehung beitragen.

3.2.2 Zweidimensionales Modell der Paarbeziehungszufriedenheit

Die Einführung eines zweidimensionalen Modells zur Konzeptualisierung von Beziehungszufriedenheit bei Paaren stellte eine bedeutsame Weiterentwicklung für die Erhebung der Beziehungsqualität dar (Bradbury, Fincham & Beach, 2000). Positive und negative Aspekte der Paarbeziehung werden auf dieser Grundlage nicht als entgegengesetzte Pole einer einzigen Dimension verstanden, sondern separat erfasst (Fincham, Beach & Kemp-Fincham, 1997; Fincham & Rogge, 2010; Nussbeck, Hilpert & Bodenmann, 2012). Beziehungen enthalten demnach zufriedenstellende und

nicht zufriedenstellende Merkmale zur selben Zeit. Diese sind als getrennte, aber in Wechselbeziehung stehende Konstrukte zu sehen (Mattson, Rogge, Johnson, Davison & Fincham, 2013). Eine Einschätzung der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung im Rahmen einer eindimensionalen Skalierung der Paarbeziehungszufriedenheit lässt nicht deutlich werden, ob ein Wert im mittleren Bereich eine Haltung der Gleichgültigkeit oder der Ambivalenz repräsentiert. Bei einer indifferenten Haltung zur Paarbeziehung in eindimensionaler Erfassung kann ein mittlerer Wert eine weder hoch zufriedene noch hoch unzufriedene Einschätzung bedeuten. Derselbe Wert könnte andererseits auf gleichzeitig vorhandene hoch positive und hoch negative Bewertungen der Paarbeziehung hindeuten.

Stabilität und der Zufriedenheit zeigten sich in Untersuchungen als voneinander unterschiedene Dimensionen, die allerdings miteinander in Verbindung stehen, da Faktoren, die die Beziehungszufriedenheit fördern, sich auch positiv auf die Stabilität der Beziehung über die Zeit auszuwirken scheinen (vgl. Schneewind & Grandegger, 2005, S. 468f.). Andererseits bleiben bis zu 40% der unzufriedenen Paare über die Zeit stabil zusammen (Fincham & Beach, 1999).

3.2.3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung

In ihrem Rückblick auf die Forschungsdekade der 1990er Jahre zu Paarbeziehungen stellen Bradbury, Fincham und Beach (2000) drei zentrale Themenkomplexe in der Paarbeziehungsforschung heraus: interpersonale Prozesse, Mikro- und Makrokontexte der Paarbeziehung sowie Konzepte und Messung der ehelichen Zufriedenheit.

Die Beziehungsqualität in einer Paarbeziehung hängt nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungs-Modell von Karney und Bradbury (1995) von verschiedenen Einflussgrößen ab. Auf der Grundlage einer Metaanalyse von Längsschnittstudien wurde dieses Modell zur Vorhersage der Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen entwickelt. Belastende Ereignisse, überdauernde Eigenschaften sowie Bewältigungsmöglichkeiten spielen dabei in komplexer Weise zusammen (Stegmann, 2006). In einer modifizierten Version wird die Formulierung „überdauernde Eigenschaften“ durch den Begriff „Vulnerabilitäten“ ersetzt, die als person-interne überdauernde Kennzeichen zu verstehen sind. (Braukhaus, Saßmann & Hahlweg, 2000).

Karney und Bradbury (1995) evaluierten in einer Metaanalyse 115 Längsschnittstudien zur Partnerschaftsqualität und diversen anderen Dimensionen von langjährigen Ehebeziehungen. Sie bezogen verschiedene theoretische Ansätze zu Ehebeziehungen ein und entwickeltes ein Modell der Paarbeziehung, das die Interaktion von fortdauernden Vulnerabilitäten der einzelnen Partner, stresshaften Ereignissen und Adaptationsprozessen beinhaltet (Abbildung 1). Diese Faktoren werden mit der Qualität der Paarbeziehung in Verbindung gebracht. Die Partnerschaftsqualität wiederum hat Einfluss auf die Stabilität der Paarbeziehung. Das Modell eignet sich insbesondere für die Betrachtung langjähriger Paarbeziehungen, da es sich wiederholende zirkuläre Prozesse zwischen den Partnern einbezieht.

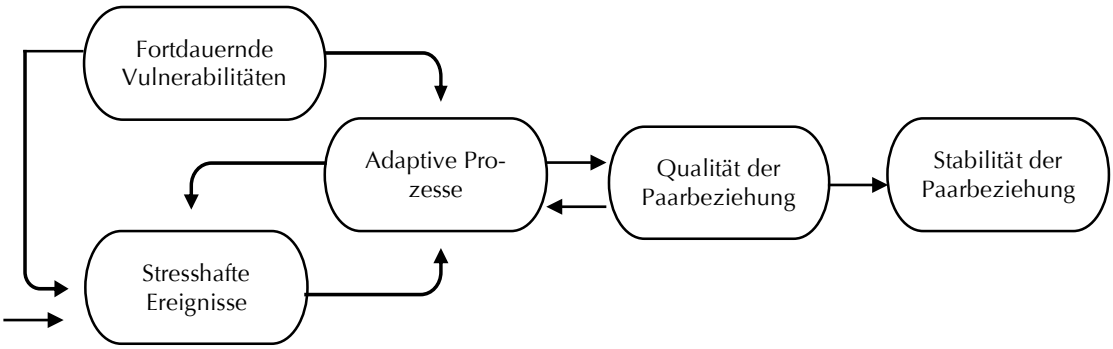


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung nach Karney und Bradbury (1995)

Das Modell postuliert, dass Paare sich in ihren bio-psycho-sozialen Lebenskontexten deutlich voneinander unterscheiden und je nach vorhandenen Ressourcen und Belastungen sehr unterschiedliche stresshafte Situationen erleben. Vorhandene oder fehlende soziale und finanzielle Ressourcen können die Paarinteraktion beeinflussen. Stresshafte Lebensereignisse - wie z.B. chronische Krankheiten, körperliche Einschränkungen, Konflikte zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern oder Kränkungen im beruflichen Bereich – beeinflussen zudem, in welcher Art sich die Partner zueinander verhalten, um den Stress zu bewältigen. Die Art, wie sie mit diesen Stressfaktoren umgehen, kann die Belastungen verschärfen oder verringern.

Überdauernde Vulnerabilitäten im Sinne stabiler Fühl-Denk-Verhaltens-Schemata, wie z. B. ein unsicherer Bindungsstil oder chronische depressive Erkrankungen, tragen zu stresshaften Erfahrungen bei und bestimmen gleichzeitig die Spielräume, die den Partnern jeweils für adaptive Bewältigungsprozesse zur Verfügung stehen. Der Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf die Paarbeziehung wurde in einer US-amerikanischen Studie mit 955 älteren Paaren untersucht (Iveniuk, Waite, Laumann, McClintock & Tiedt, 2014). Zeigten sich bei den Männern höhere Neurotizismuswerte, hohe Impusivität und Energie bei gleichzeitiger mangelnder Selbstkontrolle sowie niedrige Werte in Positivität, so fühlten sich die Frauen stärker durch Paarbeziehungskonflikte belastet. In einer deutschen Längsschnittstudie mit 5000 Paaren wurden die Übereinstimmung hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur und die Dauer der Paarbeziehung untersucht (Rammstedt, Spinath, Richter & Schupp, 2013). Je mehr die Partner bezüglich des Persönlichkeitsmerkmals Offenheit übereinstimmten, desto stabiler war ihre Paarbeziehung über die Zeit. Eine Schweizer Längsschnittstudie untersuchte bei langjährig Verheirateten, Geschiedenen und Verwitweten u. a. verschiedene überdauernde intra- und interpersonelle Ressourcen und Faktoren, die mit dem Wohlbefinden assoziiert sind (Perrig-Chiello et al., 2015). Bezüglich der Persönlichkeitsfaktoren Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit dem Maß der subjektiven Befindlichkeit. Das Merkmal Resilienz korrelierte am höchsten mit dem psychischen und sozialen Wohlbefinden, während sich bei der Ausprägung des Neurotizismus diesbezüglich ein negativer Zusammenhang ergab. In einem Vergleich der Geschlechter in der zweiten Lebenshälfte stellte sich zudem heraus, dass langjährig verheiratete Frauen höhere Werte bezüglich Verträglichkeit, Extraversion, Offenheit für Neues und Neurotizismus zeigten als verheiratete Männer, während bei Gewissenhaftigkeit und Resilienz keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen waren. Bei langjährig Verheirateten im Alter über 60 Jahre war eine stärkere Gewissenhaftigkeit festzustellen als bei Geschiedenen und Verwitweten derselben Altersgruppe (Perrig-Chiello Margelisch, Knöpfli & Spahni, 2013).

Im Vulnerabilitäts-Stress- Adaptationsmodell wird u. a. die kognitiv-emotionale Bewertung stresshafter Ereignisse als Adaptationsprozess verstanden. Dieser wirkt sich wiederum auf die Qualität der Paarbeziehung aus (vgl. Stegmann &

Schmidt, 2006). Auch die Attributionen eines Paares zum gemeinsamen Problemlöseverhalten als Reaktion auf Stress haben langfristig Einfluss auf die Qualität der Paarbeziehung, da sie die positiven bzw. negativen Erwartungen bezüglich zukünftiger Paarinteraktionen beeinflussen. Bei ungünstigen Erwartungen vor einer Diskussion mit dem Partner/der Partnerin ergeben sich zum Beispiel höhere physiologische Arousalwerte (Levenson & Gottman, 1985). Dieses Phänomen lässt auf langfristig sinkende Paarzufriedenheit schließen. Daraus abgeleitet wurden Interventionen, die beispielsweise darauf zielten, den Paaren nahezulegen, bestimmte Konfliktthemen proaktiv zu meiden, um die Qualität der Paarbeziehung zu stützen (Christensen & Heavey, 1990). Umgekehrt wirkt sich die Partnerschaftsqualität auf die Bewertungen von kritischen Ereignissen und das Bewältigungsverhalten des Paares aus. Erfährt ein Paar häufiger, dass seine adaptiven Strategien im Umgang mit Konflikten und Belastungen unbefriedigend sind, sinkt die Paarqualität, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Stabilität der Paarbeziehung gefährdet ist. Die Verbindung zwischen der Qualität und Stabilität einer Paarbeziehung wurde in verschiedenen Studien bestätig (vgl. Karney & Bradbury, 1995).

Je nach Ausprägung der drei zentralen Komponenten – individuelle Vulnerabilitäten, Stressereignisse und Copingstrategien des Paares - ermöglicht das Modell, die Entwicklung der Qualität und Stabilität einer Paarbeziehung einzuschätzen. Sind die Partner beispielsweise von multiplen stresshaften Lebensereignissen betroffen und verfügen sie gleichzeitig jeweils über hohe sozio-emotionale Kompetenzen und adaptive Strategien zur Bewältigung, so wird der Einfluss des Stresses auf die Qualität und Stabilität der Beziehung aufgefangen. Paare, bei denen beide eine hohe Vulnerabilität aufweisen und die geringe adaptive Strategien entwickelt haben, können bei niedrigem Stressniveau stabil und zufrieden zusammenleben. Nehmen die Erfahrungen von Distress jedoch zu, kann ein solches Paar aufgrund der fehlenden Bewältigungsstrategien in eine negative Spirale geraten, sodass die Paarqualität leidet, was sich wiederum auf die Stabilität der Beziehung auswirken kann.

Die zentrale Annahme des Vulnerabilität-Stress-Adaptations-Modell ist die Wechselwirkung und zirkuläre Beeinflussung der drei Faktoren: persönliche überdauernde Merkmale der Partner (Vulnerabilitäten), aktuelle stressinduzierende Lebensereignisse und die Anpassungsbemühungen des Paares. Das Modell legt nahe,

dass eine langjährige Paarbeziehung individuelle und dyadische Entwicklungsprozesse herausfordert, die im Kontext von stresshaften Ereignissen und Belastungen Auswirkungen auf die Qualität und Stabilität der Paarbeziehung über die Zeit haben.

3.2.4 Stress und partnerschaftliches Coping

Stresshafte Ereignisse und länger andauernde Belastungen wirken sich direkt oder indirekt auf beide Partner in einer Paarbeziehung aus. Daher kommt in einer langjährigen Beziehung dem gemeinsamen Umgang mit solchen Belastungsfaktoren eine hohe Bedeutung zu. Bodenmann prägte für die gemeinsamen Bewältigungsversuche eines Paares den Begriff des „dyadischen Copings". Im Rahmen dieses interpersonalen Modells wird angenommen, dass die Partner/-innen untereinander Signale zu ihrem individuellen Stresserleben austauschen, die der/die jeweils andere wahrnimmt und entschlüsselt und auf die wechselseitig Reaktionen erfolgen. Diese Signale können verbal oder non-verbal gegeben werden, und die Reaktionen darauf können konstruktiv oder destruktiv ausfallen. In verschiedenen Varianten des dyadischen Copings zeigt sich unterstützendes emotionales und/oder aktives Hilfe-Verhalten dem Partner gegenüber, Delegation von Aufgaben an den/die andere oder gemeinsames Bewältigungsverhalten als Paar (vgl. Hantel-Quitmann, 2013). In jedem Fall hat das dyadische Coping einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität, die Stabilität und die Zufriedenheit in der Paarbeziehung. Gelingt das gemeinsame dyadische Coping, so wird die Kohäsion in der Paarbeziehung gestärkt und das gegenseitige Vertrauen sowie das „Wir-Gefühl" eines Paares gefestigt. Die Partner erwarten in der Folge eher, dass die Paarbeziehung weiterhin hilfreich und unterstützend ist (Gagliardi et al., 2013). In einer Studie zur dyadischen Bewältigung von Belastungen wurde bei älteren Paaren (ca. 50 bis 80 Jahre) weniger positives emotionales dyadisches Coping festgestellt als bei Paaren im mittleren Alter (Bodenmann & Widmer, 2000). Die Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund von Kohorteneffekten diskutiert, die sich auf unterschiedliche Modelle von Paarbeziehungen auswirken. Die älteren Paare in der genannten Studie gehören zu einer Generation, in der die Paarbeziehung möglicherweise eher als Zweckgemeinschaft oder kameradschaftliche Beziehung gilt und der Partner/die Partnerin weniger als Quelle emotionaler Unterstützung angesehen wird. Im individuellen Coping nutzten Ältere häufiger als Jüngere Strategien der Unterdrückung von Informationen, z.B. Ignorieren oder Wegsehen. Dies wird als im

Lauf des Lebens erworbene Expertise angesehen und mit dem im Alter steigenden Bedürfnis erklärt, Stress zu minimieren. Paare mittleren Alters in der genannten Studie von Bodenmann und Widmer (2000) äußerten dem Partner/der Partnerin gegenüber mehr Vorwürfe und zeigten häufiger negative emotionale Stressreaktionen.

Karney und Bradbury (1995) beleuchteten den Zusammenhang zwischen Stress und der Paarzufriedenheit und rückten die Fähigkeit der Partner in den Mittelpunkt, sich bei stresshaften Bedingungen gegenseitig zu unterstützen. Mithin ist es für Paare wichtig, konstruktive Möglichkeiten zu entwickeln, um mit Stress umzugehen, der in der Paarbeziehung entsteht. Gelingt dies nicht, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Paarqualität kontinuierlich abnimmt und die individuelle und Paarzufriedenheit zurückgeht (Lederman, Bodenmann, Rudaz & Bradbury, 2010).

Langjährig Verheiratete scheinen bei der Bewältigung von Herausforderungen und Stress über mehr Ressourcen zu verfügen als geschiedene und verwitwete Personen. Eine enge Paarbeziehung zeigt bereits an sich eine positive Wirkung auf den Gesundheitszustand, und eine gleichzeitig hohe Paarzufriedenheit ist noch bedeutsamer (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Ist die Paarbeziehung hingegen dauerhaft unzufriedenstellend, so kann dies mit einer Schwächung des Immunsystems einhergehen. Der Kortisolspiegel der Partner/-innen kann durch chronischen Stress in der Paarbeziehung ungünstig beeinflusst werden und eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten nach sich ziehen (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005; Kiecolt-Glaser, Gouin & Hantsoo, 2010). Eine Metaanalyse von Holt-Lunstad, Smith und Layton (2010) weist auf den eindeutigen Zusammenhang von positiven Beziehungsaspekten - wie die wahrgenommene Unterstützung durch den Partner/die Partnerin – und ein niedrigeres Sterberisiko hin. Die positiven Effekte einer stabilen Paarbeziehung auf das Wohlbefinden der Partner/-innen und die Auswirkungen ihrer Paarbeziehungsqualität auf die Gesundheit sind vielfach und gut dokumentiert.

Bislang haben sich wenige Studien mit diesen Zusammenhängen bei langjährig verheirateten Paaren befasst. In einer Untersuchung mit Paaren in einem durchschnittlichen Alter von 74 Jahren und einer durchschnittlichen Ehedauer von fast 50 Jahren wurden glücklich und unglücklich Verheiratete identifiziert (Margelisch, et al., 2017). Resilienzfaktoren der einzelnen Personen und Belastungen der Paarbeziehung klärten die unterschiedlichen Ergebnisse auf. Zu zwei Erhebungszeitpunkten

zeigten die als glücklich eingestuften Paare höhere Werte in der Lebenszufriedenheit und im Gesundheitszustand als die unglücklichen Paare. In einer gut funktionierenden langjährigen Paarbeziehung zeigen sich protektive Aspekte bezüglich Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden über längere Zeiträume. Eine Studie mit Älteren in unterschiedlichem Beziehungsstatus ergab bei langjährig Verheirateten deutliche Hinweise auf ein höheres psychisches und physisches Wohlbefinden als bei Geschiedenen (Perrig-Chiello, 2015, 2017).

3.2.5 Körperliche Erkrankungen und Partnerschaftsqualität in langjährigen Paarbeziehungen

Mit dem höheren Lebensalter geht eine Zunahme chronischer Erkrankungen einher, nicht selten verbunden mit funktionellen Verlusten und permanenten Schmerzen. Am häufigsten treten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes mellitus auf (Robert-Koch-Institut, 2015). Trotz dieser Belastungsfaktoren zeigt sich in vielen Untersuchungen mit Älteren kein Anstieg der psychischen Erkrankungsraten (Saß, Wurm & Ziese, 2009). Kruse (2002) bringt dieses Phänomen mit Resilienzfaktoren bei Menschen im dritten und vierten Lebensalter in Verbindung, da sie auch angesichts von Verlusterlebnissen und Beeinträchtigungen ihr früheres Niveau der Adaption und Funktionalität aufrechterhalten können. Trotz gesundheitlicher Problematik, einem sich verschlechternden körperlichen Zustand und begleitenden Schmerzen können Ältere ihr psychisches Wohlbefinden und ihre subjektive Lebensqualität bewahren sowie ihre bedeutsamen sozialen Beziehungen aufrechterhalten (Wurm, Lampert & Menning, 2009). Ein anderes Bild zeigt sich im sehr hohen Alter, in dem die Menschen vermehrt mit somatischen Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Schmerzen konfrontiert sein können. Der stark und chronisch belastete körperliche Zustand beeinflusst in dieser Lebensphase die emotionale Befindlichkeit negativ (Kunzmann, Richter & Schmukle, 2003).

Unter einer entwicklungsorientierten kontextuellen Perspektive von Paarbeziehungen betreffen chronische Erkrankungen beide Partner und erfordern Anpassungs- und Copingleistungen des Paares (Berg & Upchurch, 2007). Dies berührt die Bewältigungsstrategien des/der Erkrankten ebenso wie die Verarbeitungsmechanis-

men des Partners/der Partnerin. In diesem Sinne wird das dyadische Coping als Entwicklungsprozess verstanden, der von den besonderen Herausforderungen der speziellen Erkrankung, der Qualität der Paarbeziehung und sozio-kulturellen Faktoren wie Geschlecht und Kulturzugehörigkeit gekennzeichnet ist. Eine höhere Qualität der Paarbeziehung wirkt sich positiv auf die psychosoziale Anpassung an die Belastungen aus (Gottman & Notarius, 2000; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Es ist davon auszugehen, dass eine höhere Paarzufriedenheit den stresshaften Effekt der körperlichen Beeinträchtigung auf die Paarbeziehung abpuffert (Fang, Manne & Pape, 2001). Der dyadische Blick auf die Erkrankung ermöglicht es zudem, die Bewertung der Belastungen sowie die Anpassungsleistungen und Bewältigungsstrategien des/der Erkrankten und des Partners/der Partnerin in ihren Wechselwirkungen zu betrachten (Benjamin, 2003). Ein größeres Maß an gegenseitiger Abhängigkeit zeigt sich bei manchen kulturellen Gruppen mit eher kollektivistischen Werten und Normen, bei Frauen und bei Paaren mit einer höheren Paarzufriedenheit. Diese positive emotionale Verbindung zwischen den Partnern kann dazu beitragen, dass sie die Erkrankung des/der Betroffenen nicht als individuelles Problem, sondern als gemeinsam geteilte Erfahrung einordnen (Acitelli, Rogers & Knee, 1999). Kayser, Watson und Andrade (2007) prägten für dieses Phänomen den Begriff der „we-disease“. Gesundheitliche Belastungen und Probleme eines Partners werden in diesem Bewältigungsmuster als gemeinsames Schicksal und gemeinsame Herausforderung gesehen und nicht als individuelles Problem des/der Erkrankten. Ähnlich postuliert Bodenmann (2000) im Rahmen seines systemisch-transaktionalen Stressmodells, dass in einer festen Paarbeziehung der Stress eines Partners gleichzeitig der Stress des/der anderen sei (Bodenmann, 2013). Der sozialen Unterstützung des Partners/der Partnerin kommt in dieser ganzheitlichen Sicht auf Erkrankungen und Störungen des Einzelnen eine Schlüsselrolle zu. Die WHO weist in einer Studie den Zusammenhang von schlechten engen sozialen Beziehungen und schlechtem physischem und psychischem Gesundheitszustand nach. (WHO, 2013).

Zum einen hat die Art und Weise, wie Paare eine schwere Erkrankung gemeinsam bewältigen einen großen Einfluss auf den biomedizinischen Ausgang und die psychosozialen Folgen der Krankheit (Coyne & Anderson, 1999). Eine feindselig-kritische Haltung des Partners/der Partnerin erhöht den psychosozialen Stress des/der

Erkrankten (Fiske, Coyne & Smith, 1991). In einer vielzitierten Studie wurde die Qualität der Paarbeziehung mit der Überlebensrate nach einem schweren Herzinfarkt in Verbindung gebracht. In einem Zeitraum von vier Jahren nach dem Ereignis betrug die Überlebensrate bei Betroffenen, die in als unglücklich eingestuften Beziehungen lebten 45%, in als glücklich eingestuften Paarbeziehungen hingegen 70% (Coyne et al., 2001). Zum anderen bewirken maladaptive Strategien des Partners/der Partnerin dem/der Erkrankten gegenüber - z.B. Überbehütung - dass sich das eigene negative Stressniveau erhöht (Coyne & Fiske, 1992). Es fehlen allerdings Studien zu Mediatoren, die den vermeintlichen direkten Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit vermitteln. Angenommen wird beispielsweise, dass negative Emotionen eine Rolle spielen, die bei Stresserfahrungen und deren Verarbeitung eine Rolle spielen. Positive Unterstützung in einer Paarbeziehung könnte solche Puffereffekte in der Stressverarbeitung mit sich bringen und dazu beitragen, Stress zu mindern. Andererseits gibt es Hinweise auf schädliche Folgen sozialer Unterstützung, die mit einer Anspruchshaltung des Gebenden oder einem sich vermindernden Selbstwert des Empfangenden einhergehen (Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Gibofsky 1991). Chronische somatische Erkrankungen im höheren Alter gehen oft mit einer Beeinträchtigung der funktionellen Selbständigkeit einher (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher & Stähelin, 2006). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich die bisherige Balance innerhalb der Paarbeziehung und die Rollenverteilung verändern. Auf den Verlust der Autonomie reagieren die Betroffenen oft mit negativen Gefühlen wie Scham, Hilflosigkeit oder Schuld (Knight et al., 2015).

Permanente Schmerzzustände sind ebenfalls eine häufige Folge von chronischen körperlichen Erkrankungen im höheren Alter (Crook, Rideout & Browne, 1984). Psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depression sowie sozialer Rückzug und Schlafstörungen können in der Folge auftreten, wenn keine angemessene Schmerztherapie erfolgt. Bei vielen chronisch körperlich Erkrankten zeigen sich psychische Belastungen. Verglichen mit gesunden Menschen tragen sie ein eineinhalb bis doppelt so hohes Risiko einer komorbiden psychischen Erkrankung (Bengel & Mittag, 2012). Höhere Depressionsraten treten bei chronischen körperlichen Erkrankungen auf, die mit dauerhaften funktionellen Einschränkungen verbunden sind,

z.B. Parkinson, Diabetes, Karzinomerkrankungen, Schlaganfall und Herzinfarkt und beeinflussen die somatischen Symptome in ungünstiger Weise (Hautzinger, 2012).

3.2.6 Psychische Erkrankungen und Partnerschaftsqualität in langjährigen Paarbeziehungen

Depressionen gehören zu den sogenannten Volkskrankheiten der Moderne in westlichen Gesellschaften (Hautzinger, 2012). Einige Studien zeigen keine Zunahme oder sogar eine Abnahme depressiver Erkrankungen im höheren Alter (Blazer & Hybels, 2005; Jorm, 2000). Andere Studienergebnisse weisen auf ein erhöhtes Vorkommen schwerer Depressionen bei Älteren hin (Stoppe, 2006). Diese Befunde erfahren eine kontroverse Diskussion. Möglicherweise werden Depressionen bei Älteren nicht angemessen diagnostiziert und depressive Symptome als körperliche Störungen missinterpretiert (Kessler et al., 2010). Depression im Alter kann sich eher in somatischen Beschwerden äußern als in emotionaler Symptomatik, sodass die Abgrenzung depressiver Symptomatik zu physischen Belastungen schwierig ist (Weyerer, 2017). Die Berliner Altersstudie (Lindenberger et al., 2010) fand bei ca. 18% der Teilnehmer im Alter von 70 Jahren und älter subsyndromale depressive Symptome, die die Lebensqualität und die sozialen Beziehungen der Betroffenen erheblich beeinträchtigten (vgl. Robert-Koch-Institut, 2002).

Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsproblemen und Depression ist als bidirektional anzusehen. Partnerschaftsprobleme können Depressionen (mit)verursachen, und Depressionen wirken sich negativ auf die Partnerschaftsqualität aus (vgl. Bodenmann, 2013, S. 63). Eine erhebliche Anzahl von Forschungsergebnissen zeigt einen Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Unzufriedenheit in der Paarbeziehung. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Ausmaß des Zusammenhangs von Streitigkeiten in der Paarbeziehung und dem Auftreten einer Majoren Depression (Whisman, 2007).

Forschung zu Moderatoren der Assoziation zwischen Beziehungsstress und Psychopathologie befasst sich mit der Frage, wie Individuen identifiziert werden können, die ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankung bei Partnerschaftsbelastungen haben. Bei vorliegender Vulnerabilität des/der Einzelnen wirken Belastungen und Streit auf der Paarebene wie interpersonale Stressoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass psychopathologische Symptome entwickelt werden (Whisman, 2013).

Eine Metaanalyse von Proulx, Helms und Bühler (2007) ergab einen eindeutigen Zusammenhang von Partnerschaftsproblemen und Depressionen. Die depressiven Symptome eines Partners sagen die Partnerschaftszufriedenheit des/der anderen vorher (Whisman & Uebelacker, 2009). Ebenso konnte ein Zusammenhang zwischen der Ehezufriedenheit des/der einen auf nachfolgende depressive Symptome des/der anderen nachgewiesen werden (Beach, Katz, Kim & Brody, 2003). Belastete Paarbeziehungen sind mit ansteigendem Distress verbunden, und depressive Erkrankungen stehen in starkem Zusammenhang mit Konflikten auf der Paarebene (Beach, Fincham & Katz, 1998; Fincham & Beach, 1999). In einer Studie mit 614 älteren Paaren zeigte sich eine starke Beeinträchtigung der affektiven Kommunikation und des Problemlöseverhaltens der Paare, wenn beide Partner depressive Symptome aufwiesen. Traten die depressive Erkrankung nur bei einem der Partner auf, zeigte sich eine signifikant schlechtere Qualität der Paarinteraktion als bei Paaren ohne klinisch relevante Symptome (Harper & Sandberg, 2009). Das Phänomen der reziproken emotionalen Ansteckung in sozialen Systemen, insbesondere bei Paaren wurde in etlichen Studien nachgewiesen (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Larson & Almeida, 1999). Im Rahmen einer Langzeitstudie mit langjährigen Paaren beispielsweise sagten depressive Symptome bei Frauen den Anstieg depressiver Belastung bei ihren Partnern voraus (Gerstorf, Hoppmann, Kadlec & McArdle, 2009). Eine Untersuchung mit langjährig verheirateten Paaren zeigte, dass die Ehefrauen ihre Ehemänner – im Unterschied zu frisch verheirateten Paaren – nach mehreren Jahrzehnten Beziehungsdauer beeinflussten, sowohl bezüglich der Lebenszufriedenheit als auch hinsichtlich depressiver Symptome (King, O'Rourke, Canham & Cobb, 2018). Depressionstypisch sind ungünstige Interaktionsformen der Partner wie geringe (non)verbale Positivität, vermehrte Negativität und destruktive Kritik, Rückzug und negativ-defensives Verhalten sowie eine starke Asymmetrie zwischen den Partnern (Backenstrass, 1998; Joiner, Brown & Kistner, 2006). Partner von depressiv Erkrankten stehen selbst unter psychologischem Distress, da das Zusammenleben mit dem betroffenen Partner/der Partnerin durch die depressiven Krankheitssymptome belastet ist, wie beispielsweise dem Gefühl von Wertlosigkeit, nicht endende Sorgen- und Grübelkreisläufen, Antriebslosigkeit, ständige Anspannung und Sorge vor erneutem Auftreten (Benazon & Coyne,

2000). Forschungsergebnisse zum Konstrukt der „expressed emotion“ in Paarbeziehungen, die durch Depression belastet sind, weisen auf eine mögliche dysfunktionale Einstellung des Partners/der Partnerin dem depressiv Erkrankten gegenüber hin (Hooley, 1986, 2007). Sie zeigen den ungünstigen Einfluss negativer Haltung und Verhaltensweisen des Partners/der Partnerin der/dem depressiv Erkrankten gegenüber. Dazu gehören Abwertung, Feindseligkeit und überfürsorgliches Verhalten, die die Gefahr eines depressiven Rückfalls stark erhöhen (Bodenmann, 2013, S.58f.).

Die Verbindung zwischen Angsterkrankungen und Paarzufriedenheit wurde weniger intensiv erforscht. Die häufigsten Themen, auf die sich Ängste und Sorgen der Betroffenen beziehen, sind Angehörige und zwischenmenschliche Themen wie z.B. Beziehungsstörungen (Roemer, Molina & Borkovec, 1997). Bei einer Generalisierten Angststörung zeigt sich sehr häufig eine Beeinträchtigung der Gestaltung interpersonaler Beziehungen, wozu auch Paarbeziehungen gehören (Eng & Heimberg, 2006). Die Wirksamkeit der therapeutischen Behandlung von Angsterkrankungen ist bei hoher Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung geringer (Durham, Allan & Hackett, 1997).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass akute und chronische somatische wie auch psychische Störungen und Erkrankungen im höheren Lebensalter als bedeutsame Belastungsfaktoren für eine langjährige Paarbeziehung angesehen werden können, die das Stresserleben der Partner/-innen beeinflussen.

3.3 Biologische Prozesse und Emotionsregulation in Paarbeziehungen

Die Interdependenz von Beziehungsqualität und Gesundheitsfolgen im höheren Lebensalter stellt einen weiteren bedeutsamen Aspekt zum Verständnis von langjährigen Paarbeziehungen dar (Pietromonaco, Uchino & Dunkel-Schetter, 2013; Pietromonaco & Collins, 2017). Im zurückliegenden Jahrzehnt fand der Zusammenhang von sozialen Beziehungen und Gesundheitsaspekten immer größeres wissenschaftliches Interesse (vgl. Butler & Sbarra, 2013). Eine interdisziplinäre Perspektive bieten Forschungsansätze, die sich damit befassen, die bislang erfolgreich, aber eher unverbunden arbeitenden Forschungsbereiche zu nahen sozialen Beziehungen, zu Emotionen und zum gesundheitlichen Status zu integrieren. Die emotionale Struktur naher sozialer Beziehungen, insbesondere der Paarbeziehung, wurde ab den 1990er

Jahren zunehmend in den Blick genommen (Berscheid & Reis, 1998; Carstensen et al., 1995), wobei der Nachweis erfolgte, wie stark Emotionen und Prozesse der Beziehungsgestaltung zusammenwirken (Berscheid & Ammazzalorso, 2001). Die emotionalen Interaktionen mit bedeutsamen Bezugspersonen – z.B. in der Paarbeziehung - wurden hierbei mit dem nachgewiesenen Effekt der Beziehungsqualität auf den somatischen und psychischen gesundheitlichen Status in Verbindung gebracht (Ryff & Singer, 2001; Uchino, 2013).

An dieser Schnittstelle der Themen Paarbeziehung, Affekte und Gesundheit entwickelte Uchino (2013) ein umfassendes Modell, das die Verbindung von Beziehungswissenschaften und Gesundheitsforschung fördern soll. Das Modell zeigt auf, wie spezifische Komponenten in Paarbeziehungen, beispielsweise grundlegende soziale Beziehungsprozesse und aufeinander abgestimmte biologische Mechanismen bei den Partnern/-innen zusammenspielen und sich auf den individuellen Gesundheitszustand auswirken. Menschen werden in diesem Modell als komplexe, selbstregulatorische dynamische Systeme verstanden, in denen der Grad der Gesundheit den übergreifenden Zustand des Systems darstellt (Butler, 2011a). Emotionen sind demnach als ein Subsystem anzusehen, das über internale Rückkopplungsprozesse im Gehirn und zwischen Gehirn und Körper funktioniert (Lewis, 2005). Die Regulation von Emotionen erscheint somit als entscheidender Faktor, der zum Gleichgewicht und zum Funktionieren des gesamten Systems Mensch beiträgt. Im Prozess der Emotionsregulation wirken Gefühle, Kognitionen, Bewertungen, Verhaltensweisen und (neuro)physiologische Komponenten zusammen (Ochsner & Gross, 2007). Positivität (Unterstützung) und Negativität (Spannungen) in nahen Beziehungen sind als Ergebnis solch komplexer interpersonaler Muster der Emotionsregulation zu verstehen. Diese reziproken oder synchronen Muster in Paarbeziehungen haben wiederum deutliche Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status der Partner (Butler, 2011b).

Als vorausgehende Faktoren in diesem Geschehen gelten die Kenntnis der Partner/-innen übereinander und die Vertrautheit mit den Einstellungen und Motiven des/der anderen (Fletcher & Kerr, 2010; Neff & Karney, 2005). Außerdem sind die Ziele in einer Paarbeziehung relevante Parameter (Canevello & Crocker, 2011), ebenso die individuellen Bindungsstile (Gouin et al., 2009), interpersonale Emotio-

nen und Sexualität. Es wird angenommen, dass diese Aspekte die soziale Unterstützung, die emotionale Färbung und das Ausmaß der Ambivalenz innerhalb der Paarbeziehung beeinflussen. Diese Prozesse wiederum wirken - vermittelt über zentrale neuronale, kardiovaskuläre, neuroendokrine und immunologische Funktionen und Reaktionen - auf den gesundheitlichen Status der Einzelnen ein (Schulz, 2008). Betrachtet man den Zusammenhang von Beziehungs- und gesundheitlichen Aspekten, so sind Affekte als zentrales Element zu sehen. Die nahe Beziehung zum Partner/zur Partnerin beeinflusst demnach die Gesundheit, indem sie im Prozess der Paarinteraktion die gesundheitsrelevanten physiologischen Reaktionen der Partner verändert, die als Korrelate ihrer Emotionen entstehen (Sbarra & Coan, 2018).

Ein weiterer Forschungsbereich befasst sich mit physiologischen Aspekten, die Interaktionsprozesse und Emotionsregulation in nahen Beziehungen begleiten und somit Einfluss auf den gesundheitlichen Status der Partner/-innen haben (Ryff & Singer, 2001). Biologische Prozesse, die sozialen Beziehungen und emotionalen Phänomenen zugrunde liegen, wurden auf mehreren Ebenen untersucht, z.B. hinsichtlich kardiovaskulärer, immunologischer und neuroendokriner Aspekte (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

3.3.1 Erkenntnisse aus den Sozialen Neurowissenschaften zur Entwicklung im höheren Alter

Die Regulation von Emotionen, die durch internale oder externale Reize ausgelöst werden, wird als zentrale menschliche Kompetenz angesehen. Sie orientiert sich an den individuellen Handlungszielen. Dies geschieht u. a. über neuronale Netzwerke im präfrontalen Kortex, die daran beteiligt sind, Emotionen kognitiv zu modulieren, z.B. indem eine Situation neu bewertet wird. Emotionsregulation gilt demnach als Zusammenspiel von Hirnregionen, die Emotionen hervorbringen (z. B. Amygdala, Insula) und solchen, die regulierende und kontrollierende Funktionen haben (z.B. dorsolateraler und ventromedialer präfrontaler Kortex) (Steinfurth, Wendt & Hamm, 2013).

Das Modell des "developmental biocultural co-constructivism" (Li, 2006) stellt die Plastizität des Individuums aufgrund der Interaktion neurobiologischer Abläufe mit soziokulturellen Kontexten in den Mittelpunkt und beschreibt u. a. Prozesse der

selektiven Adaptation, hervorgerufen durch Herausforderungen im Lebenslauf. Altersbedingte Unterschiede in der neurobiologischen Aktivität und Reaktion auf emotionale Reize werden im Rahmen des noch relativ jungen Forschungsgebiets der sozialen Neurowissenschaften („social neuroscience“) untersucht (Charles & Campos, 2011). Dieser Forschungsansatz beinhaltet konstruktive Aspekte im Blick auf Krisen und Konflikte in nahen Beziehungen, insbesondere Paarbeziehungen.

Menschliches Sozialverhalten generell und konkretes Verhalten in interpersonellen Interaktionen in Paarbeziehungen, korrespondiert mit neurobiologischen Prozessen. Ein interdisziplinäres Forschungsinteresse liegt seit den 1990er Jahren zunehmend auf den sozialen Strukturen und Prozessen, dem Verhalten und den Interdependenzen von sozialen und neuronalen Strukturen und Prozessen (Phan, Wagner, Taylor & Liberzon, 2002; Cacioppo & Decety, 2011). Neurobiologische und physiologische Korrelate emotionaler Prozesse bei älteren Erwachsenen kommen ebenfalls in den Blick (Dolcos, Katsumi & Dixon, 2014).

Neurowissenschaftler befassen sich mit Veränderungen in verschiedenen Hirnregionen im höheren Erwachsenenalter, z.B. mit dem sogenannten kognitiven und emotionalen Netzwerk. Über bildgebende Verfahren wurden diese Hirnareale bei Menschen im Alter von über 55 Jahren untersucht. Die neuronalen Netzwerke, die mit kognitiven Fähigkeiten in Zusammenhang gebracht werden, weisen im Alter zwischen 60 und 90 Jahren demnach Abbauprozesse auf, während bei Hirnregionen, die als „emotionale Regionen“ angenommen werden, keine Verringerung festzustellen war (Pressman et al., 2014). Diese Ergebnisse korrespondieren mit Forschungsergebnissen zum emotionalen Alterungsprozess, die ergaben, dass die meisten Menschen bis zum Alter von 70 und 80 Jahren ein hohes Maß an affektivem Wohlbefinden und emotionaler Stabilität erleben (Scheibe & Carstensen, 2010; Charles & Carstensen, 2010).

3.3.2 Physiologische Prozesse und Paarinteraktion

Ein weiterer Forschungszweig befasste sich mit den biologischen Prozessen, die emotionale Erfahrungen und die Interaktion in bedeutsamen sozialen Beziehungen begleiten. Dabei werden die Reaktionen des kardiovaskulären und neuroendokrinen Systems sowie immunologische Funktionen bei Stresserleben mit sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht. Nach einem belastenden Erlebnis stiegen die

Herzrate, Blutdruckwerte und Blutfettwerte weniger stark an, wenn die Untersuchten zeitgleich soziale Unterstützung erfuhren. Altersbedingte Unterschiede in Blutdruckwerten wurden bei Älteren durch soziale Unterstützung gedämpft (Uchino, Holt-Lundstad, Uno, Betancourt & Garvey 1999). Eine ähnliche Wirkung der sozialen Unterstützung ergab sich auf neuroendokriner Ebene bei der (im Speichel oder Blutplasma) gemessenen Konzentration von Oxytocin oder Kortisol. Die Stressreaktion fiel bei parallel angebotener sozialer Unterstützung schwächer aus, sie wird „abgepuffert".

Slatcher, Selcuk und Ong (2015) untersuchten den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Ansprechbarkeit des Partners/der Partnerin (partner responsiveness) und dem täglichen Profil des Kortisolspiegels bei Paaren über einen Zeitraum von 10 Jahren. Die gegenseitige Ansprechbarkeit wird verstanden als Ausmaß, in dem man sich vom Partner/der Partnerin verstanden, umsorgt und wertgeschätzt fühlt. Eine höhere Ansprechbarkeit der Partner ging einher mit einem gesundheitsförderlichen individuellen Abfall des Kortisolspiegels im Laufe des Tages. Dieser Zusammenhang blieb erhalten, wenn Faktoren, wie demografische Daten, depressive Symptome oder Verträglichkeit kontrolliert wurden. Der Einfluss der Paarbeziehung auf den langfristigen Gesundheitszustand erscheint evident.

Nach Diamond (2001) lassen sich zwei biologische Systeme unterscheiden, die für Bindungsbeziehungen im Erwachsenenalter relevant sind. Es handelt sich zum einen um das autonome Nervensystem (ANS) und zum anderen um die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHNR), die die biologische Reaktion auf Stress reguliert und deren Endprodukt Kortisol ist. Bei akutem Stresserleben ist diese Reaktion adaptiv. Eine Hyperaktivierung der HHNR hingegen, wie sie bei chronischem Erleben von Distress erfolgt, ist mit negativen Folgen für die Gesundheit, z.B. depressiven Symptomen assoziiert (Kaluza, 2012). Der individuelle Kortisolspiegel verändert sich u. a. in Reaktion auf soziale Reize und wird in seiner Assoziation mit Bindungsbeziehungen als Biomarker für Prozesse physiologischer Synchronisation in einer engen Paarbeziehung gesehen (Liu, Rovine, Klein & Almeida et al., 2013). Der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Unterstützung des Partners/der Partnerin und affektiven Reaktionen sowie Kortisol- und Blutdruckveränderungen

wurde in einer Studie mit frisch verheirateten und länger verheirateten Paaren untersucht (Heffner, Kiecolt-Glaser, Loving, Glaser & Malarkey, 2004). Ältere Ehemänner zeigten bei niedriger Zufriedenheit mit der Partnerunterstützung deutlichere Veränderungen im Kortisolspiegel als ältere Ehefrauen. Die Ergebnisse legen dementsprechend nahe, dass die Kriterien für eine Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung bei älteren Männern und Frauen unterschiedlich sind. Männer zeigten sich zufriedener mit der Paarbeziehung, wenn sie mit den Ergebnissen der Diskussionen zufrieden waren, während die Frauen ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit mit emotionalen Qualitäten in der Paarbeziehung in Verbindung brachten.

Physiologische Prozesse spielen bei der Bildung von Bindungsbeziehungen eine entscheidende Rolle. Partner in nahen Beziehungen beeinflussen das jeweilige psychophysiologische Arousal des/der anderen in einem interaktiven System der Koregulation (Sbarra & Hazan, 2008). Nach Untersuchungen von Levenson & Gottman (1983) wird die physiologische Übereinstimmung eines Paares durch die Qualität der Paarbeziehung moderiert. Paare mit niedriger Paarzufriedenheit zeigten größere physiologische Konkordanz, wenn sie belastende Probleme in der Beziehung diskutieren, ablesbar z.B. an ihrer Herzrate und dem Hautwiderstand.

Eine geringe Qualität der Paarbeziehung ist als Prädiktor für eine negative Entwicklung des Gesundheitszustandes in diversen Studien nachgewiesen worden (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Robles, Slatcher Trombello & McGinn, 2014). Emotionen spielen dabei eine zentrale Rolle, besonders im Rahmen naher Beziehungen (Levenson et al., 2013). Die Paarbeziehung gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung, und somit wird der Umgang mit Emotionen in langjährigen Paarbeziehungen im höheren Alter wichtiger für das Wohlbefinden (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Eine reziproke Verbindung und Beeinflussung von negativen Affekten bei Paarbeziehungskonflikten wurde von Gottman, Markman und Notarius bereits 1977 beschrieben. In einer Studie mit Ehepaaaren im Alter zwischen 40 und 70 Jahren, die über 20 Jahre angelegt war Haase, Holley, Bloch, Verstaen & Levenson, 2016), wurde in konflikthaften Diskussionen der Paare der Zusammenhang zwischen Ärger und kardiovaskulären Symptomen sowie destruktivem Rückzugsverhalten („stone-walling“) und Belastungen des Bewegungsapparates untersucht. Bei den Männern fand sich ein deutlicher Zusammenhang.

Anhaltende Belastungen und Spannungen in der Paarbeziehung sind demnach als chronische soziale Stressoren zu sehen und haben schädliche Auswirkungen auf kardiovaskuläre, endokrine oder Immunfunktionen der Partner und Partnerinnen. Destruktive und langanhaltende Konflikte auf der Paarebene sind nachweisbar mit erhöhten Blutdruckwerten und Herzraten gekoppelt und haben langfristig negative Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand der Partner/-innen (Robles & Kiecolt, 2003). Ältere Paare, die in einer Studie von Kiecolt-Glaser et al. (1997) mangelhafte immunologische Reaktionen aufwiesen, stuften ihre Streitigkeiten als negativer ein als Paare mit besseren Immunreaktionen. Bei Paaren, denen es nach Streitigkeiten nicht gelingt, zu einem normalen physiologischen Arousal zurückzufinden bzw. die sich physiologisch nicht an wiederholte Spannungen auf der Paarebene anpassen können, drohen aufgrund der chronischen Stressaktivierung langfristig negative gesundheitliche Konsequenzen.

Die Verbundenheit in physiologischen Reaktionen bei Paaren ist als zweischneidiges Schwert anzusehen. Die Verbindung über physiologische Reaktionen ist zum einen ein bedeutsamer Faktor für das individuelle und interpersonelle Funktionsniveau. Mit zunehmender Nähe und Empathie steigt die Fähigkeit, die Emotionen des anderen zu erfassen. Paare können zum anderen durch diese Verbindung aber auch gefährdet sein, wenn sie sich in Muster von negativen affektiven Reaktionen miteinander verstricken. Timmons, Margolin und Saxbe (2015) untersuchten in einem Review die Ergebnisse zur physiologischen Verbindung bzw. Koppelung („physiological linkage“) in nahen Paarbeziehungen. Das Vorhandensein von Verbindungen im physiologischen Arousal zwischen Paaren wurde anhand verschiedener physiologischer Messzahlen eindeutig nachgewiesen. Die Befunde ergaben eine Bestätigung der Hypothese, dass eine gleichzeitige Aktivierung des sympathischen Nervensystems oder der HNNR-Achse bei beiden Partnern/-innen in einer Paarbeziehung ein mangelhaftes Funktionieren innerhalb der Beziehung widerspiegelt. Erhöhte Werte in beiden Indizes signalisieren erhöhtes Arousal und eine Stressreaktion. Gerät einer der beiden Partner in einen aufgeregten oder ärgerlichen Zustand und reagiert der/die andere ähnlich, z. B. mit negativ kritischem Verhalten, kann dies die Stressaktivierung im anderen wiederum erhöhen. So entsteht unter Umständen ein destruktiver Aufschaukelungsprozess im Paarsystem, der in eine Konflikteskalation

münden kann. Einige Studien, die in den Review einflossen, wiesen eine inverse bzw. negative Verschränkung der physiologischen Aktivierung der Partner auf. Wenn bei einem/einer die Aktivierung stieg, nahm sie bei der/dem anderen ab. Mit dieser als negativ bezeichneten Kopplung der Partner war assoziiert, dass wenig „Demand-Withdraw"-Verhalten, wenig Streitigkeiten und Belastung der Paarbeziehung und wenig negative Interaktionsstrategien wie Nörgeln oder Beschuldigen auftraten. Die physiologische Ko-Aktivierung bei beiden Partner ging in anderen Studien einher mit einer erhöhten Unzufriedenheit in der Paarbeziehung und häufigeren Interaktionssequenzen mit „Demand-Withdraw"-Verhalten der Partner (Reed, Randall, Post & Butler, 2013).

Die Ergebnisse des Reviews von Timmons et al. (2015) lassen allerdings keine eindeutige Schlussfolgerung zu, ob der emotionale Kontext, in dem die Interaktion eines Paares stattfindet, einen entscheidenden Unterschied bezüglich der adaptiven oder maladaptiven Wirkung der physiologischen Verbundenheit eines Paares macht. Bei Ärgergefühlen wird angenommen, dass sich die Kopplung eher schädlich auf die Funktionsfähigkeit der Paarbeziehung auswirkt, während emotionale und physiologische Verbundenheit bei Traurigkeit oder Freude mit positiven Effekten für die Beziehung verbunden sein sollen. Entsprechend wird in paartherapeutischen Ansätzen der gegenseitige Ausdruck von Verletzbarkeit gefördert, um deeskalierend zu wirken (Jones, Christensen & Jacobson, 2000; Johnson & Greenberg, 1995). Aufgrund der Komplexität des Themas sind weitere Studien zur physiologischen Verbindung eines Paares notwendig, die verschiedene moderierende Faktoren einbeziehen, z.B. das Lebensalter und/oder die Dauer der Paarbeziehung. Es erscheint notwendig, die Heterogenität bei Paaren bezüglich ihrer emotionalen Interdependenz und Unabhängigkeit sowie die Differenzierung zwischen wechselseitiger Verflechtung bei positiven und negativen Emotionen in der Paarbeziehung im Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden zu untersuchen (Sels, Ceulemans, Bulteel & Kuppens, 2016).

Eine weitere Hypothese, die im Review von Timmons et al. (2015) verfolgt wurde, nimmt Überlastungszustände bei den einzelnen Partnern oder dem Paarsystem in den Blick. Nach der „Social baseline theory" (Beckes & Coan, 2011) dienen

nahe soziale Beziehungen dazu, dass die Mitglieder gegenseitig ihre Aktivierungsniveaus regulieren, um mit furchtauslösenden Herausforderungen der Umwelt effizient umgehen zu können. Bei extremem und/oder chronischem Stresserleben kann das Paarsystem überfordert sein, und die gegenseitige Beruhigung gelingt nicht mehr. Externe Stressfaktoren, die beide Partner betreffen und länger anhalten, wie z.B. die Krankheit eines gemeinsamen Kindes, Arbeitslosigkeit, etc. beeinflussen demnach die Wahrscheinlichkeit, dass negative Emotionen in Paarbeziehungen übertragen werden. Psychopathologische Symptome und psychische Erkrankungen der Einzelnen erhöhen das Risiko der emotionalen Übertragung. Im Vulnerabilitäts-Stress-Adaptationsmodell von Karney und Bradbury (1993) entspricht dies den fortdauernden Vulnerabilitäten und stresshaften Ereignissen, die die adaptiven Prozesse eines Paares beeinflussen (siehe 3.2.3).

Ergebnisse zweier Studien von Wrzus et al. (2013) unterstützen die Hypothese zur Überlastung und den Zusammenhang mit der Emotionsregulation im höheren Lebensalter. Wenn Ältere mit komplexen unangenehmen Ereignissen konfrontiert sind, die mehrere ihrer Lebensbereiche in Mitleidenschaft ziehen, zeigen sie stärker ausgeprägte psychologische und kardiovaskuläre Reaktionen als Jüngere. Angesichts begrenzter unangenehmer Ereignisse wurden keine Altersunterschiede in den Reaktionen beobachtet. Die kardiovaskulären Reaktionen fielen in den Fällen mit moderater Belastung umso weniger ausgeprägt aus, je älter die Studienteilnehmer waren. Aus diesen Ergebnissen wird gefolgert, dass die Fähigkeit zur Affektregulation im höheren Alter erhalten bleibt, solange die individuellen Kapazitäten nicht überfordert werden.

3.3.3 Emotionsregulation in langjährigen Paarbeziehungen

Langjährige Paarbeziehungen Älterer werden im Allgemeinen sowohl in der Theorie als auch in empirischen Befunden positiv dargestellt. Paaren in langjährigen Beziehungen wird zugeschrieben, dass sie ihre Konflikte besser managen, ihre Ziele aufeinander abstimmen, das emotionale Klima der Beziehung optimieren und emotionalen Sinn in ihrer Paarbeziehung erfahren (Levenson, Carstensen & Gottman, 1993; Carstensen, Graff, Levenson & Gottman, 1996).

Butler und Randall (2013) definieren Koregulation bei Paaren als bidirektionale Verbindung über oszillierende emotionale Kanäle, die zur emotionalen Stabilisierung und physiologischen Balance beider Partner beitragen. Diese Verbindungen bestehen aus den je subjektiven Erfahrungen, den Verhaltensweisen und autonomen physiologischen Reaktionen der beiden Partner. Koregulation wird demnach als Kennzeichen eines Paarsystems verstanden, im Rahmen dessen beide Partner sich in einem rekursiven Muster gegenseitig beeinflussen (Sbarra & Hazan, 2008; Diamond & Aspinwall, 2003). Koregulative Prozesse zwischen Partnern in nahen Beziehungen tragen zur Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden bei (Coan, 2008), indem sie in belastenden Lebenssituationen die allostatische Balance unterstützen.

Ältere Paare werden im Rahmen der Lebensspannenpsychologie als aktive Gestalter ihrer wechselseitigen dynamischen Beziehung gesehen. Die Motivation, das unmittelbare emotionale Klima der nahen Beziehung zu regulieren und zu optimieren wächst mit ansteigendem Alter (Carstensen et al., 1996). Interpersonelle Konflikte auf der Paarebene existieren weiterhin, allerdings werden die psychischen Kosten der Auseinandersetzung in Relation zum möglichen Nutzen einer heftigen Diskussion länger bekannter Themen innerhalb der Paarbeziehung oftmals als zu hoch angesehen. Mittelalte und ältere Paare wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes bei der Diskussion ehelicher Probleme beobachtet (Carstensen, Gottman & Levenson, 1994). Als einziger Alterseffekt bei ungücklichen Paaren ließ sich die geringere Wahrscheinlichkeit bei Älteren feststellen, einen negativen Einstieg in die Diskussion zu nehmen („negative start-up“). Bei älteren Paaren zeigten sich weniger negative Emotion während der Problemlösung und mehr liebevolles, zugewandtes Verhalten als bei den jüngeren (Levenson, Carstensen & Gottman, 1995). Dieses Ergebnis ist kompatibel mit der Theorie der Sozio-emotionalen Selektivität (Charles & Carstensen, 2009), die mit abnehmendem Lebenszeithorizont eine zunehmende Tendenz zur Vermeidung negativer Affekte annimmt. Ältere zeigen demnach in interpersonellen Beziehungen mehr Zuwendung und drücken weniger Ärger aus als Menschen im mittleren und jüngeren Lebensalter. Ähnliche Effekte greift das Modell der „Strength and Vulnerability Integration” auf. Ältere nutzen demnach öfter als Jüngere Strategien, die es ihnen erlauben, emotional negativ gefärbte Erfahrungen zu vermeiden

oder zumindest zu begrenzen. Dies gelingt ihnen im Allgemeinen aufgrund ihrer sozio-emotionalen Expertise, bis auf Situationen, in denen sie andauerndem hohen Arousal ausgesetzt sind. Dann verringern sich die altersbedingten Stärken oder stehen ihnen gar nicht mehr zur Verfügung (Charles, 2010; Charles & Piazza, 2009).

Um den Zusammenhang von physiologischer Herunterregulation („down-regulation“) und positiven Emotionen zu untersuchen, wurde das emotionale Verhalten älterer Paare bei einer 15minütigen Diskussion über ein konflikthaftes Thema in ihrer Beziehung beobachtet (Yuan, McCarthy, Holley & Levenson, 2010). Währenddessen wurden ihre physiologischen Werte gemessen. In Phasen, in denen die Paare ihr hohes Arousal herunterregulierten, zeigten sie vermehrt positiven emotionalen Ausdruck dem/der anderen gegenüber. Frauen wurden als höher affektiv negativ eingestuft als Männer, die eher defensiv agierten. In einer Langzeitstudie mit langjährig verheirateten Ehepaaren, die 40 bis 70 Jahre alt waren, wurden die Herunterregulierung („downregulation“) von negativem Affekt während einer Diskussion um einen ehelichen Konflikt gemessen (Bloch, Haase & Levenson, 2014). Hier zeigte sich, dass die Regulierung negativer Emotionen bei den Frauen während eines Konfliktes für die eheliche Zufriedenheit besonders bedeutsam war. Je eher die Frauen ihre negativen Erfahrungen und ihr Verhalten regulierten, desto höher war die zu erwartende Paarzufriedenheit für Frauen und Männer sowie die langfristige Ehezufriedenheit der Frauen. Ehemänner in langjährigen Paarbeziehungen, die in Gesprächssituationen mit ihren Partnerinnen erhöhtes physiologisches Arousal erlebten, berichteten mehr negative Gefühle, während bei den Frauen Affekt und Arousal nicht korreliert waren (Levenson, Carstensen & Gottman, 1994).

3.3.4 Interaktionsmuster in Konfliktsituationen

Birditt und Fingerman (2005) ließen Personen unterschiedlichen Alters interpersonale Spannungen mit nahen und als problematisch empfundenen Sozialpartnern beschreiben. Nach Rusbults Typologie der Konfliktstrategien (Rusbult & Zembrodt, 1983) wurden bei Älteren mehr Loyalitätsstrategien (z.B. nichts tun, Zuneigung zeigen, abwarten) kodiert als bei Jüngeren. Altersbedingte Unterschiede im Umgang mit interpersonellen Problemen führen demnach dazu, dass Ältere besser in der Lage sind, ihr Verhalten in Beziehungskonflikten zu regulieren und ggf. passiv-konstruk-

tive Konfliktstrategien einzusetzen. Birditt und Fingermann (2005) differenzieren aktive vs. passive sowie konstruktive vs. destruktive Strategien. Ältere und jüngere Menschen zeigten aktiv-konstruktives Verhalten wie Diskutieren, Ältere nutzen gleichzeitig passiv-konstruktive Strategien wie „nichts tun“ und „ein Problem vermeiden“. Jüngere neigten eher dazu, aktiv-destruktive Taktiken wie Schreien einzusetzen. Die Konfliktstrategien unterschieden sich in dieser Studie nicht nach Geschlechtern. In einer Studie von Blanchard-Fields (2007) berichteten Ältere im Vergleich zu Jüngeren, dass sie mehr Vermeidungs- oder Verleugnungsstrategien bei Spannungen in nahen Beziehungen einsetzen.

Erfolgreiche Konfliktregelung gilt als eine der zentralen Aufgaben in langjährigen Ehen. Interpersonale Spannungen in bedeutsamen Beziehungen zählen mit zu den höchsten Stressoren. Ein kommunikatives Muster, das als „Demand-withdraw pattern“ bezeichnet wird, hat sich als besonders zerstörerisch herausgestellt (Wile, 1981; Eldridge & Christensen, 2002; Eldridge, Jones, Sevier & Atkins, 2007; Gottman & Levenson, 1999). Napier beschrieb bereits 1978 mit den Polaritäten „rejection/intrusion“ ein Interaktionsmuster, das zum Zusammenbruch der ehelichen Beziehung führe. Ein Partner strebe Nähe und Beruhigung/Bestätigung an, während der/die andere auf Getrenntheit und Unabhängigkeit bedacht sei. Wile (1981) nennt die betreffenden Paare „Demanding-withdrawn partners“ (ebenda, S.182 ff.). Beide Partner ringen um das „richtige“ Verständnis von Nähe und Distanz in ihrer Paarbeziehung. Sie interpunktieren ihre Dialoge unterschiedlich, sehen sich selbst in der jeweils reaktiven Position und halten so ihre Polarisierung aufrecht. In den beschriebenen Interaktionszirkeln bringt ein Partner/eine Partnerin sein/ihr Anliegen in die Diskussion mit dem/der anderen ein und verbindet dies mit Vorwürfen, destruktiver Kritik, Abwertung und dem Versuch, den/die andere zu verändern. Darauf reagiert der Partner/die Partnerin mit Rückzug aus der Interaktion, Schweigen und Vermeidungsverhalten, was wiederum mit verstärkten Angriffen und Vorwürfen beantwortet wird. Dies fördert weiteres Rückzugsverhalten des Partners/der Partnerin (Christensen, 1988). Chronisch praktiziert führt dieser Teufelskreis häufig zur Erosion der Beziehung und Trennung des Paares. Geschlechtsspezifische Aspekte wurden gefunden, die auf eine häufigere Zuordnung der „Demanding“-Rolle zu Frauen und der „Withdraw“-Position zu Männern hinweisen (Christensen & Shenk, 1991). Karney und

Bradbury (2010, S.332f.) argumentieren hingegen, dass Frauen insgesamt mehr Anstrengungen zeigen, Veränderung innerhalb der Paarbeziehung in Gang zu bringen als Männer. Die Zuordnung des Forderungsmusters (demand) zu Frauen und des Rückzugsmusters (withdraw) zu Männern werde durch Forschungssettings im Labor extrem vergrößert, in denen die Frauen die Möglichkeit erhalten, ihre Beschwerden über die Beziehung offen darzulegen. Das Paargespräch wird auf Video aufgezeichnet und auf „Demand-withdraw"-Muster hin untersucht. Dabei zeigen Frauen mehr forderndes und Männer eher Rückzugsverhalten. Wird die Ausgangssituation so verändert, dass die Männer die Möglichkeit erhalten, ihre Beschwerden und Veränderungsanliegen zu äußern, werden Männer und Frauen in etwa gleich eingeschätzt, was forderndes und Rückzugsverhalten betrifft. In einer separaten Analyse der Forderungs-/Rückzugsvarianten des Interaktionsverhaltens von Paaren fanden Christensen und Heavey (1999), dass Männer und Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit Forderungsverhalten zeigen, wenn sie eigene Änderungswünsche diskutieren und eher Rückzugsverhalten zeigen, wenn die Diskussion Veränderungsanliegen des Partners/der Partnerin zum Inhalt hat. Auch bei lesbischen und homosexuellen Paaren ließ sich das „Demand-withdraw"-Muster beobachten (Holley, Sturm & Levenson, 2010). Der Initiator des Konflikts wählte häufiger die „Demand"-Rolle, wie eine Tagebuch-Design-Studie mit Paaren ergab (Papp, Kouros & Cummings, 2009). Dieselbe Studie belegt, dass beide Verhaltensvarianten bei beiden Geschlechtern gleich häufig auftraten. Wechselt der Fokus des Konfliktthemas von Veränderungsanliegen der Frau zu solchen des Mannes, so wirken das Ausmaß des negativen Stresses und die Dauer der Paarbeziehung als Moderatoren auf die mehr oder weniger flexible Gestaltung des Interaktionsmusters des Paares (Eldridge et al., 2007; Baucom, McFarland & Christensen, 2010). Beim Vergleich von schwer, mittelmäßig und nicht belasteten Paaren waren nur die schwer belasteten Paare in langjährigen Ehen nicht in der Lage, die „Demand-withdraw"-Rollen zu wechseln. Insgesamt wirkt sich das polarisierende „Demand-withdraw"-Muster ungünstig auf die Paarzufriedenheit aus (Eldridge, Cecirulo & Edwards, 2017).

Das „Demand-withdraw"-Interaktionsmuster bei Paaren im höheren Lebensalter untersuchten Holley, Haase und Levenson (2013) in einer Langzeitstudie. Vi-

deosequenzen von Konfliktgesprächen der Paare wurden kodiert. Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen die Annahme, dass „Demand-Withdraw"-Verhaltensweisen aufeinander bezogene aber verschiedene Konstrukte sind. Sogenanntes Demand-Verhalten bestand zum einen aus Anklagen, Schuldzuweisungen, sarkastischer Kritik des Partners/der Partnerin und abwertenden Feststellungen bezüglich des Charakters des/der anderen. Zum anderen war das Ausüben von Druck zur Veränderung auf den anderen/die andere durch Forderungen und Nörgeln eine Subkategorie des Demand-Verhaltens. „Withdraw"-Verhalten bestand zum einen aus Rückzug im Sinne von Ruhigwerden, Ablehnung kontroverse Themen zu diskutieren oder Loslösen aus dem Disput und aus dem Kontakt zum Partner/der Partnerin. Eine davon unterschiedene Unterkategorie des „Withdraw"-Verhaltens war Vermeidung („avoidance"), die sich darin zeigte, dass ein Partner/eine Partnerin der Diskussion des Problems aus dem Weg ging, indem er/sie mit der Antwort zögerte, das Thema wechselte, die Aufmerksamkeit auf etwas Anderes lenkte oder die Diskussion aufschob. Währenddessen blieben sie allerdings im Kontakt mit dem Partner/der Partnerin. Vermeidungsorientiertes Verhalten stieg für beide Geschlechter im Lauf der Zeit an, während die anderen beiden Verhaltenskategorien über die Zeit stabil blieben. Vermutlich stellen die beiden Unterformen des Rückzugsverhaltens voneinander zu unterscheidende Verhaltensprozesse dar, die sich im Verlauf einer konflikthaften Auseinandersetzung unterschiedlich auswirken (Roberts, 2000). „Avoidance" stellt eine aktive Form dar, eine Eskalation der Diskussion zu vermeiden. Üblicherweise wird Vermeidung als maladaptive Reaktion auf zwischenmenschliche Konflikte eingestuft, da sie die Lösung von Konflikten erschwert. Für jüngere Paare, bei denen soziale Motive von Wirksamkeit und Einfluss eine größere Rolle spielen und für die es gilt, Rollen auszuhandeln und neue Themen gemeinsam zu bearbeiten, ist dies naheliegend. Bei länger verheirateten Paaren in späteren Lebensphasen kann konstruktiv vermeidendes Verhalten eine neutrale oder sogar adaptive Strategie darstellen. Auf diese Weise können die Partner/Partnerinnen aktiv den Dialog von unfruchtbaren und schädlichen Bereichen weg und hin zu neutralen, gutartigen oder angenehmen Themen lenken. „Withdrawal" hingegen erfolgt eher non-verbal und passiv. Der/die Betreffende zieht sich dabei mit seiner ganzen Person aus dem Kontakt zurück, wird schweigsam, unaufmerksam und verlässt die Diskussion. Gottman & Krokoff (1989)

nennen dieses Verhalten „stonewalling“. Es ruft ein extrem negatives Verhalten des Partners/der Partnerin hervor. „Avoidance“-orientiertes Verhalten scheint bei Älteren in langjährigen Paarbeziehungen der Verschiebung der sozialen Motivation im höheren Alter zu entsprechen. Vielfältig empirisch abgesichert postuliert die Theorie der sozio-emotionalen Selektivität, dass im höheren Alter positive emotionale Erfahrungen vermehrt gesucht und affektiv negative Erfahrungen vermieden werden, um eine effektive Emotionsregulation zu gewährleisten. (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Reed & Carstensen, 2012). Über akkommodative Zielablösung verlassen ältere Partner in langjährigen Beziehungen einen „unlösbaren“ Konflikt und lenken die Interaktion mit dem Partner/der Partnerin in angenehmere Bereiche. Verlässlichkeit und Bindungssicherheit, Trost und Schutz in der Paarbeziehung werden im höheren Alter immer bedeutsamer, da die Anzahl naher Bezugspersonen und die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung abnimmt. Johnson (2009) spricht in diesem Zusammenhang vom „Verlust von Sozialkapital“.

Ältere ziehen sich aus subjektiv verletzend empfundenen Situationen eher zurück, wenn sie den Eindruck haben, dass ihre Ziele unerreichbar sind (Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010). Dies zeigt sich z.B. bei andauernden Meinungsverschiedenheiten und konflikthaften Themen in langjährigen Paarbeziehungen, in denen die Partner zunehmend Rückzugsverhalten nutzen und aktiv die Vermeidung weiterer Eskalation wählen. Bei Paaren im höheren Alter kann es konstruktive Folgen für die Einzelnen und die Beziehung haben, eine Haltung und Verhalten im Sinne des Disengagements zu zeigen, wenn es sich um sogenannte unlösbare Problembereiche in der Paarbeziehung handelt. Dies bedeutet allerdings nicht, dass langjährige Paare Konflikte generell scheuen. Es fand sich - entgegen der Vorannahme der Forscher - keine Abnahme des „Demand“-orientierten Verhaltens in Paarinteraktionen über die Zeit. In Bezug auf ihre je persönlich relevanten Ziele, die als erreichbar eingeschätzt werden, versuchen auch Ältere in ihren langjährigen Paarbeziehungen Einfluss aufeinander auszuüben (Holley et al., 2013). In diesem Prozess setzen Ältere eine breitere Palette an Problemlösestrategien ein, die sie flexibel an die jeweilige (Interaktions-)Situation anpassen und mit Strategien der Emotionsregulation kombinieren, um negatives Stresserleben zu reduzieren (Blanchard-Fields, 2007).

Ähnliche Effekte zeigten sich im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). 100 Paare aus den Geburtsjahrgängen 1930/1932 und 1950/1952 (50 Teilnehmer/-innen und ihre Partner/-innen) wurden unabhängig voneinander zu ihrer Paarbeziehung und zu ihrem subjektiven Wohlbefinden befragt (Riehl-Emde, 2016b). Dabei kam ein standardisiertes Fragebogeninstrument, der Partnerschaftsfragebogen (PFB) (Hahlweg, 1979) zum Einsatz. Ein hohes Wohlbefinden wurde von beiden Untersuchungsgruppen beschrieben, wobei sich bei der älteren Kohorte signifikant niedrigere Werte in den Skalen Gemeinsamkeit, Zärtlichkeit und Streitverhalten zeigte. Die Autoren schlussfolgern, dass Paare im höheren Alter (70 plus) die Tendenz zeigen, Konflikte auf der Paarebene eher deeskalierend zu bewältigen. „Junge" alte Paare (50 plus) neigten eher dazu, Konflikte offen anzugehen und intensiver auszutragen. Diese Erkenntnisse könnten dazu beitragen, alters- oder kohortenspezifisch differenzierte Ansätze in der Paartherapie mit älteren Paaren zu entwickeln.

3.4 Sexualität und langjährige Paarbeziehungen

Im Rahmen dieser Arbeit geben Forschungsergebnisse zur Sexualität in langjährigen Beziehungen Hinweise auf Ressourcen und Belastungsfaktoren bei der Gestaltung der Paarbeziehung, die eine differenzierende Betrachtung nahelegen.

Lange Zeit folgte man dem Vorurteil und defizitorientierten Altersstereotyp, ältere Menschen pflegten kein Sexualleben mehr (Bruchhaus Steinert, 2014). Inzwischen zeigen diverse Studien eindeutig, dass Frauen wie Männer bis ins hohe Alter sexuell genuss- und orgasmusfähig sind (Lindau et al., 2007; Schultz-Zehden, 2013). Sexuelle Interessen und Bedürfnisse bleiben im höheren Lebensalter erhalten. Das sexuelle Wohlbefinden und sexuelle Erfüllung sind wesentliche Bestandteile der Lebenszufriedenheit, des allgemeinen Gesundheitsstatus und des subjektiven Wohlbefindens. In einer Befragung von 641 Männern und 857 Frauen im Alter zwischen 45 und 91 Jahren zur Sexualität ergab sich, dass nur 0,8% der Männer und 2,9% der Frauen kein sexuelles Interesse benannten (Bucher, Hornung, Gutzwiller & Buddeberg, 2001). Bis in das hohe Alter werden sexuelle Aktivität, libidinöse Wünsche und erotische Fantasien berichtet, wobei sich die Ausdrucksformen und die Intensität verändern (Riehl-Emde, 2012; Schrader, 2005). Obwohl das Thema mit einem großen

Tabu belegt ist, geben acht bis 40% der Frauen über 80 Jahre und ein höherer Prozentsatz der Männer an, Masturbation zu praktizieren (Bucher et al. 2001). Sexuelles Interesse kann sich beispielsweise in erotischen Phantasien, Flirts, Pflege der eigenen Attraktivität oder dem Konsum von pornografischen Inhalten äußern (Quindeau, 2016). Bei Älteren wurde, unabhängig von ihrem Beziehungsstatus, festgestellt, dass sie sich häufiger sexuelle Aktivitäten wünschten als sie sie erlebten (Baas & Schmitt, 2010). Wenn das Interesse an Sexualität größer ist als die tatsächlichen sexuellen Aktivitäten, spricht man vom „interest-activity-gap" (Riehl-Emde, 2012, S.72).

In der westlichen Kultur werden nach Insa Fooken (2005) verschiedene Skripte zur Sexualität im höheren Alter transportiert, die sich teilweise widersprechen. Ein Mythos spricht vom asexuellen Alter, ein weiteres Vorurteil betrifft die verminderte oder kontinuierlich abnehmende Sexualität, die als defizitär gilt. Demgegenüber stehen Vorstellungen einer zunehmenden und belächelten sog. altersunangemessener sexuellen Aktivität sowie das Modell eines emotional intensiver gefärbten sexuellen Erlebens. Eindeutig belegt durch Studien ist lediglich, dass die interindividuellen Unterschiede im sexuellen Erleben und Verhalten mit steigendem Lebensalter größer werden (Quindeau, 2016). Dies entspricht den Entwicklungsprinzipien der Plastizität, Multidimensionalität und Multidirektivität im Modell der Lebensspannenpsychologie (Maercker, 2015).

Durch körperliche Veränderungen im höheren Lebensalter kann sich eine (auch zeitlich) veränderte Reaktion auf sexuelle Stimulation ergeben, und die sexuelle Ansprechbarkeit und Reaktionstendenz kann mit zunehmendem Alter abnehmen (Bruchhaus Steinert, 2014). Allerdings streuen die interindividuellen Unterschiede in der Entwicklung im höheren Lebensalter breiter als im jüngeren. Die Lebensphase Alter kann einen Zeitraum von 20, 30 Jahren und mehr umfassen, und das Ausmaß der Plastizität variiert individuell stark (Aigner, 2006). Zudem weisen die biopsychosozialen Gegebenheiten, Ressourcen und Defizite im höheren Alter eine große Heterogenität auf. Da die sexuelle Sozialisation im jüngeren Erwachsenenalter entscheidenden Einfluss auf sexuelle Verhaltensweisen in späteren Lebensjahren hat, sind Kohorteneffekte ein wichtiger Aspekt in der Betrachtung der Sexualität in langjährigen Paarbeziehungen im höheren Alter (Berberich, 2015). 60jährige in den 1990er Jahren unterlagen anderen gesellschaftlichen und Sozialisationsbedingungen

als 60jährige in den 2010er Jahren. Die sogenannten Babyboomer wurden in einer Zeit sozialisiert, die von sexueller Liberalisierung geprägt war. Sie haben höhere Erwartungen an erotische Erfüllung, aber auch instabilere Paarbeziehungen erlebt. Sie werden in den kommenden Jahren eine entscheidende Rolle bei sozialen und kulturellen Veränderungen spielen, die ein sogenanntes „Superaging" (Heyes, 2016) ermöglichen. Im Gesundheitswesen werden alternative bzw. innovative Formen entwickelt werden, die es erlauben, die physische und emotionale Gesundheit im höheren Alter zu erhalten bzw. zu verbessern. Ein europäisches Kooperationsprojekt befasst sich mit psychoedukativen Modulen zur sexueller Gesundheit und Wohlbefinden, die Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen und im psychosozialen Bereich befähigen sollen, die körperliche und emotionale Gesundheit im dritten Lebensalter zu unterstützen und die individuelle sexuelle Entwicklung Älterer adäquat zu begleiten (IntimAge, 2016).

3.4.1 Paarbeziehung und Sexualität im höheren Alter

Die Hälfte der 60jährigen benannte in einer Studie von Schmidt (2005), dass sie einmal wöchentlich Sex praktizierten, und 25 % dieser Altersgruppe gaben eine Frequenz ihrer sexuellen Kontakte von ein- bis dreimal monatlich an. Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs ist weniger vom Lebensalter abhängig als vielmehr von der Dauer der Paarbeziehung (vgl. Henning, 2012). Jüngere wie ältere Menschen sind zu Beginn ihrer Paarbeziehung sexuell aktiver als im weiteren Verlauf. Die Frequenz sexueller Kontakte nimmt mit dem Alter der Paarbeziehung ab (Schmidt & Mathiesen, 2009). Von der sexuellen Aktivität und Frequenz des Geschlechtsverkehrs ist die Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung zu unterscheiden. Von den 50- bis 70-jährigen Frauen in Deutschland, die mit einem Partner zusammenleben, bezeichnen sich ca. die Hälfte als sexuell zufrieden, die übrigen sehen sich als belastet (Sydow, 2009). Sexuelle Zufriedenheit im höheren Lebensalter wird in einem nicht unbeträchtlichen Maß von kommunikativen Aspekten und der Qualität der Interaktion als Paar bestimmt (Bucher, 2006). Sowohl die sexuelle Aktivität als auch die sexuelle Zufriedenheit sind eng mit der Qualität der Paarbeziehung verbunden, wobei die Paarqualität für Frauen eine höhere Priorität hat als für Männer (Schultz-Zehden, 2013). Nach Sydow und Seiferth (2015) beeinflussen sich die emotionale und die sexuelle Bezie-

hungsebene eines Paares wechselseitig, wobei die Forschungsergebnisse zu den Zusammenhängen von Beziehungsqualität und Sexualität sich inkonsistent zeigen. Die Wechselwirkung scheint komplex und z. T. antagonistisch zu sein. Signifikant ist der Zusammenhang von Zufriedenheit mit der Paarbeziehung und sexueller Zufriedenheit, wohingegen sich kein signifikanter Zusammenhang von Partnerschaftszufriedenheit und sexueller Aktivität eines Paares ergibt. Einige Paare, die ihre Beziehung als sehr belastet beschreiben, berichten von einem kontinuierlich intensiven gemeinsamen Sexualleben. Ein Übermaß an Harmonie oder Verschmelzung kann ebenso wie übermäßige Kränkungen und maligne Konflikte dazu führen, dass sich die Partner aus dem sexuellen Kontakt zurückziehen. Manche Paare leben in einer als liebevoll und eher freundschaftlich charakterisierten Beziehung ohne sexuelle Gemeinsamkeiten (Sydow, 2009).

In einer kanadischen Längsschnittstudie mit fast 400 älteren Paaren, die selbständig zu Hause leben, untersuchten Trudel et al. (2013, 2014) deren eheliches, sexuelles und psychologisches Funktionsniveau. Die Paare waren 65 Jahre und älter und berichteten insgesamt eine gute Paarqualität und ein geringes allgemeines Stressniveau. Ein nicht unerheblicher Teil der Befragten litt jedoch unter gravierendem Stress in der Paarbeziehung, der in direkter und reziproker Verbindung mit psychischen Belastungssymptomen stand. Die gemeinsame Sexualität wurde überwiegend in positiven Bezug zur Paarqualität gesetzt und als Quelle der Zufriedenheit gesehen. Die Paarzufriedenheit war mit der sexuellen Zufriedenheit verschränkt. Gemessen an den Normen für Jüngere, erreichten die Älteren Werte, die auf Dysfunktionalität in der sexuellen Beziehung schließen ließen. Die Befragten selbst schätzten ihr Sexualleben jedoch als zufriedenstellend ein (Trudel, et al., 2014). Die Ergebnisse legen nahe, dass sich die Vorstellungen über Sexualität und die Ziele bezüglich des sexuellen Begehrens und der sexuellen Befriedigung im Alter verändern. Demnach müssten die Standards sowie die Instrumente für die Evaluation sexueller Gesundheit bei älteren Menschen angepasst werden. Genitale Sexualität und sexuelle Leistungsfähigkeit werden in diversen Studien erhoben, während den nicht-genitalen Formen des sexuellen Kontaktes - wie Zärtlichkeiten, Umarmungen, Küssen, manuelle Stimulation oder oral-genitale Kontakte - weniger Gewicht zugemessen wird.

Im Rahmen der Studie „Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE) wurden die Teilnehmer der Geburtsjahrgänge 1930 bis 1932 zu verschiedenen Zeitpunkten zwischen 1993 und 2006 im Alter von 63, 67 und 74 Jahren zur Liebe und ihren sexuellen Aktivitäten befragt (Müller et al., 2014). Zwischen den drei Erhebungszeitpunkten wurden keine Unterschiede im Niveau der sexuellen Zufriedenheit gefunden, wobei die Frauen zu den ersten beiden Zeitpunkten zufriedener waren als die Männer. Zum dritten Erhebungszeitpunkt im Alter von 74 Jahren wurde der Liebe mehr Bedeutung zugemessen als der sexuellen Aktivität. Die Autoren ziehen aus ihren Ergebnissen das Fazit, dass die These von der „zweiten Sprache der Liebe“ Bestätigung finde: In späteren Lebensjahren scheint die Liebe wichtiger zu sein als in jüngeren Jahren.

Drei Faktoren beeinflussen, ob und wie im höheren Lebensalter gemeinsame Sexualität in einer Paarbeziehung gelebt wird: die Tatsache, ob ein Partner/eine Partnerin vorhanden ist, der/die das sexuelle Interesse teilt, der Gesundheitszustand der Partner und die sexuelle Sozialisation und Biografie inklusive der praktizierten gemeinsamen sexuellen Erfahrungen eines Paares in vorangegangenen Jahren (Riehl-Emde, 2012). Für eine befriedigende Sexualität im höheren Alter ist das Vorhandensein eines Partners/einer Partnerin eine wesentliche Voraussetzung, da im Rahmen der Paarbeziehung sexuelle Aktivität und das Erleben von Intimität möglich ist (Merbach, Beutel & Brähler, 2003). Die Bedeutung und Historie von gemeinsamer Sexualität im Lebenslauf ist ein wichtiger Faktor für die sexuelle Aktivität eines Paares im höheren Lebensalter (Schrader, 2005). In langjährigen Paarbeziehungen sind die Partner zunehmend herausgefordert, sich bewusst dafür zu entscheiden, eine erotische Paarkultur zu entwickeln und ihre gemeinsame Erotik und Sexualität aktiv zu gestalten. Ansonsten kann sich ein schleichender Verlust dieser Art von Paarintimität ergeben. Das Sprichwort „Use it or lose it“ fasst diesen Prozess zusammen (Riehl-Emde, 2012, S.74).

Nimmt dieser Prozess der Ko-Evolution in der langjährigen sexuellen Beziehung eines Paares einen positiven Verlauf, so pflegt das Paar wahrscheinlich seine intime Konversation, und die Partner/-innen kennen die sexuellen Skripte des/der anderen. So verfügen sie über ein besseres Verständnis für die gegenseitigen Erwartun-

gen zur sexuellen Erregung und kennen seine/ihre Vorlieben in der sexuellen Begegnung (Ashdown, Hackathorn & Clarke, 2011). Die Paarbeziehung kann als Ressource zu verstanden werden, um altersbezogene biologische Veränderungen zu bewältigen. Der Austausch über die gemeinsame Sexualität fördert sexuelles Vertrauen, Intimität und emotionale Unterstützung innerhalb der Paarbeziehung, was sowohl für die Frau als auch für den Mann zu wachsender sexueller Zufriedenheit führen kann (Miller & Byers, 2004). Vieles deutet darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung nicht hauptsächlich davon bestimmt wird, ob Geschlechtsverkehr stattfindet, sondern ob ein Paar in der Lage ist, sich über die je individuellen Wünsche und Bedürfnisse auszutauschen und sich über die Ausgestaltung der gemeinsamen Sexualität zu einigen (Baas & Schmitt, 2010). Im Rahmen eines systemisch-sexualtherapeutischen Modells hebt Clement (2006) hervor, dass Menschen in unterschiedlichen Lebensaltern differentielle sexuelle Bedürfnisse und sexuelles Empfinden haben und unterschiedliches Verhalten zeigen. Im Alter von 20 Jahren setzt man/frau andere Akzente in der sexuellen Begegnung als im Alter von 70 Jahren. Langjährige Paare können sich von ihren sexuellen Routinen lösen und ihre gemeinsame Sexualität lebendig gestalten, wenn sie in einer offenen, neugierigen Haltung auf den Partner/die Partnerin zugehen. Die größte Herausforderung bestehe allerdings darin, sich über die eigenen Wünsche klar zu werden und diese dem Partner/der Partnerin mitzuteilen. In einer solchen Selbstöffnung liegt ein großes Veränderungspotential und gleichzeitig das Risiko, dass der/die andere auf die geäußerten Wünsche nicht positiv reagiert (Schnarch, 2006; Sydow, 2008). Bei Differenzen könne das Paar darüber verhandeln, wer sich auf welche Wünsche des/der anderen einlassen will und welche Wünsche zugunsten eines gemeinsamen Beziehungszieles zurückgestellt werden.

Die Häufigkeit des sexuellen Kontaktes verliert mit zunehmendem Alter an Wichtigkeit, und die Bedeutung der Zärtlichkeit in der gemeinsamen Sexualität als Paar nimmt zu (Bucher, 2005). Studien im Rahmen des Modells des „sexual touching“ weisen darauf hin, dass nicht-koital fokussierte intime Berührungen wie Küssen, Streicheln, Sich-Halten eine spezielle Form der sexuellen Begegnung sind, die gerade im höheren Alter zur sexuellen Zufriedenheit beitragen können (Galinsky, 2012; Basson, 2001). Inzwischen ist für dieses Phänomen die Bezeichnung „zweite

Sprache der Sexualität“ verbreitet (Butler & Lewis, 2002). Mit zunehmendem Alter nimmt bei Männern die Bedeutung von Sinnlichkeit zu, und sie fühlen sich über sexuelle Kontakte emotional mit ihrer Partnerin verbunden. Dies gilt insbesondere für Praktiken des “sexual touching”, die von älteren Männern häufiger berichtet werden als von jüngeren (Janssen, McBride, Yarber, Hill & Butler, 2008). Das psychosoziale Grundbedürfnis nach Angenommensein, Wärme und Sicherheit bleibt bei beiden Geschlechtern im Alter bestehen und ist insbesondere an das Vorhandensein einer intimen Beziehung zu einem Partner/einer Partnerin gekoppelt (Berberich, 2004). Sydow (2003) weist darauf hin, dass ein Viertel der älteren Frauen und Männer keinen zärtlichen Kontakt erfährt. Nach Riehl-Emde (2005) trägt Sexualität im Alter dazu bei, dass Menschen sich in der Paarbeziehung geborgen und dem Partner/der Partnerin nahe fühlen, was wiederum die Fähigkeit zur Regulation des Selbstwertes unterstützt. Zärtlichkeit wird inzwischen als unterschätzter Faktor für den Gesundheitszustand im dritten und vierten Lebensalter angesehen (Riehl-Emde, 2016a). Je nach Beziehungsqualität wirkt sich körperliche Nähe bei älteren Paaren regulierend auf den Blutdruck aus und senkt dadurch Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zwischen einer „Sexualität der Zugehörigkeit und einer Sexualität der Lust“ unterscheidet Willi (2007, S.94). Die Sexualität der Lust trage einen archaischen Charakter und sei von Spontaneität geprägt. Sie diene den Einzelnen dazu, sich in sexuellen Begegnungen als persönlich wirksam zu erleben, während die Person des/der anderen weniger im Fokus stehe. Diese Form ziele letztlich auf die Überwindung sozialer Ordnungen, Grenzen und Regeln. Die Sexualität der Zugehörigkeit hingegen diene dazu, soziale Bindungen zu stärken und zu festigen. Sie sei ein „bestärkendes Ritual“ (Willi, 207, S. 98), das die Verbundenheit und das Vertrauen zwischen zwei Personen sichere und auf Harmonie und Gleichklang ausgerichtet sei. Der Partner/die Partnerin werde idealisiert. Willi sieht beide Arten der Sexualität als kulturübergreifend existent und unabhängig voneinander an. Die Spannung zwischen beiden Formen der Sexualität führe zur Ambivalenz, von der alle Liebesbeziehungen gekennzeichnet seien. Schrader (2005) verweist auf das Phänomen der dauerhaften Ambivalenz in einer Liebesbeziehung, die sowohl von Verschmelzungswünschen als

auch von (unbewussten) aggressiven Komponenten geprägt ist. Die lebenslange Herausforderung bestehe darin, als Paar aggressive Affekte zu integrieren und mit sexueller Intimität zu verschränken, um sich gemeinsam zu entwickeln.

In Langzeitehen hat ein Libidorückgang sowie eine Abnahme der sexuellen Aktivität komplexe Ursachen. Dies sollte in Bezug zur erotischen Beziehungsgeschichte des Paares gesetzt werden und nicht mit durchschnittlichen Daten zur Frequenz abgeglichen werden (Riehl-Emde, 2012). Emotionale Zerrüttung in langjährigen Paarbeziehungen und Kränkungen bei Mann und Frau können dazu beitragen, dass Partner sich auf sexueller Ebene voneinander zurückziehen (Riehl-Emde, 2005). Die gemeinsame Sexualität ist Teil der Lebensgeschichte als Paar. Schwierige bis traumatische Situationen und unbearbeitete Konflikte aus der gemeinsamen Geschichte können zu einer emotionalen „Vereisung" im Sinne einer Schutzhaltung beitragen, in der einer oder beide Partner körperliche Nähe meiden (Riehl-Emde, 2005, S. 63). Bestehen bei einem oder beiden Partnern Probleme, sexuelle Wünsche auszudrücken oder bleiben beide in der Erwartung, dass der/die andere die eigenen Bedürfnisse ohne Worte verstehen müsse, so entwickelt sich eine gemeinsame destruktive Strategie, Konflikten aus dem Weg zu gehen (Riehl-Emde, 2012). Dies kann dazu führen, sexuellen Begegnungen in der Paarbeziehung generell auszuweichen. Riehl-Emde (2016) stellt in einer Studie mit älteren Paaren ein hohes Ausmaß an Antwortverweigerung bei Fragen nach gemeinsamer Zärtlichkeit und gemeinsamer Sexualität fest. Dieses Phänomen bei älteren Geburtsjahrgängen zwischen 1930 und 1940 entspreche ihrer klinischen Erfahrung aus der Paartherapie (Riehl-Emde, 2014). Dieser Generation falle es schwerer als nachfolgenden Generationen, ihre Gedanken, Wünsche und Probleme zum Thema Sexualität mit dem Partner/der Partnerin oder mit Dritten zu besprechen. Sexuelle Biografien in dieser Generation wurden von fehlender oder mangelhafter Aufklärung zur Sexualität und einer restriktiven Sexualmoral geprägt, häufig auch einer Doppelmoral. Zudem standen ihnen Verhütungsmöglichkeiten nur in unzureichender Weise zur Verfügung. Sexuelle Gewalterfahrungen und sexuelle Traumatisierungen gehören besonders bei den Frauen zu ihrer Lebensgeschichte (Sydow, 1994).

3.4.2 Geschlechtsspezifische Aspekte der Sexualität im höheren Alter

Bereits Masters und Johnson (1981) wiesen auf einen generellen unterschiedlichen zeitlichen Entwicklungsverlauf im sexuellen Bereich bei Männern und Frauen hin. Die sexuellen Entwicklungskurven bei Frauen und Männern im höheren Alter unterscheiden sich. In einer kanadischen Studie berichteten Männer über 65 Jahre häufiger sexuelles Begehren als gleichaltrige Frauen (Trudel et al., 2014). Im Vergleich zu Männern zwischen 65 und 74 Jahren ließ die sexuelle Funktionsfähigkeit bei Männern im Alter von 75 Jahren und älter nach. Bei Frauen fand sich ein solcher Effekt nicht. Frauen äußerten sich in dieser Studie insgesamt positiver über die gemeinsame Sexualität in der Paarbeziehung als Männer.

Männer erleben die altersbedingten körperlichen Veränderungen ab dem 40. Lebensjahr eher in einem graduellen Prozess als mit einer Zäsur verbunden, während viele Frauen die biologischen Veränderungen durch die sogenannten Wechseljahre eher als prägnanten Umbruch empfinden (Bucher et al., 2001; Bucher, 2006). Ab dem 65. Lebensjahr beginnen degenerative Veränderungen in Samenkanälen und Hoden, Dysfunktionen der Geschlechtsdrüsen treten häufiger auf, ebenso verändert sich die Spermienproduktion und –qualität sowie das Ejakulatvolumen (Maake, 2005). Eine gutartige Vergrößerung der Prostata kann diverse Probleme verursachen. Bei Männern zeigen sich mit zunehmendem Alter Veränderungen der Erektionsfähigkeit. Eine Erektion tritt seltener auf als in jüngeren Jahren, sie wird langsamer aufgebaut und ist störungsanfälliger. Mit zunehmendem Alter ist der Penis weniger sensitiv, was dazu führt, dass Männer u. U. mehr Stimulation benötigen, um orgasmusfähig zu sein. Über die Lebensspanne sind temporäre Impotenzphänomene als normal anzusehen. Ein interaktioneller Teufelskreis der Vermeidung kann entstehen, wenn der Mann sich aufgrund von Erektionsproblemen sexuell zurückzieht, alle Formen intimen körperlichen Kontaktes vermeidet und Angst hat zu versagen, wodurch es zu einem sekundären Libidomangel kommen kann (Berberich, 2004). Psychosoziale Faktoren können einen größeren Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit haben als biologische. Männer zwischen 55 und 64 Jahren mit einem hohen Testosteronspiegel berichteten ein höheres Maß an sexuellen Beschwerden als Männer mit niedrigeren Werten (Thiele et al., 2001).

In einer Studie mit ca. 1500 Frauen und Männern zwischen 45 und 90 Jahren aus der deutschsprachigen Schweiz wurden das sexuelle Interesse, die sexuelle Aktivität und die sexuelle Zufriedenheit differenziert untersucht (Bucher, 2005, 2006). Bei Männern waren das Kommunizieren der eigenen sexuellen Wünsche der Partnerin gegenüber, sexuelle Aktivitäten wie Zärtlichkeiten, Petting, Koitus und sexuelles Interesse mit höherer sexueller Zufriedenheit verbunden. Die sexuelle Zufriedenheit erreichte geringere Werte bei sexueller Zurückhaltung der Partnerin und dem subjektiven Gefühl der Überforderung durch die sexuellen Erwartungen der Partnerin. Männer aus dieser Studie nannten als Gründe für ihre sexuelle Inaktivität gesundheitliche Einschränkungen ihrer Partnerinnen, die Ablehnung sexueller Kontakte seitens ihrer Partnerinnen, den eigenen Appetenzmangel oder Impotenz.

In westlichen Gesellschaften wird bei Frauen die Menopause um das 50. Lebensjahr angesetzt. Die Östrogenproduktion des Körpers verringert sich um 90 Prozent, wodurch die Eierstöcke, Eileiter, Uterus und Vagina ihre Größe verringern (Maake, 2005). Bei Frauen wird im Lauf der Wechseljahre die Haut der Vulva und Vagina dünner und damit empfindlicher, was zu Problemen beim Koitus führen kann. Dieses Phänomen tritt meist jedoch auf, wenn Frauen Geschlechtsverkehr haben und dabei mangels sexueller Erregung keine Lubrikation entwickeln. Bei sexueller Erregung bestehen keine Unterschiede in der Lubrikation bei Frauen vor und nach der Menopause (Laan & van Lunsen, 1997). Von Symptomen des Klimakteriums sind nicht alle Frauen in gleichem Maße betroffen.

Heterogenität bezüglich ihrer Einstellung und Handlungen im Bereich Sexualität ist bei Frauen im höheren Alter das herausragende Merkmal (Sydow, 2003). In einer Studie mit 50- bis 70jährigen Frauen, die in einer Paarbeziehung lebten, identifizierte Schultz-Zehden (1989) verschiedene Gruppen. Als positiv eingestuft wurden die „Zärtlichkeitsorientierten“, die im höheren Alter „sexuell Befreiten“ und die „sexuell Emanzipierten“. Diese drei stellten den größten Anteil dar. Die „sexuell Zurückgezogenen“ sind mit ihrer sexuellen Abstinenz zufrieden, während die „sexuell Unbefriedigten“ weniger Sexualität mit dem Partner erleben, als sie sich wünschen. Auch diejenigen Frauen, die „sexuell das Interesse verloren haben“ wurden als problematische Gruppe gesehen, da sie zu 65% berichteten, dennoch weiter koital aktiv zu sein. Nach Sydow (2003) nehmen manche Frauen eine Erkrankung oder den

Übergang in das Klimakterium zum Anlass, um für sie nicht zufriedenstellende sexuelle Kontakte mit dem Partner zu beenden. Dies geschieht im Kontext jahrelanger sexueller Probleme und nicht gelöster Konflikte in der Paarbeziehung, aufgrund derer die Frauen Sexualität mit ihrem Partner als freudlos empfanden.

Bei Frauen kann der Rückzug aus der gemeinsamen Sexualität mit dem Partner damit zusammenhängen, dass sie sozio-kulturelle Vorurteile zur Attraktivität und sexuellen Aktivität älterer Frauen übernehmen und sich aufgrund ihrer physischen Alterungsprozesse abwerten und sexuell einschränken. Eine positive Haltung sich selbst als Person und insbesondere dem eigenen Körper gegenüber gilt als entscheidender Faktor für eine befriedigend erlebte Sexualität (Schultz-Zehden, 2003). Etwa die Hälfte der Frauen in einer Schweizer Studie mit Menschen im Alter von 45 bis 90 Jahren berichten, dass ihr sexuelles Interesse im Lauf der Wechseljahre gleichgeblieben ist (Bucher, 2006). Als Gründe für sexuelle Inaktivität nannten Frauen die Folgen von sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch, traditionelle Werte und Normen, die gesellschaftlich-kulturell sowie religiös geprägt sein können. Weitere Gründe der befragten Frauen sind ihre Ablehnung einer traditionellen Rollenaufteilung in der Paarbeziehung, einen Lebensentwurf, der durch Unabhängigkeit geprägt ist und auf eine Partnerschaft verzichtet oder steigende Ansprüche an die Qualität einer Paarbeziehung (Bucher, 2006).

Sexuelle Funktionsstörungen, gesundheitliche Probleme und hormonelle Veränderungen der Frauen im Klimakterium können ebenfalls zu einer Verringerung der sexuellen Aktivität beitragen. Bei Frauen führen beispielsweise organische Veränderungen des Genitales, beispielsweise eine Atrophie, zu vaginaler Trockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, was die sexuelle Erlebnisfähigkeit negativ beeinflussen. Psychosoziale Variablen wie Stress, psychische Gesundheit und Beziehungsfaktoren wirken sich insgesamt stärker auf die Sexualität im höheren Lebensalter aus als biologische (Rosemeier, 2001). Sexuelle Probleme sind selten monokausal verursacht, sondern haben ihre Ursache meist in der Verquickung körperlicher, psychischer und Beziehungsprobleme. Brandenburg, Attermeyer und Saß (2000) zogen in ihrer Studie zur Sexualität bei älteren Frauen das Fazit, dass die Beziehung zum eigenen Körper und das Selbstwertgefühl bezüglich des eigenen Äußeren eine größere Bedeutung für die sexuelle Zufriedenheit der Frauen haben als die sexuelle

Funktionalität. In einer kombinierten Fragebogen- und Interviewstudie zur Sexualität nach der Lebensmitte wurde u. a. deutlich, dass ein liebevolles Verhältnis zum eigenen Körper eng verknüpft ist mit dem sexuellen Begehren (Bucher, 2005). Dies gilt für Frauen wie für Männer.

Bruder und Riehl-Emde (2006) entwickelten im Rahmen einer qualitativen Studie zu einem Paartherapieprozess mit einem Paar (62 und 71 Jahre alt) drei Kategorien zum Thema Körpererleben und Sexualität im höheren Lebensalter. Das Verständnis vom eigenen Körper, das subjektive Körpergefühl und der Umgang mit dem Altern des Körpers sind demnach eng verschränkt mit einer konstruktiven Anpassung der gemeinsamen Sexualität an die altersbedingten körperlichen Veränderungen.

3.4.3 Gesundheitliche Aspekte und Sexualität in langjährigen Paarbeziehungen

Diverse somatische und psychische Erkrankungen können die gemeinsame Sexualität in langjährigen Paarbeziehungen beeinträchtigen, insbesondere, wenn es sich um chronische Erkrankungen handelt (Basson, Rees, Wang, Montejo & Incrocci, 2010). Im Rahmen der Wisconsin Longitudinal Study wurden Daten von über 10.000 Frauen und Männer im Zeitraum zwischen 1957 und 2005 erhoben (Hauser, 2005). Eine Teilstudie mit Teilnehmern im Alter zwischen 63 und 67 Jahren untersuchte die Zusammenhänge von Alter, körperlichen und psychischen Gesundheitsfaktoren und sexueller Zufriedenheit (Syme, Klonoff, Macera & Brodine, 2013). Diabeteserkrankung und Symptome des Fatigue-Syndroms stellten Risikofaktoren für sexuelle Unzufriedenheit und funktionelle Probleme, die sexuelle Beziehung aufrechtzuerhalten dar. Bei vorangegangener Prostatakrebserkrankung- nicht bei anderen Krebserkrankungen - erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit bei Männern für sexuelle Dysfunktion. Depression erhöhte das Risiko, die sexuelle Beziehung nicht aufrechtzuerhalten, allerdings nicht die Unzufriedenheit bezüglich der sexuellen Beziehung. Männer berichteten sexuelles Unwohlsein im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand, während Frauen insgesamt sexuell unzufriedener waren als ihre Partner und deren Unterstützung vermissten. Die Autoren schlussfolgern, dass mangelnde physische oder emotionale Zufriedenheit eher mit Faktoren der Paarbeziehung als mit individuellen Gesundheitsaspekten zu tun haben.

Libidoverlust ist bei Frauen und Männern ein zentrales Symptom depressiver Erkrankungen. Je nach Ausprägung der Depression zeigen 25 bis 90% der betroffenen Männer auch Erektionsstörungen (Berberich, 2014).

Insgesamt zeigen sich bei Frauen schwächere Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und der sexuellen Aktivität als bei Männern (Sydow, 2001). Harninkontinenz ist ein belastendes Symptom, unter dem ca. 15 Prozent der Frauen leiden und das von der Mehrheit verschwiegen wird. Einige Studien weisen darauf hin, dass etwa die Hälfte der Inkontinenzpatientinnen selten bis keinen Geschlechtsverkehr praktiziert. Betroffene leiden häufiger an depressiven Verstimmungen und Angstsymptomen und ziehen sich aufgrund negativer Gefühle wie Unsicherheit, Scham, Angst oder Ekel sexuell zurück (Berberich, 2015).

Bei Männern ist der Gesundheitszustand eine wesentliche Determinante für ihre sexuelle (In-)Aktivität. Körperliche Erkrankungen bei Männern können erektile Dysfunktion und Libidoverlust zur Folge haben. Dazu gehören internistische Erkrankungen, wie Diabetes, Hypertonie, Arteriosklerose und kardiovaskuläre Erkrankungen, neurologische Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose, hormonelle Erkrankungen, z.B. der Schilddrüsen, rheumatoide Arthritis, Störungen der Nebennierenfunktionen, benignem Prostatasyndrom und Adipositas. Weiterhin wirken sich die Folgen von Schlaganfallerkrankungen und Demenzerkrankungen auf die sexuelle Funktionsfähigkeit aus (Bucher, 2006). Medikamente können ebenso Auswirkungen auf Libido und sexuelle Funktionen haben, beispielsweise Bluthochdruckmittel, Herz-Kreislauf-Medikamente, Psychopharmaka, Diuretika und Kortikoide (Berberich, 2015). Mit chronischen Erkrankungen sowie somatoformen Syndromen sind oft Schmerzen verbunden, die angenehme Körperempfindungen und Lust an Sexualität überlagern (Ryan, Hill, Thwaites & Dawes,2008). Die seit den 1990er Jahren eingeführten Medikamente zur Behandlung von Erektionsstörungen (PDE-5-Hemmer) haben Möglichkeiten zur Behandlung organisch bedingter erektiler Dysfunktion eröffnet und gleichzeitig eine Aufhebung des Tabus bewirkt. In der Folge thematisieren mehr Männer dieses Problem mit ihrem behandelnden Arzt (Berberich, 2015). Angesichts körperlicher Einschränkungen priorisieren manche älteren Männer

die Rolle der Sexualität in ihrem Leben neu, indem sie ihre Ziele anpassen und andere Wege des intimen Kontaktes mit ihrer Partnerin entwickeln (Gott & Hinchliff, 2003).

4 FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR WIRKSAMKEIT VON PAARBERATUNG UND PAARTHERAPIE

Dieses Kapitel enthält einen Überblick zur Paartherapie und befasst sich mit Wirksamkeitsforschung bezüglich der Paartherapie und Paarberatung sowie mit allgemeinen Wirkfaktoren in der Paartherapie. Forschungsergebnisse zum Einbezug von Feedback durch Klienten/-innen sind für meine beiden Studien besonders interessant. Forschungsergebnisse zur Paartherapie mit langjährigen Paaren schließen sich an. Zudem werden Forschungsergebnisse zur Paartherapie in naturalistischen Settings geschildert. Dies betrifft auch die institutionelle Paarberatung, die den Rahmen für meine hier vorgelegten Studien bildet. Der Abschnitt schließt mit Überlegungen zur Situation einer Praktikerin im Feld der Paarberatung, die dort forschend tätig ist.

4.1 Entwicklung der Paartherapie

An dieser Stelle kann lediglich ein Abriss der Paartherapie und Paarberatung gegeben werden. Anderweitig wurden verschiedenste Aspekte zu diesem Thema ausführlich dargestellt (Fincham & Beach, 2010; Kaiser, 2000; Lebow, 2014; Lebow, Chambers & Breunlin, 2019; Schär, 2016; Wirsching & Scheib, 2002).

Nach Lebow (2013) lässt sich Paartherapie gleichzeitig als Wissenschaft und Handwerk bzw. Kunstfertigkeit verstehen. Vier Phasen in der Entwicklung der Paartherapie werden unterschieden (Gurman & Fraenkel, 2002; Gurman, 2008). Während in der Pionierphase ab den 1930er Jahren die Bezeichnung Ehetherapie verwendet wurde und diese eher atheoretischen Modellen folgte, war die darauffolgende Phase bis ca. Mitte der 1960er Jahre durch psychoanalytische Konzepte geprägt (Sager, 1966). In der dritten Phase bis in die mittleren 1980er Jahre öffnete sich die Paartherapie für unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze. Insbesondere familientherapeutische Konzepte wurden inkorporiert, wobei „das System“, d.h. die Paarbeziehung selbst und die Interaktionsmuster zwischen den Beteiligten in den Fokus rückten. Psychotherapieschulenorientierte Ansätze in der Paartherapie - z.B. systemische, verhaltens- und kommunikationstherapeutische Modelle - entwickelten sich. Implizit galt das Ziel, die Paarbeziehung zu erhalten, wobei die Qualität der

Paarbeziehung fast normativ an bestimmten Kriterien festgemacht wurde, wie Frequenz und Art der Kommunikation oder der sexuellen Aktivität des Paares sowie Problemlösefertigkeiten und Zufriedenheit beider Partner/-innen (vgl. Auckenthaler, 2014). In der vierten Phase ab den 1990er Jahren etablierte sich die Paartherapie als eigenständiges Verfahren neben einzelpsychotherapeutischen und anderen Mehrpersonensettings. Wissenschaftliche Fundierung, Differenzierung, Ausweitung, Diversifikation und Integration gelten als Charakteristika dieser postmodernen Phase (Gurman & Fraenkel, 2002). Eher normativ auf Veränderung ausgerichtete paartherapeutische Ansätze wurden abgelöst durch Ansätze, die die individuellen Bedarfe und Wünsche der Paare und einzelnen Partner/-innen berücksichtigten (Bodenmann, 2001b). Gleichzeitig nahm die Bedeutung von Emotionen und der Umgang damit für die Beziehungsgestaltung und die Paarzufriedenheit zu (Greenberg, James & Conry, 1988; Greenberg & Johnson, 1988). Emotionale Öffnung in der Paarbeziehung, Stärkung des „Wir-Gefühls“ und Emotionsregulation werden gefördert (Johnson & Lebow, 2000). In der Ausrichtung auf die individuellen Veränderungen und die Bedürfnisse und Ziele des Paares sieht Auckenthaler (2014) Parallelen zum klientenzentrierten Ansatz in der Paartherapie. Ähnliche Konzepte finden sich in paartherapeutischen Modellen, die die Aspekte der Achtsamkeit und Akzeptanztherapie aufnehmen (Christensen, Sevier, Simpson & Gattis, 2004). In dieser Phase nahm man die Auswirkungen von Paartherapie auf individuelle psychiatrische Erkrankungen und deren Behandlung im Rahmen von paartherapeutischen Settings in den Blick. Präventive Programme zur Förderung der Beziehungsqualität wurden entwickelt (Gurman & Fraenkel, 2002). Sozio-kulturelle Aspekte wurden aufgegriffen, z.B. aus feministischen, interkulturellen und sozialkonstruktivistischen Ansätzen (Auckenthaler, 2014).

Inzwischen gehören Paar- und Familientherapie zu den psychotherapeutischen Settings, die am häufigsten angewendet werden. Paartherapie unterstützt Paare bei akutem und chronischem Stress und wird wirkungsvoll bei der Bewältigung verschiedener individueller Probleme eingesetzt. Das wachsende paartherapeutische Feld spiegelt sich in einer Vielzahl von Buchveröffentlichungen und über 30 Fachzeitschriften zum Themenbereich wider (Lebow et al., 2019).

Spätestens seit den 2000er Jahren wurde der Common-factors-Ansatz in der Paartherapie vorangetrieben, der Psychotherapieschulen-übergreifend allgemeine Wirkfaktoren identifiziert (Sprenkle & Blow, 2004). Integrative Modelle entstanden, die psychodynamische, systemische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektiven verschränken (Rieforth & Graf, 2014). Neueste paartherapeutische Ansätze orientieren sich am mentalisierungsbasierten Therapiekonzept (Asen & Fonagy, 2010, 2012; Plitt, 2017; Rottländer, 2012, 2015). Psychodynamische, bindungsorientierte und systemische Konzepte fließen in dieses paartherapeutische Modell ebenso ein wie Forschungsergebnisse aus Entwicklungs- und Kognitionspsychologie sowie neurobiologische Forschungserkenntnisse.

4.2 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Paartherapie

Die Forschung zu Paartherapie lässt sich nach Gurman und Fraenkel (2002) in drei Etappen einteilen. Zunächst standen die therapeutischen Methoden und Techniken im Vordergrund (ca. 1930 bis Mitte der 1970er Jahre). In der folgenden Zeit bis Anfang der 1990er Jahre wurde die empirische Forschung zur Wirksamkeit von paartherapeutischen Interventionen vorangetrieben, in deren Zuge von einer erfolgreichen Etablierung der Paartherapie gesprochen werden kann. Rückblickend lässt sich fragen, ob es im Laufe dieses Prozesses zu einer Überbewertung mancher Evaluationsergebnisse kam (Gurman & Fraenkel, 2002, S. 242). In der dritten Etappe ab den späten 1980er Jahren wandte man sich differenzierten Forschungsfragen im Rahmen der Paartherapie zu, wie differentielle Indikation, Passung, Dauer, klinische Wirksamkeitskriterien, individuelle psychische Erkrankungen und Paarbeziehung, Cost-Effectiveness oder Klientenperspektiven.

In der Psychotherapieforschung, deren Kriterien auch im Rahmen der Forschung zu paartherapeutischen Ansätzen herangezogen werden, sind im „Generic Model of Psychotherapy“ nach Orlinsky, Ronnestad und Willutzki (2004) Forschungsprojekte zu unterscheiden, die Input-, Prozess- oder Outcomevariablen untersuchen. Bei Inputvariablen handelt es sich um Bedingungen und Kontextaspekte, die vor Beginn der Intervention gemessen werden, z.B. das individuelle Belastungsniveau oder Merkmale der sozialen Umwelt der Klienten/-innen. Prozessvariablen

beziehen sich auf Ereignisse und Charakteristika innerhalb der therapeutischen Sitzungen, während Outcome-Variablen langfristige Veränderungen, wie z.B. Symptomreduktion, aufgrund der therapeutischen Interventionen abbilden sollen. Prozess- und Outcome-Variablen überschneiden sich z. T., da auch aufeinander folgende Messungen von Prozessvariablen als Outcome verstanden werden können. Der Outcome therapeutischer Interventionen kann sowohl im Blick auf die einzelnen Klienten/-innen als auch auf die Therapeuten/-innen und bezüglich sozialer Systeme wie Paare oder Familien erfasst werden.

Neben der Wirksamkeit von Psychotherapieansätzen sind Effizienz und Praxistauglichkeit wichtige Kriterien für die Psychotherapie- und Beratungsforschung. Heekerens (2005) schlägt vor, die Begriffe „efficacy“ und „effectiveness“ im Deutschen mit Laborstudien und Feldstudien wiederzugeben. Er bezieht sich auf die Definition von Pinsof und Wynne (1995), die den Indikator Wirksamkeit („efficacy“) als psychotherapeutischen Behandlungserfolg definieren, der sich unter kontrollierten, nahezu idealen Forschungsbedingungen zeigt. Der Indikator Effektivität (“effectiveness“) hingegen macht eine Aussage darüber, ob eine Behandlung unter normalen Feldbedingungen erfolgreich ist (vgl. Heekerens, 2005, S. 358).

Als Goldstandard gelten in der Wirksamkeitsforschung sogenannte RTC-Studien („randomized control trials“). Dabei werden Klienten/-innen nach dem Zufallsprinzip der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt und so interferierende Variablen gleichmäßig verteilt. Die Veränderungen bezüglich der abhängigen Variable (z.B. Zufriedenheit mit Paarbeziehung, depressive Symptome) zwischen verschiedenen Messzeitpunkten werden auf die unabhängige Variable (therapeutische Intervention) zurückgeführt. Die eng kontrollierten Bedingungen, d.h. ein manualisiertes therapeutisches Vorgehen, sowie Ausschlusskriterien, z.B. von Komorbiditäten, entsprechen in der Regel nicht der psychotherapeutischen Tätigkeit in der Praxis, so dass die Frage der externen Validität solcher RTC-Studien auftritt. Praxisbewährung als Kriterium für Forschungsprojekte ist daher zunehmend in den Blick genommen worden. Kontrollierte klinische Studien unter naturalistischen Bedingungen werden gefordert (Heekerens, 2005). Fydrich (2018) verweist im Zusammenhang mit evidenzbasierten klinischen Studien auf die Gefahren eines sogenannten Publikations-Bias (Rosenthal

& DiMatteo, 2001), wodurch die ausgewogene Auswertung von Forschungsergebnissen erschwert sein kann. Demnach wird u.U. die Veröffentlichung von Studien zurückgehalten, die keine oder zu geringe Ergebnisse bezüglich der Therapieeffekte ergaben. Metaanalysen, die ausschließlich auf den veröffentlichten Studien basieren, überschätzen möglicherweise den Effekt.

Die Presidential Task Force on Evidence-Based Practice der American Psychological Association (APA) schlug 2006 vor, „evidence-based practice" in der Psychologie als Integration von bestmöglicher vorhandener Forschung und klinischer Expertise zu verstehen. Theoretisches und erfahrungsgestütztes Wissen der Kliniker werden ebenso als Wissensquellen herangezogen wie Charakteristika der Klienten/-innen, ihre Selbsterkenntnis sowie kulturelle Aspekte und Präferenzen (Tilden, 2018). Neben RTC-Studien und Studien im naturalistischen Setting benennt Tilden (2018) als dritte Evidenzebene die idiografische, die die persönliche Erfahrung der Klienten/Klientinnen umfasst. Je nach Passung zur Forschungsfrage stellen quantitative Studien mit großen Stichproben, kleinere Studien mit speziellen Fragestellungen, Verlaufsforschung, Einzelfallanalysen und qualitative Studien bedeutsame Erkenntnisquellen in der Psychotherapieforschung dar (Duncan & Reese, 2013).

In der Paar- und Familientherapie existiert seit über 30 Jahren Forschung zur Wirksamkeit der Interventionen (Sprenkle, 2012). Zusammenfassend stellt Schär fest, dass Paartherapie als wirksame Intervention anzusehen ist. Er bezieht sich dabei u. a. auf umfangreiche Studien von Shadish und Baldwin (2003, 2005), die auf sechs Metaanalysen basieren. Diverse Forschungsprojekte wiesen in den letzten Jahrzehnten nach, „dass Paartherapien und auch Präventionsprogramme für Paare die Partnerschaftszufriedenheit und die Interaktion zwischen den Paaren nachhaltig verbessern können." (Schär, 2016, S. 52).

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Paartherapie sowohl unter kontrollierten Bedingungen als auch in Feldstudien (vgl. Bodenmann, 2001b). Lebow, Chambers, Christensen und Johnson (2012) fassen zusammen, dass der Großteil der Paartherapie Wirkung zeige und bei ca. 70% der Fälle eine positive Veränderung zu verzeichnen sei. Belastender Partnerschaftsstress sei kein Problem, das sich ohne therapeutisch-beraterische Behandlung auflöse (Baucom, Hahlweg & Kuschel, 2003).

In ihrem Übersichtsartikel nennt Sydow (2014) ebenfalls eine Wirksamkeit der Paartherapie von 70%. Insbesondere bei psychischen Störungen wie Suchterkrankungen, Depressionen, Ängsten, somatischen Krankheiten, Ess- und Sexualstörungen sei Paartherapie indiziert (Sydow & Seiferth, 2015). Im Rahmen von Paartherapie lassen sich klinisch signifikante Verbesserungen nur bei 40 bis 50% der Klienten/-innen finden. In Follow-up-Untersuchungen von mehr als sechs Monaten verschlechtern sich die Ergebnisse der Paartherapie, wobei ca. ein Drittel der Klientenpaare Rückfälle erlebt (Sydow, 2014). Sydow konstatiert, dass insofern ein Forschungsmangel zur Wirksamkeit von Paartherapie bestehe als zu wenig Studien mit stark belasteten Paaren und Paaren mit komorbiden Störungen existieren. Die Forschung sei zudem selten an der klinischen Praxis orientiert und untersuche kaum längere Follow-up-Intervalle (Sydow, 2014, S.24).

Grundsätzliche Unterschiede in der Effektivität der verschiedenen paartherapeutischen Schulen zeigen sich in Metaanalysen nicht. Dies bestätigte u. a. die Studie von Dunn und Schwebel (1995), die sich in ihrer Metaanalyse ausschließlich auf Outcome-Studien paartherapeutischer Interventionsansätze bezogen, differenzierten allerdings nicht nach der Höhe des Stresslevels der Paarbeziehung. Snyder und Balderrama-Durbin (2012) verweisen auf den empirischen Wirksamkeitsnachweis bei sechs verschiedenen paartherapeutischen Ansätzen. Sie beziehen sich auf Studien zu traditioneller und integrativer Verhaltenstherapie, kognitiv-behavioraler Therapie, emotionsfokussierter Therapie, integrativer systemischer Therapie und einsichtsorientierter Therapie. Forschungsprojekte zu integrativer Verhaltenstherapie für Paare und emotionsfokussierter Paartherapie aus den zurückliegenden 10 Jahren ergaben, dass diese beiden als „evidence-based treatments“ mit einer ausreichenden Anzahl von Studien zur Wirksamkeit gleichermaßen überzeugende Ergebnisse vorweisen (Lebow et al., 2012). Fünf paartherapeutische Ansätze, die als evidenzbasiert anzusehen sind, werden in einem Überblick von Snyder, Castellani und Whisman (2006) angeführt. Es handelt sich um die traditionelle verhaltenstherapeutische Paartherapie, die kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie, die emotionsfokussierte Paartherapie, die integrative Paartherapie und die einsichtsorientierte Paartherapie, wobei die zugrunde gelegten Studien sich bezüglich der Anzahl und den Erhebungszeitpunkten unterscheiden. Christensen et al. (2004) berichten 71% klinisch

signifikante Besserung bei integrativer Verhaltenstherapie und 59% bei traditioneller Verhaltenstherapie mit Paaren. Doss, Thum, Sevier, Atkins & Christensen (2005) erforschten Veränderungsmechanismen bei einer klinischen Stichprobe von Paaren und nahmen dabei einen Vergleich von traditioneller und integrativer Verhaltenstherapie für Paare vor. Sie berichten, dass spezielle Verhaltensveränderungen den veränderten Grad der Paarzufriedenheit in frühen Zeitabschnitten der Paartherapie gut voraussagten, während emotionale Akzeptanz stärker mit Veränderungen der Paarzufriedenheit in Sitzungen der zweiten Hälfte der Paartherapie assoziiert war. Inzwischen ist hinreichend erforscht, dass Beziehungsstress und individuelle psychische Störungen wie Depression oder Angststörungen verknüpft sind. Forschungsergebnisse unterstreichen, dass Paartherapie einen bedeutsamen Faktor bei der Behandlung psychischer Erkrankungen darstellen kann. Traditionelle und integrative verhaltenstherapeutische Paartherapie z.B. fördern substantielle positive Veränderungen bei schwer und chronisch belasteten Paaren, die bei einem erheblichen Teil auch fünf Jahre nach der Therapie anhalten. Sogenannte Booster sessions in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren nach Ende der Paartherapie verbessern den Erfolg (vgl. Lebow et al., 2012).

Law und Crane (2000) zeigen auf, dass paar- und familienbasierte Interventionen, die nicht manualisiert sind, die Kosten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den sechs Monaten nach der Therapie über 20% senken konnten. Dies ist doppelt so viel wie bei Klienten /-innen mit Individualtherapie (Law, Crane & Berge, 2003). Effektivitätsstudien zu von familien- und paartherapeutischen Behandlungen weisen darauf hin, dass parallel medizinische Behandlungen weniger in Anspruch genommen werden. Insbesondere ist dies bei sogenannten „high-utilizern“ zu beobachten (Crane, 2007).

4.2.1 Wirksamkeit von Paartherapie aus klinischer Sicht

Aus klinisch-therapeutischer Perspektive stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit für Klienten/-innen in anderer Weise als aus der Sicht methodischer Wirksamkeitsforschung, wenn auch beide zusammenhängen. Darauf verweist Kriz (2018, S.285) und empfiehlt, diese Fragestellungen differenziert zu betrachten. Für die Unterscheidung von statistischer und klinischer Signifikanz bezüglich der Wirkung von Paar- und Familientherapie plädieren Shadish, Ragsdale, Glaser und Montgomery

(1997). Klinisch relevant sei eine Veränderung bei Paaren, die zu Beginn der Therapie eine Beziehungsstörung aufweisen und bei Beendigung nicht mehr Probleme haben als Paare in einer als nicht gestört eingestuften Paarbeziehung. Wenn bei Paaren zusätzlich zu schweren Beziehungsproblemen individuelle psychische Störungen der Partner bestehen, ist mit einer geringeren Ansprechbarkeit für Paartherapie zu rechnen (Snyder & Whisman, 2004). Andauernde Paarbeziehungsprobleme sind zudem mit geringerem Erfolg bei der Einzelpsychotherapie von psychischen Erkrankungen assoziiert, während im Rahmen von Paartherapie sowohl die Verbesserung der Paarzufriedenheit als auch eine Reduktion individueller depressiver und Suchtsymptome beobachtet wird (Whisman, 2013). Bodenmann (2013) verweist auf eine Studie von Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto und Stickle (1998), die ergab, dass rund 70% der Paare, die eine Paartherapie absolvierten, eine Besserung berichteten. Bei rund 50% der Paare halte diese positive Veränderung auch fünf Jahre nach Beendigung der Paartherapie an (Christensen, Atkins, Baucom & Li, 2010). Mit verschiedenen paartherapeutischen Ansätzen erreichen Paare statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich unterschiedlicher Partnerschaftsprobleme und ihrer Zufriedenheit mit der Paarbeziehung.

Unterschiedliche Metaanalysen und Reviews zeigen allerdings, dass sich auch bei höheren Effektgrößen nur bei ca. 50% der Paare eine signifikante Veränderung in der Partnerschaftszufriedenheit bei beiden Partnern zeigt (Sexton, Alexander & Leigh Mease, 2004; Shadish et al., 1993). Bei 30 bis 60 % der Paare treten innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der Paartherapie erneut signifikante Verschlechterungen auf (Snyder et al., 2006). Es sei davon auszugehen, dass viele Paare zu spät Paartherapie aufsuchen (vgl. Job, Bodenmann, Baucom & Hahlweg, 2014). Die Belastung der Paare habe bei der Inanspruchnahme der Paartherapie bereits ein beträchtliches Ausmaß angenommen. Zudem nehmen auch Paare mit hoher Ambivalenz bezüglich der Fortsetzung der Paarbeziehung oder Trennung Paartherapie wahr (Roesler, 2018; Wood, Crane, Schaalje & Law, 2005).

Häufig werden Paare aus randomisierten klinischen Stichproben zur Paartherapie bei belasteten Beziehungen ausgeschlossen, sobald ein Partner gravierende psychopathologische Symptome aufweist wie z.B. Depression oder Abhängigkeitserkrankung (Halford & Snyder, 2012). Die Metaanalyse von Wright, Sabourin, Mondor,

McDuff und Mamodhoussen (2007) bezieht 50 Paarinterventionsstudien mit dem Fokus auf Partnerschaftsstress und zusätzlich Paartherapie-Outcome-Studien mit Bezug auf Partnerschaftsstress plus komorbide Beziehungs- und psychische Störungen der Partner/-innen ein. Wie in den vorangehenden Meta-Analysen (Shadish & Baldwin, 2003, 2005) stellt die Studie fest, dass Paartherapie unter beiden Bedingungen dazu beiträgt, Stress in Paarbeziehungen zu vermindern, während in der No-Treatment-Bedingung kein derartiger Effekt gefunden wurde. Die Wirksamkeit Systemischer Familien- und Paartherapie bei Erwachsenen zeigte sich nach einer Meta-Inhaltsanalyse in der Mehrzahl der randomisierten kontrollierten Studien (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007). Insbesondere bei Depressionen, bei Substanzstörungen wie Alkoholmissbrauch und Missbrauch illegaler Drogen, bei Schizophrenie und, psychischen Problemen bei der Bewältigung chronischer Krankheiten ist die Wirksamkeit Systemischer Therapieansätze empirisch gut belegt (Schweitzer, Beher, von Sydow & Retzlaff, 2007).

4.2.2 Paartherapie und allgemeine Wirkfaktoren

Als allgemeine Wirkfaktoren oder „common factors“ werden Merkmale der Klienten/-innen, der therapeutischen Beziehung, der therapeutischen Technik sowie Erwartungen der Klienten/-innen verstanden (Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Schär (2010) weist darauf hin, dass hinsichtlich der Paartherapieforschung bislang kein allgemeines Übersichtsmodell existiert. Die Komplexität von Interventionen im Paarsetting können durch bestehende Modelle der Einzelpsychotherapie nicht adäquat abgebildet werden. Lebow (2017) konstatiert eine eindeutige Entwicklung hin zu integrativen Ansätzen in der Paartherapie, wobei in der klinischen Praxis die unterschiedlichen bewährten diagnostischen und Interventionsmethoden auf der Grundlage allgemeiner psychotherapeutischer Prinzipien eingesetzt werden können. Interventionsmodule, die sich in speziellen Problemkonstellationen bewährt haben, werden im Hinblick auf die Anliegen der Paare und Familien passgenau eingesetzt (Lebow, 2019).

Dass Paartherapie wirkt, ist aufgrund der Ergebnisse verschiedener Metaanalysen unbestritten. Unklar ist weitgehend noch, wie sie wirkt. Da fast alle paartherapeutischen Ansätze, deren Effektivität nach evidence-based Kriterien nachgewiesen ist, ähnliche Wirkungen in Bezug auf statistische und klinische Signifikanz zeigen,

gehen Forscher/-innen davon aus, dass diese Ansätze gemeinsame Wirkfaktoren aufweisen (Davis, Lebow & Sprenkle, 2012). Eine reine Orientierung an psychotherapeutischen Schulen innerhalb der Paartherapie erscheint als weniger konstruktiv. Aufgrund der komplexen intra- und interindividuellen Faktoren sowie der Kontextbedingungen, die zur Entwicklung, Aufrechterhaltung und Verschlimmerung von Paarbeziehungsstress beitragen, ist es vielmehr angezeigt, paartherapeutische Interventionen jenseits eines bestimmten Ansatzes auszuwählen (Synder, Castellani & Whisman, 2006). Mehrere Autoren/-innen präferieren einen integrativen paartherapeutischen Ansatz, der in moderater Weise allgemeine Wirkfaktoren und Wirkmechanismen einbezieht (Sexton, Alexander & Leigh Mease, 2004; Sprenkle & Blow, 2004). So werden unspezifische Veränderungsmechanismen in der Paartherapie identifiziert, die sich in drei Kategorien fassen lassen: *"changing the doing, changing the thinking, and changing the feeling"* (Davis et al., 2012, S.42). Die Verhaltensebene, kognitive Prozesse und Emotionen sollten im paartherapeutischen Prozess variabel und klientenbezogen bearbeitet werden. Dabei kommen psychotherapeutische Prinzipien aus unterschiedlichen Schulen zum Einsatz. Als zentrale Kompetenz des Paartherapeuten/der Paartherapeutin wird in diesem Rahmen die Fähigkeit gesehen, Entscheidungen über Interventionsebenen passgenau zu den Bedarfen und Kontexten der Klienten /-innen zu treffen (Blow, Davis & Sprenkle, 2007; Blow, Sprenkle & Davis, 2012).

Benson, McGinn und Christensen (2012) nennen fünf Psychotherapieschulenübergreifende wirksame Prinzipien der Paartherapie, die passgenau zu den Voraussetzungen und Bedürfnissen der Klientenpaare kombiniert werden. Der erste Aspekt bezieht sich darauf, einen Perspektivwechsel der Partner/-innen auf die Paarbeziehung zu initiieren und kontextbezogene statt eigenschaftsbezogener Attributionen des Verhaltens anzuregen. Das Paar sollte angeregt werden, die Sichtweise auf das benannte Problem zu verändern und dabei Sachlichkeit, Kontexteinbezug und Paarinteraktionsmuster zu fokussieren. Das zweite Prinzip beinhaltet eine Verhaltensveränderung in Bezug auf dysfunktionales Verhalten der Partner/-innen, das ursprünglich dazu dienen sollte, aversive emotionale Erfahrungen zu vermeiden. Diese Strategien wirken sich aktuell allerdings selbst- und partnerschädigend aus. Dabei kann es sich um physisch und psychisch gewalttätiges oder Suchtverhalten und massive

Störungen der Emotionsregulation handeln. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, die Indikation für eine individuelle Behandlung von Gewalttätigkeit und sexuellem Missbrauch zu prüfen, bevor ein paartherapeutisches Setting gewählt wird. Ein drittes Prinzip richtet sich darauf, den vermiedenen Ausdruck von Emotionen in der Paarbeziehung zu verringern. Der Emotionsausdruck der Partner/-innen wird gefördert, um die Angst vor Zurückweisung zu überwinden. Paare werden angeregt, sich dem/der anderen gegenüber zu öffnen und sich über ihre Gedanken, Motive und Gefühle sowie ihre Wünsche und Ängste bezüglich Bindung und Nähe auszutauschen. Das vierte Prinzip richtet sich darauf, konstruktive Kommunikationsmuster auf der Paarebene zu ermöglichen. Dies geschieht durch begleitendes Coaching des Paartherapeuten/der Paartherapeutin während der Sitzungen und durch psychoedukative Interventionen. Ziel ist, dass die Paare unterstützend und verständnisvoll miteinander sprechen und einander zuhören, um zu effektiven Problemlösungen zu finden. Der fünfte Aspekt greift Ressourcen und Resilienzfaktoren der Einzelnen und Stärken der Paarbeziehung auf. Gut funktionierende Bereiche werden fokussiert, positive Interaktionskreisläufe und positive Narrationen der Klienten/Klientinnen unterstützt.

4.2.3 Paartherapieforschung in Feldstudien

Die alltägliche klinisch-beraterische Praxis unterscheidet sich von Paartherapie im Rahmen von Forschungskontexten in vielfacher Hinsicht. In der Regel werden Klientenpaare nicht gezielt angeworben und vorausgewählt. Die Repräsentativität der vorhandenen empirischen Studien ist nach Wright et al. (2007) als mittelmässig einzustufen. Viele Paartherapien im Rahmen von Studien wurden von Therapeuten/-innen in Ausbildung durchgeführt. Die Anzahl der Sitzungen war im Voraus festgelegt, und die Interventionen waren hoch strukturiert. In Studien, in denen die therapeutischen Verfahren weniger strukturiert und die Therapeuten/-innen erfahrener waren, zeigten sich insgesamt größere Effektstärken (Wright et al., 2007).

In einer naturalistischen Studie zur langfristigen Wirkung von traditioneller und integrativer Verhaltenstherapie mit 134 Paaren zeigten sich fünf Jahre nach Abschluss der Paartherapie klinisch signifikante Veränderungen in der Beziehungszufriedenheit auf Paar- und Familienebene (Baucom, Atkins, Rowe, Doss & Christen-

sen, 2015). Bei langjährigen Paaren war die Wahrscheinlichkeit einer positiven Veränderung bezüglich klinischer Symptome zudem erhöht. In einer englischen Studie mit 877 Personen zur Wirkung von psychodynamisch orientierter Paartherapie unter naturalistischen Bedingungen zeigte sich eine signifikante Abnahme des individuellen Stressniveaus bei Frauen und Männern sowie eine moderate Verbesserung der Beziehungszufriedenheit (Hewison, Casey & Mwamba, 2016).

Eine schwedische Studie im Rahmen kommunaler Familienberatung zeigte signifikante Verbesserungen von Paarbeziehungsaspekten, der individuellen psychischen Gesundheit und gesteigerte Bewältigungsfähigkeiten der Partner/-innen. Die Ergebnisse bestätigten sich in Langzeit-Follow-up-Erhebungen (Lundblad & Hansson, 2006).

In einer Studie mit 161 heterosexuellen Paaren wurden Mediatorfaktoren für Veränderungen im Rahmen der Paartherapie und „Feldbedingungen" identifiziert und im Zusammenhang mit längerfristigen Verbesserungen der Paarbeziehungszufriedenheit betrachtet (Doss, Mitchell, Georgia, Biesen & Rowe, 2015). Als zentrale Prozesse, die die Paarbeziehungszufriedenheit längerfristig steigerten, stellten sich eine erhöhte emotionale Nähe zwischen den Partnern/-innen und das Ausmaß des psychologischen Stresses der einzelnen Partner/-innen heraus.

Halford, Pepping und Petch (2016) konstatieren in einer Metaanalyse eine Kluft zwischen hohen Effektgrößen bei Laborstudien und mäßigen bis geringen Effektgrößen bei Feldstudien zur Paartherapie. Möglicherweise liege diesem Unterschied unterschiedliche Motivlagen und Beratungsanliegen der Paare zugrunde. In Feldstudien werden sowohl Paare einbezogen, die ihre Beziehung verbessern wollen als auch solche, die vor der Entscheidung stehen, die Paarbeziehung fortzusetzen oder sich zu trennen. Weiterhin empfehlen die Autoren/-innen routinemäßige diagnostische Schritte zu Beginn der Paartherapie, bei denen sowohl die Einzelnen als auch die Paarbeziehung einem multimodalen Assessment unterzogen und die Ergebnisse mit dem Paar ausgewertet werden. Schlussfolgerungen für die Paarberatung unter naturalistischen Bedingungen seien, die Beratungsanliegen der Partner/-innen und die Belastungsfaktoren zu erheben und den Beratungsfokus gemeinsam mit dem Paar darauf auszurichten. Fortlaufend sollte über Klienten/-innen-Feedback eine Prozessevaluation zu Fortschritten und der therapeutischen Allianz erfolgen.

Die „Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie“ (Wiegand-Grefe, Zander & Cierpka, 2002) evaluierte Einzel-, Paar- und Familientherapieprozesse mit 130 Frauen und 99 Männern unter klinisch-naturalistischen Bedingungen aus Beratungsstellen, Ambulanzen, Kliniken und Praxen anhand eines sogenannten Basisdokumentationssystems (Cierpka, Wiegand-Grefe & Zander, 2000) und standardisierter Fragebögen. Die prospektive Studie im Prä-Post-Design diente der Effektivitätsuntersuchung von Paar- und Familientherapie und bezog sowohl die Perspektive der Klienten/-innen als auch der Therapeuten/-innen ein. Das Befinden der einzelnen Personen und die Funktionalität des Beziehungssystems wurden erfasst. Es zeigten sich signifikante Veränderungen im allgemeinen Erleben und Verhalten der Klienten/-innen und eine Besserung der genannten Probleme und der Beziehungen.

Der Forschungsansatz der allgemeinen Wirkfaktoren hebt die Bedeutung der Merkmale der Klienten/-innen hinsichtlich des Therapieerfolgs hervor (Hubble et al., 1999). In sogenannten patienten- oder klienten-fokussierten Forschungsansätzen wird Klientenfeedback im Verlauf des Therapieprozesses eingesetzt, um Fortschritte in der Therapie und die Qualität der therapeutischen Allianz zu überprüfen. In einer US-amerikanische Studie zur Effektivität der psychotherapeutischen Angebote in einem großen psychosozialen Zentrum in staatlicher Trägerschaft für Menschen, die an der Armutsgrenze leben, wurde ein einfaches Feedback-System eingesetzt (Reese, Duncan, Bohanske, Owen & Minami, 2014). Die Ratsuchenden markierten am Beginn jeder Beratungssitzung auf Linien wie sie den Stand ihres Wohlbefindens und ihre Zufriedenheit empfanden. Gefragt wurde nach dem individuellen Stress- bzw. Symptomniveau (z.B. bezgl. Depression), der Zufriedenheit mit nahen Beziehungen und in anderen sozialen Bezügen sowie nach dem Wohlbefinden insgesamt. Es zeigten sich ähnlich erfolgreiche Ergebnisse bezüglich der Symptomverbesserung wie bei Psychotherapien, die in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht wurden. Die Autoren plädieren dafür, in naturalistischen Beratungssettings über einfache Tools kontinuierlich ein Feedback der Klienten/-innen zu erheben, um zu überprüfen, ob diese von dem Beratungsangebot profitieren.

In der US-amerikanischen Paartherapiestudie in einem naturalistischen Setting von Reese, Toland, Slone und Norsworthy (2010) zeigten sich bei Paaren unter der

Feedback-Bedingung signifikant höhere Verbesserungen als bei Paaren, bei denen die Paartherapie unter den herkömmlichen Bedingungen durchgeführt wurde. Zudem traten die Verbesserungen schneller auf, wenn das Klientenfeedback genutzt wurde, und viermal mehr Paare berichteten klinisch signifikante Veränderungen bei Abschluss der Therapie. Die Norway Couple Study (NCS) (Anker, Duncan & Sparks, 2009), eine groß angelegte Paartherapiestudie unter naturalistischen Bedingungen, sowie weitere zugehörige Forschungsprojekte untersuchten u. a. die Effekte von Klientenfeedback auf die Effektivität der Paartherapie. Das Fazit dieser Forschungen besteht aus einer Mustervorlage für die Verbesserung der Wirksamkeit von Paartherapie, die die Qualität der therapeutischen Allianz, das differenzierte Assessment der Therapieziele der Paare, die Expertise des Paartherapeuten/der Paartherapeutin und als zentrales Element die Nutzung des Feedbacks der Klientenpaare beinhaltet (Sparks, 2015). Insbesondere der letztgenannte Punkt gebe den Klientenrückmeldungen ein deutliches Gewicht gegenüber spezifischen Theorien und Manualen zur Paartherapie, da das Feedback der Paare spezifische und passgenaue Interventionen für diverse Klientel und deren Bedürfnisse ermögliche.

Klienten/-innen als sogenannte Kundige wahrzunehmen und ihre subjektive Perspektive auf ihren Veränderungsprozess einzubeziehen, wird auch von Hargens (2005) deutlich eingefordert. Er konstatiert, dass in der psychotherapeutischen Literatur die Perspektive der Klienten/-innen kaum aufgenommen wird und nimmt dies zum Anlass, Therapeuten/-innen und Klienten/-innen gemeinsam zu Wort kommen zu lassen.

4.3 Forschung zur Paartherapie mit langjährigen Paaren

Empirische Studien zur Paartherapie mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen existieren in geringem Umfang. An der Universität Heidelberg (Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie) ist die „Spezialambulanz für ältere Paare“ angesiedelt (Riehl-Emde, 2006). Das Angebot der Beratung und Therapie im Paarsetting richtet sich an Paare im Alter zwischen 60 und 75 Jahren. Als Anlässe werden die Übergangssituation in den beruflichen Ruhestand, Kommunikationsprobleme und Burn-out in der Paarbeziehung, Belastung durch die im

Alter veränderte Sexualität als Paar, durch Erkrankungen sowie der Umgang mit Erinnerungen genannt (Riehl-Emde, 2002a, 2002b). Paartherapeutisch wird mit den Themen Lebenszyklus, Entwicklungsorientierung und Kollusion gearbeitet. Speziell bei älteren Menschen stehen nach den Erfahrungen in der Spezialambulanz Krisen häufig im Zusammenhang mit psychischen und zwischenmenschlichen Problemen, die sich in den nahen Beziehungen zu den Partnern/-innen oder den Kindern auswirken. Innerhalb kurzer Zeiträume können Paare im höheren Alter mit gravierenden Veränderungen bzw. Verlusten konfrontiert sein, deren Bewältigung die Eigenkräfte der Paare überfordern kann. Beispielsweise haben Erkrankung eines Partners/einer Partnerin Anpassungsprobleme bei beiden Partnern zur Folge. Der individuelle Rückblick auf die gemeinsame Paargeschichte fließt in die Neuorientierung und Umgestaltung der Paarbeziehung ein (Riehl-Emde, 2002b). Als Anliegen älterer Paare aus der Heidelberger Sprechstunde für Paare im Alter 60+ wurden Belastungen durch chronische Erkrankungen und Vulnerabilitäten und die daraus resultierenden Rollenveränderungen, Transitionsprobleme bei Eintritt in den beruflichen Ruhestand, chronifizierte Konflikte in der Paarbeziehung, nicht bewältigte vergangene Ereignisse, Außenbeziehungen und Mehrgenerationenkonflikte in der Familie erhoben (Riehl-Emde, 2014, 2015). Die Erfahrung aus diesen paartherapeutischen Prozessen zeigt, dass Paare im dritten Lebensalter (60 bis 75 Jahre) weniger Konflikte austragen als in jüngeren Jahren. Peters (2014a) verweist darauf, dass ein konfliktorientiertes therapeutisches Vorgehen bei Älteren eher nicht angezeigt ist, wenn ihre kognitiven und sozio-emotionalen Kompetenzen und Differenziertheit nachlassen. Das Ziel, positive Affekte und subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, gelingt Älteren bei höherer Gefühlsintensität, wie z.B. bei intensiven Konfliktsituationen in der Paarbeziehung, schlechter (Peters, 2014b). Ihre Affektregulationskompetenz kann eingeschränkt sein.

Im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) fand als Teilstudie eine Befragung von zwei Alterskohorten (Geburtsjahrgänge1930/32 und 1950/52) zur Paarbeziehung und dem subjektiven Wohlbefinden statt, bei der die jeweiligen Partner/-innen einbezogen wurden (Riehl-Emde, 2016b). Der Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität und dem subjektiven Wohl-

befinden wurde paarweise zwischen Mann und Frau sowie im Vergleich beider Alterskohorten untersucht. Ein Ergebnis der Studie ist, dass Paare, die ca. 50 Jahre alt sind, ihre Paarbeziehungen als intensiv und reich an Konflikten beschreiben, während Paare jenseits des 70. Lebensjahres eher dazu tendieren, ihre Konflikte zu begrenzen und sich zu arrangieren. Die Autorin regt an, in der Paartherapie die unterschiedliche Lebenssituation in verschiedenen Lebensaltern und unterschiedliche Ausgangssituationen zu berücksichtigen. Wenn der Körper aufgrund von Einschränkungen und Schmerzen zum „Organisator der Entwicklung" (Heuft, 1994) werde, sei es notwendig, dies bei psychotherapeutischen Prozessen mit Menschen insbesondere im vierten Lebensalter (70 bis 90 Jahre) einzubeziehen.

4.4 Beratungsbegleitende Forschung in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung

Paarberatung erfolgt in Deutschland zum überwiegenden Teil in institutionalisierten Beratungsstellen. Geschätzt werden ca. 10.000 Paarberatungsfälle pro Jahr in ca. 900 Beratungsstellen (vgl. Roesler, 2018, S.333). Diese Beratungsstellen sind dem psychosozialen Versorgungsbereich zugeordnet. Um die institutionellen Rahmenbedingungen für die Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung zu skizzieren, in der meine Studien angesiedelt waren, möchte ich einleitend einige strukturelle Informationen zum Arbeitsgebiet anführen. Der Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) dient als Kooperationsplattform für fünf Mitgliedsverbände freier Träger. Einer davon ist die Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung e.V., Telefonseelsorge und offene Tür e.V. (Kath. BAG). Zum Selbstverständnis heißt es:

> Der Deutsche Arbeitskreis versteht sich als fachliches Kooperationsforum für den Bereich Erziehungsberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Partnerschafts- und Sexualberatung. Thematisch behandelt der Deutsche Arbeitskreis Essentials und Standards der institutionellen Beratung, Fort- und Weiterbildungsstandards der Fachkräfte, er unterstützt wissenschaftliche Projekte, die der

> Weiterentwicklung der institutionellen Beratung dienen und führt sie auch durch. (DAKJEF, 2018).

In Deutschland nimmt die Katholische BAG die Aufgaben der Katholischen Bundeskonferenz Ehe-, Familien- und Lebensberatung (KBKEFL) und der Katholischen Konferenz für Telefonseelsorge und Offene Tür im rechtlichen und wirtschaftlichen Bereich wahr. „Die Katholischen Bistümer Deutschlands beschäftigen an ihren 350 EFL-Beratungsstellen 1.300 ausgebildete Beraterinnen und Berater, die sich einschließlich der "umgerechneten" Honorarstunden ca. 500 Planstellen teilen." (Katholische Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung). Zu den Grundlagen der institutionellen Beratungsarbeit gehören u. a. fachliche Qualitäts- und ethische Standards (DAKJEF, 2001, 2003a, 2003b).

Um die Effektivität von Paarberatung in institutioneller Trägerschaft unter Feldbedingungen langfristig zu erfassen, wurde in den 1990er Jahren von der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung e.V. in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Technischen Universität Braunschweig (Professor Kurt Hahlweg) das langfristig angelegte Projekt „Beratungsbegleitende Forschung" initiiert und durchgeführt, finanziell gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Klann & Hahlweg, 1994, 1995; Klann, 2002). Ziele der Studien waren die kontinuierliche, wissenschaftliche Kriterien entsprechende Evaluation der Beratungsergebnisse unter Feldbedingungen und die Qualitätssicherung und -entwicklung der Arbeit an den Beratungsstellen, um evidenzbasierte, klientenorientierte Interventionen zu entwickeln (Kröger, Klann, Hahlweg & Baucom, 2005; Scholl & Klann, 2016). Zwei bundesweite Studien im Rahmen der Beratungsbegleitenden Forschung (BF) fanden statt, wobei die zweite Studie als Replikation erfolgte, um die Ergebnisse der ersten auf Stabilität zu überprüfen (BF 1: Untersuchungszeitraum 1990 bis 1993 und BF 2: Untersuchungszeitraum 2000 bis 2001). Insgesamt waren an beiden BF-Studien 1152 Klienten/-innen beteiligt (Klann, 2002).

Klann und Hahlweg berichteten 1994 die Ergebnisse einer quasi-experimentellen prospektiven Studie zur Beratungsbegleitenden Forschung (BF 1), die an der Beratungspraxis der Beratungsstellen orientiert war. Die Datenerhebung erfolgte zu drei Zeitpunkten: vor der Beratung (prä), nach sechs Monaten Beratungsdauer (post) und nach weiteren sechs Monaten nach Beendigung des Beratungsprozesses (follow-

up). Einbezogen wurden 495 Klienten/-innen (234 Paare plus 21 einzelne Frauen und sechs einzelne Männer), die im Paar- und Einzelsetting Beratung wahrnahmen. Die Evaluation erfolgte anhand standardisierter Fragebogeninstrumente zur Selbsteinschätzung zu individuellen somatischen und psychischen Belastungen der Klienten/Klientinnen sowie zu Problembereichen der Paarbeziehung. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung wiesen über 40% der Frauen und circa 30% der Männer klinisch relevante depressive Verstimmungen auf. Somatische Beschwerden nannten rund 50% der Frauen und knapp 40% der Männer. Zu Beratungsbeginn zeigte sich im Fragebogen zur Einschätzung von Partnerschaft und Familie (EPF) (Klann, Hahlweg, Snyder & Limbird, 2006) bei den teilnehmenden Frauen und Männern insgesamt bei einigen Skalen ein T-Wert gleich oder größer als 60, was auf eine überdurchschnittliche Unzufriedenheit im Vergleich zur Normstichprobe des Fragebogens hinweist. Es handelte sich um die Globale Zufriedenheit mit der Paarbeziehung, Affektive Kommunikation, Problemlösung, Freizeitgestaltung und Zufriedenheit mit den Kindern. T-Werte gleich 60 ergaben sich bei Beratungsbeginn insgesamt bei den teilnehmenden Frauen bei Problemen in der Kindererziehung und Finanzplanung. Die an der Studie teilnehmenden Männer wiesen bei Beratungsbeginn insgesamt hinsichtlich der gemeinsamen Sexualität höhere Unzufriedenheitswerte auf als die teilnehmenden Frauen, während die teilnehmenden Frauen sich bezüglich der affektiven Kommunikation mit ihrem Partner und der Kindererziehung deutlich unzufriedener zeigten als die teilnehmenden Männer (Klann & Hahlweg, 1994, S.77f., S.248). Die Kombination von individuellen gesundheitlichen Belastungen und Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung verweist auf den engen Zusammenhang von Paarbeziehungsproblemen und gesundheitlichem Status. Bei der Messung zum Post-Zeitpunkt zeigten sich die Klienten/-innen insgesamt zufriedener mit ihrer Paarbeziehung, insbesondere, was den Austausch im affektiven Bereich betrifft. Sie konnten ihre Konflikte konstruktiv lösen, erlebten die gemeinsame Freizeitgestaltung positiver und waren weniger unzufrieden mit der gemeinsamen Sexualität (Klann, 1994, S.95). In den als hoch belastet berichteten Problembereichen Kindererziehung und Sexualität zeigten sich bei der geschlechtsspezifischen Auswertung keine signifikanten Veränderungen (Klann & Hahlweg, 1994, S.96f.). Eingeschränkt wird die Aussagekraft der Ergebnisse durch die Dropout-Rate von der Prä- zur Postmessung von 49%. An der Follow-up-

Messung der BF 1-Studie nahmen 24% der ursprünglichen Stichprobe teil, wobei ungeklärt bleibt, zu welchem Prozentsatz Beratungsabbrüche diesen Ausfall verursachen (Engl, Keil-Ochsner & Thurmaier, 2004). In der BF 2-Studie waren es 25%, die an der Post-Erhebung teilnahmen und 15% bei der Follow-up-Messung (Klann, Hahlweg, Baucom & Kröger, 2011). In einer Analyse der hohen Ausfallrate in der Beratungsbegleitenden Forschung von Kröger und Klann (2004) erwies sich als häufigster Grund für das Fehlen von Post-Daten, dass die Beratung zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch nicht abgeschlossen war. Über den Katamnesezeitraum von sechs Monaten blieben die Ergebnisse konstant (Klann, 2002).

Die Ergebnisse der Studie BF II bestätigen die Studie BF I. Daher kann das Fazit gezogen werden, dass Partnerschafts- und Eheberatung mittlere Effekte erzielt (Klann, 2002, S.172), wobei im Einzelfall die Passung von Problemlagen und Paarberatungsangebot genau zu prüfen sei (Scholl & Klann, 2016). Sowohl die individuelle Belastung durch depressive Symptome als auch die globale Problembelastung der Paarbeziehung verringerten sich vom Messzeitpunkt vor Beginn der Beratung zum Zeitpunkt bei Beendigung der Beratung. In einer Untersuchung zur Wirkung der Paarberatung auf die Sexualität der Paare und die sexuelle Zufriedenheit, die auf Datensätzen der BF-Studien beruht, wurde deutlich, dass die Beratung eine Verbesserung der globalen sexuellen Zufriedenheit bewirkt. Dieser Effekt zeigte sich nur bei Paaren, die zu Beratungsbeginn im Bereich der gemeinsamen Sexualität besonders hohe Belastungswerte aufwiesen (Kröger, Hahlweg & Klann, 2007). Zusätzlich wurde eine regionale Evaluation der Arbeit der Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen in katholischer Trägerschaft für das Bundesland Nordrhein-Westfalen durchgeführt (Kröger, Wilbertz & Klann, 2003). Diese prospektive Studie bestätigte insgesamt die Ergebnisse der BF-Studien. Das methodische Inventar der BF-Studien wurde darüber hinaus eingesetzt, um die Wirksamkeit spezifischer beraterischer Interventionsformen zu evaluieren (Engl & Thurmaier, 2004; Kröger & Sanders, 2005).

Um die letztgenannten Studienergebnisse zu aktualisieren, wurde eine bundesweite Evaluation in der institutionellen Paarberatung in katholischer Trägerschaft in Deutschland durchgeführt, die zum Ziel hatte, die Wirksamkeit des Beratungsangebotes bezüglich der Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen zu erfassen (Ro-

esler, 2016). Es handelt sich um eine naturalistische Outcome-Studie mit einem prospektiven Design zu drei Messzeitpunkten, zu Beginn und am Ende der Beratung sowie ein halbes Jahr nach Beendigung der Beratung. Es zeigten sich signifikante Veränderungen vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Verbesserungen wurden bezüglich der globalen Zufriedenheit mit der Paarbeziehung festgestellt, insbesondere in der affektiven Kommunikation, dem Problemlösen, den Konflikten um Finanzen, der sexuellen Unzufriedenheit, den Konflikten in der Kindererziehung und im dyadischen Coping. Auch die individuelle Belastung durch Depressivität veränderte sich hochsignifikant (Roesler, 2016, S. 94f.). Insgesamt stellt die Studie fest, dass die Effektivität der untersuchten Paarberatung mit dem allgemeinen Effekt von Paartherapie gleichzusetzen ist, wie sie in internationalen Studien berichtet wird (Roesler, 2016, S.95). Ob die Paare von der Paarberatung profitierten, hänge von dem Ausmaß der Belastung ab, die zu Beginn der Beratung bestehe. In der Gruppe der hochbelasteten Paare traten häufiger Beratungsabbrüche und eine Trennung der Paarbeziehung auf (Roesler, 2016, S.99).

Im Rahmen der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung in katholischer Trägerschaft führte Vogt (2004) eine Studie zur Wirksamkeit von Ehe-, Familien- und Lebensberatung mit älteren Menschen über 55 Jahren im Bistum Essen durch. Dabei kam das Inventar der Studien zur Beratungsbegleitenden Forschung (BF) (Klann & Hahlweg, 1994; Klann, 2002; Kröger et al., 2003) mit standardisierten Fragebogen zu 3 Messzeitpunkten (Prä-/Post-/Follow-up-Messung) zum Einsatz, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den BF-Studien zu ermöglichen (Vogt, 2004, S. 202). An der Studie unter Feldbedingungen nahmen 84 Paare (168 Ratsuchende) teil. Zur Post-Messung standen die Daten von 65% der ursprünglichen Stichprobe zur Verfügung. An der Follow-up-Messung nahmen 60 Klienten aus der ersten Stichprobe teil. Als Vergleichsstichprobe wurde eine altersunspezifische Stichprobe von Ratsuchenden aus Nordrhein-Westfalen herangezogen, bei der beide Partner/-innen jünger als 55 Jahre waren. Ziel der Erhebung war, die individuellen Belastungen und partnerschaftsbezogenen Problemfelder bei über 55jährigen Klienten/-innen zu erfassen, diese Befunde mit den Belastungen der jüngeren Beratungsklientel aus dem nordrhein-westfälischen Bereich zu vergleichen und mögliche Unterschiede in der

Wirksamkeit von Beratung bei älteren Ratsuchenden und anderen Altersgruppen festzustellen. Die Belastungen durch depressive und somatische Symptome zu Beratungsbeginn war bei den Älteren niedriger als bei der jüngeren Vergleichsgruppe. Bei der Einschätzung der belasteten Bereiche zeigten sich ebenfalls Unterschiede zwischen den älteren und den jüngeren Klienten/-innen. Über 55jährige nannten im Fragebogen Problemliste (Hahlweg, 1979, 2016) als konflikthafte Bereiche Sexualität, Freizeitgestaltung, Haushaltsführung und Wohnung, Freunde und Bekannte, persönliche Gewohnheiten des Partners, Gewährung persönlicher Freiheiten und Berufstätigkeit. Signifikante Abweichungen zur Vergleichsstichprobe wiesen die Bereiche Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder auf. Es zeigten sich bei den Teilnehmern/-innen signifikant positive Veränderungen in der Belastung bei den Erhebungen vor dem Beratungsbeginn und zu Beratungsende. Die Gesamtproblembelastung reduzierte sich vom Prä- zum Post-Erhebungszeitpunkt bei den Frauen stärker als bei den Männern. Bei beiden Geschlechtern verbesserte sich die globale Zufriedenheit mit der Partnerschaft signifikant, ebenso die Zufriedenheitswerte bezüglich der affektiven Kommunikation, der Problemlösung, und der gemeinsamen Freizeitgestaltung, Im Unterschied zu vorangegangenen Untersuchungen verbesserte sich die sexuelle Zufriedenheit bei der Erhebung zu Beratungsende signifikant. Bei den Frauen blieb die Zufriedenheit mit den (erwachsenen) Kindern stark belastet. Die depressiven Verstimmungen fielen zum Post-Erhebungszeitpunkt wesentlich geringer aus als zu Beginn der Beratung. Ebenso verringerte sich die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche Symptome in bedeutsamem Ausmaß, und zwar stärker als bei dem jüngeren Klientel in vorherigen Studien. Die Ergebnisse der Follow-up-Messung lassen darauf schließen, dass die positiven Veränderungen bei den über 55jährigen Klienten/-innen über den Zeitraum von sechs Monaten nach Ende der Beratung stabil blieben.

Eine Feldstudie vor dem Hintergrund der Konsistenztheorie von Grawe wurde im Rahmen der EFL-Beratung im Bistum Münster durchgeführt (Teglas, 2014). Mittels standardisierter diagnostischer Instrumente wurde die Belastung von 174 Klienten/Klientinnen zu drei Zeitpunkten erhoben: Eingangsmessung, Ergebnismessung und ein halbes Jahr nach Ende der Beratung eine katamnestische Messung. Fast die

Hälfte der Klienten/-innen nahmen nur an der ersten Messung teil. Eine große Bandbreite an klinischen und nicht-klinischen Störungen konnte diagnostiziert werden. Die häufigsten Primärdiagnosen (bei hoher Komorbidität) waren Majore Depression (28%), Somatoforme Störung (23,8%) und Angststörung (7,9%). Bei 16,5% wurde keine klinisch relevante Diagnose gefunden. Bei fast einem Drittel der Klienten/-innen konnte eine Persönlichkeitsstörung vermutet werden. Mehr als die Hälfte der Einzelklienten/-innen und 87% der Paare unterschritten den Grenzwert für eine zufriedenstellende Partnerschaft. Zuwendung, Sexualität und Vertrauen waren die am häufigsten genannten Problembereiche bei den Paaren in Beratungsprozessen. Die Themen persönliche Gewohnheiten und Zuwendung wurden am häufigsten von Einzelklienten genannt. Bei ca. zwei Drittel der Studienteilnehmer/-innen zeigte sich eine Besserung der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung zum zweiten Messzeitpunkt.

Retrospektive Untersuchungen im Bereich der Ehe-, Familien- und Lebensberatung in katholischer Trägerschaft wurden in Form von katamnestischen Nachbefragungen der Klienten/-innen von Vennen (1992), Vogt (1999) und Wilbertz (1999) sowie in der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Schlude-Niessen, 2002) und in der Erzdiözese München und Freising (Schmidt-Blechta, 2009) durchgeführt. Die Beratung wurde demnach von den Befragten überwiegend als hilfreich erlebt, und sie schätzten ihre Paarbeziehung als befriedigender und stabiler ein. Auch wenn Trennung und Scheidung die Beratungsthematik darstellten, wurde die Beratung als konstruktiv erlebt. Ein sehr hoher Anteil derjenigen, die an den Nachbefragungen teilnahmen, würden die Beratung weiterempfehlen. Allerdings wird auch bei Klientenbefragungen in anderen Settings eine höhere „consumer satisfaction“ festgestellt. Das Ausmaß der Zufriedenheit kann nicht unbedingt mit der Wirksamkeit der Beratung im Sinne einer Veränderung gleichgesetzt werden (Kröger, Wilbertz & Klann, 2003).

4.5 Forschung im Practitioner-Scientist-Modell

Paartherapie entstand ursprünglich aus einer eher intuitiven Praxis, der erst später eine wissenschaftliche Fundierung folgte. Inzwischen stehen vielfältige Forschungserkenntnisse im Kontext von Paar- und Familientherapie zur Verfügung, die

als Basis für die therapeutische und Beratungspraxis mit Paaren genutzt werden können (Lebow & Jenkins, 2018). Heekerens (2005) beschreibt die Entwicklung der Forschungsdesigns in der Psychotherapieevaluation von katamnestischen Studien über RTC-Studien (randomized controlled trial) bis hin zu kontrollierten Feldstudien, die unter naturalistischen Bedingungen zu validen Ergebnissen gelangen. Sogenannte Feldforschung könne seiner Einschätzung nach nur durch die Eigenmotivation der Psychotherapeuten/-innen vorangetrieben werden. Die erhöhte Relevanz der Ergebnisse solcher Studien für die alltägliche therapeutische Praxis könnte für die Praktiker/-innen motivierend sein, sich zusätzlich forschend zu betätigen.

Eine Kultur der Interaktion von Praxis und Forschung im Feld der Paarberatung und –therapie entwickelt sich allerdings nur langsam. Crane (2012) weist darauf hin, dass wissenschaftliche Forschung zur Paar- und Familientherapie Kosten und Nutzen der Umsetzung der entwickelten Interventionen in der Praxis der Paar- und Familientherapie evaluieren sollte. Koerner und Castonguay (2015) plädieren für mehr Zusammenarbeit von Wissenschaft und psychotherapeutischer Praxis, z.B. bei der Entwicklung und Durchführung von validen empirischen Studien im Rahmen der klinischen Routine, damit sie für Praktiker/-innen interessant und informativ sind. Das Engagement der Paartherapeuten/-innen in ihrem eigenen klinischen Arbeitsfeld solle gefördert werden. Im US-amerikanischen Raum setzt daher die universitäre klinische Ausbildung in Familien- und Paartherapie im Modell des/der „Scientist-Practitioner“ entsprechende inhaltliche Schwerpunkte. Die zukünftigen Praktiker/-innen im Bereich „mental health“ werden angeregt, parallel zu ihrer therapeutischen Ausbildung aktuelle Forschungsergebnisse zu rezipieren und darüber hinaus selbst zur Weiterentwicklung der Fachliteratur beizutragen, indem sie die eigene klinische Arbeit evaluieren (Crane, Wampler, Sprenkle, Sandberg & Hovestadt, 2002).

Für das Verhältnis von Forschung und Praxis der Paartherapie stellt Gurman (2011) fest, dass die Forschung wenig Einfluss auf die alltägliche paartherapeutische Praxis habe. Motivierend für Praktiker/-innen könne es beispielsweise sein, wenn sich die Forschung darauf richte, die Moderatoren und Mediatoren von therapeutischen Veränderungseffekten zu identifizieren und dies der Praxis zugänglich mache. Moderatoren werden verstanden als Variablen, die im Vorfeld der Therapie/Beratung vorhanden sind und die die individuellen Unterschiede in der Reaktion der Klienten/-

innen auf die therapeutischen Interventionen beeinflussen. Dazu gehört auch das Alter der Klienten/-innen. Als Mediatoren gelten therapeutische Prozesse, die bei den Klienten/-innen im Lauf der Therapie/Beratung bedeutsame Veränderungen in den Sitzungen hervorrufen und zu klinisch bedeutsamen Veränderungen außerhalb der Sitzungen führen. Lebow (2006) betont die Notwendigkeit, dass sich wissenschaftliche Forschung und klinisches Praxisfeld begegnen und sich gegenseitig über relevante Fragestellungen und Forschungsergebnisse informieren. Beispiele in der Paartherapie seien, dass Forscher über die Wirkung des Verhältnisses von positiven zu negativen Verhaltensweisen zwischen Partnern/-innen, über die Wirkungen positiver und negativer Konnotationen des Verhaltens des Partners/der Partnerin oder über das Phänomen der emotionalen Überflutung in Konfliktsituationen informieren. Paartherapeuten/-innen nähmen dieses Wissen auf und ließen es in ihre paartherapeutischen Prozesse einfließen. Andererseits sollten Forschungsprojekte von praxisrelevanten Fragen ausgehen und Kliniker/-innen ihre psychotherapeutische Praxis auf der Grundlage von für sie nützlich erscheinenden Forschungsergebnissen evaluieren und weiterentwickeln (Lebow, 2006, S.6).

Im deutschsprachigen Raum, insbesondere in der institutionellen Paarberatung, existieren wissenschaftlich belegte Erkenntnisse zur Wirkung von Beratung in geringem Maß. Engl, Keil-Ochsner und Thurmaier (2004, S.1) stellen beispielsweise fest, dass in den Beratungsstellen der katholischen Ehe-, Familien und Lebensberatung (EFL) in Deutschland jährlich über 100.000 Klienten/-innen Beratung wahrnehmen, aber „ein gravierendes Missverhältnis von Leistung in der Praxis und Forschung auf diesem Gebiet“ bestehe. Aufgrund einer Vielfalt von Merkmalen der Klientensysteme, der therapeutischen Ansätze und der eingesetzten Methoden in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung sei zum einen eine Normierung problematisch. Zum anderen existiere bislang keine Forschungstradition in den Einrichtungen, die zudem nicht über die personellen Kapazitäten dazu verfügten. Auf die Bedeutung empirischer Forschung zur Wirksamkeit im Rahmen institutioneller Beratungsangebote wird angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen und der Notwendigkeit, politisch zu argumentieren ebenfalls hingewiesen (Kröger, Haslbeck, Sanders, Dahlinger &

Teglas, 2007). Institutionelle Paarberatung bedarf der Präsenz in der gesellschaftlichen Diskussion und der familienpolitischen Anerkennung, um die notwendige Förderung zu erhalten.

5 ENTWICKLUNG DER FORSCHUNGSFRAGE

Die demografische Entwicklung in Deutschland spiegelt sich in der Altersstruktur der Ratsuchenden wider, die Ehe-, Familien- und Lebensberatung nachfragen. Der Anteil der Klientinnen und Klienten, die älter als 50 Jahre sind, beträgt in institutionellen Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft fast 30% (Ehe-, Familien- und Lebensberatung der Diözese Würzburg, 2018; Ehe-, Familien- und Lebensberatung Erzdiözese München und Freising, 2017) bis zu 38% (Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster, 2020). Bislang liegen nur wenige Studien vor, die Paartherapie und Paarberatung mit langjährigen Paaren zum Thema haben. Um älteren Menschen in langjährigen Paarbeziehungen ein Beratungsangebot machen zu können, das passgenau zu ihren Problemstellungen gestaltet ist, bedarf es aus meiner Sicht als Paarberaterin praxisfeldbezogener und differenzierter Forschungsergebnisse in diesem Feld. Diese Thematik fordert mich als Forschende und gleichzeitig in der therapeutischen und Beratungspraxis Tätige („practitioner-scientist“) dementsprechend heraus (Schmelzer, 2000). Die obengenannte Fragestellung berührt praxisfeldbezogene Reflektions- und Veränderungsprozesse des Beratungsangebotes für langjährige Paare und Kooperationsaspekte zwischen Einrichtungen im sozialen und Gesundheitsbereich, die von Älteren in Anspruch genommen werden (vgl. Fox, Green & Martin, 2007).

Im Rahmen meiner beiden hier vorgelegten Studien sollen individuelle und paarbezogene Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse von langjährigen Paaren erkundet werden, die Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben.

Ratsuchende Paare, die in langjährigen Beziehungen leben, nennen als Beratungsanlässe sowohl individuelle psychische und somatische Belastungen und Probleme - bei sich selbst und bei ihrem Partner/ihrer Partnerin - als auch Probleme in ihren nahen Beziehungen, insbesondere in ihrer Paarbeziehung (Klann, 2002). Durch den Übergang in die Lebensphase Alter ergeben sich neue Herausforderungen für den Einzelnen/die Einzelne und das Paarsystem, verbunden mit ganz speziellen Entwicklungsaufgaben. In einer langjährigen Paarbeziehung betreffen körperliche

und psychische Belastungen, chronische Erkrankungen eines Partners/einer Partnerin, Veränderungen im beruflichen und familiären Kontext sowie Verlusterlebnisse stets beide Partner/-innen.

Der interdisziplinäre Ansatz der Lebensspannenpsychologie bietet entwicklungsorientierte und kontextuelle Perspektiven an, um die Anforderungen an langjährige Paare in solchen Lebenssituationen zu betrachten und ihre Anpassungs- und Copingleistungen zu beschreiben (Brandstädter, 2007a). Ältere Paare zeigen beispielsweise bei Distress andere Copingstrategien als jüngere (Revenson, 1994). Die Bewältigungsstrategien des/der Belasteten bzw. Erkrankten sind ebenso herausgefordert wie die Verarbeitungsmechanismen des Partners/der Partnerin (Berg & Upchurch, 2007). Folgt man dieser dyadischen Betrachtungsweise, so sind im Rahmen der vorliegenden Studien insbesondere die Paarinteraktionsmuster von Interesse, die sich bei der Bewertung, Bewältigung und Anpassungsleistung an diverse körperliche und psychische Belastungsfaktoren und Einschränkungen sowie Rollenveränderungen im privaten und beruflichen Bereich herausbilden.

Die beiden vorliegenden Studien greifen diese Thematik auf, haben vorwiegend explorativen Charakter und sollen im Rahmen eines Suchprozesses dazu dienen, eine Übersicht über Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse im Rahmen der Beratung mit älteren Menschen in langjährigen Paarbeziehungen zu gewinnen. Dabei handelt es sich nicht um ein rein evaluatives Vorgehen bezüglich der Beratungsergebnisse. Der Schwerpunkt meiner Studien soll vielmehr auf inhaltlichen Aspekten liegen, die Paare in langjährigen Beziehungen bewegen, die Paarberatung aufsuchen. Die Intention explorativer Studien richtet sich darauf, dem Forschungsgegenstand möglichst nahe zu kommen und differenzierte Erkenntnisse und neue Hypothesen zu gewinnen (Mayring, 2007).

Indem die subjektive Perspektive der Ratsuchenden in Studie 1 über Selbsteinschätzungsfragebogen und in Studie 2 durch retrospektiv angelegten Interviews fokussiert wird, sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Welche individuellen und partnerschaftsbezogenen Belastungsfaktoren weisen Klienten/-innen im Alter 55 plus auf, die Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen aufsuchen und Beratung im Paarsetting wahrnehmen?

- Welche individuellen und paarbezogenen Problembereiche und Konfliktfelder benennen die Klienten/-innen in Bezug auf den eigenen Paarberatungsprozess?
- Welche Bewältigungsprozesse bzw. (Nicht-)Veränderungen in ihren individuellen Belastungs- und Konfliktbereichen sowie in der Qualität ihrer Paarbeziehung im Verlauf des Paarberatungsprozesses benennen die Klienten/-innen?
- Wie konnotieren die Klienten/-innen ihre individuellen Entwicklungsschritte und den Prozess der Paarbeziehung?
- Welchen Zusammenhang sehen die Klienten/-innen zwischen ihren individuellen und paarbezogenen Veränderungen und dem Paarberatungsprozess?

Um Belastungsfaktoren und Problembereiche bei langjährigen Paaren im Alter 55 plus zu identifizieren, zu differenzieren und mögliche Bewältigungsprozesse im Rahmen der Paarberatung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) zu erfassen, wählte ich einen Mixed-Methods-Ansatz, der quantitative und qualitative Analyseschritte kombiniert (Schreier & Ödag, 2010).

Nach Abschluss der ersten quantitativ ausgerichteten Fragebogen-Studie soll eine zweite qualitativ angelegte Interview-Studie vertiefende und weiterführende Einsichten ermöglichen. In meinem praxisbezogenen Forschungsprojekt erscheint mir eine Kombination von ergebnisbezogener und klientenbezogener Forschung angemessen und bereichernd, ebenso die Wahl adäquater methodischer Zugänge, die sich an den spezifischen Rahmenbedingungen der Beratung von älteren Paaren in langjährigen Beziehungen orientieren.

Daher entschied ich mich dafür, in einem ersten Schritt an vorhandene Forschung im Bereich der Ehe-, Familien- und Lebensberatung anzuschließen. In der Studie 1 werden individuelle und partnerschaftsbezogene Belastungsfaktoren und Problembereiche von Paaren, die Paarberatung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung wahrgenommen haben, mittels standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente zu Beginn und am Ende der Paarberatungsprozesse erfasst. Klienten/-innen im Alter 55 plus in Paarberatungsprozessen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung bearbeiteten Selbsteinschätzungsfragebogen zu stimmungsbezogenen Problemen, körperlichen Beschwerden, Problembereichen in der Paarbeziehung und zur allgemeinen Lebenszufriedenheit, die bereits in mehreren Forschungsprojekten in der

Ehe-, Familien- und Lebensberatung eingesetzt wurden (Klann, Hahlweg, Baucom & Kröger, 2011; Kröger, Wilbertz & Klann, 2003; Vogt, 2004).

Nach Auswertung der quantitativen Fragebogendaten sollen in der Studie 2 qualitative Einzelinterviews mit einer kleinen Stichprobe von Paaren im Alter 55 plus aus dem Pool der Studie 1 durchgeführt werden. Dabei sind Fragestellungen zu Belastungen, Problembereichen und Bewältigungsprozessen leitend, die sich aus der Auswertung der quantitativen Fragebogenergebnisse ergeben. In der Studie 2 stehen die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Klienten/-innen bezüglich ihrer individuellen Belastungen und der Qualität ihrer Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung im Mittelpunkt. Vertiefendend untersucht werden sollen die Anlässe für die Paarberatung, die Anliegen und Erwartungen der Partner/-innen an den Paarberatungsprozess, ihre individuellen Belastungen, ihre Einschätzung der Qualität ihrer Paarbeziehung, die Problem- und Konfliktbereiche und die Entwicklungs- und Bewältigungsprozesse auf der individuellen und der Paarebene im Zeitraum der Beratung.

Der Fokus meiner Studie 2 liegt darauf, wie die Klienten/-innen rückblickend ihre individuelle Situation und ihre Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung wahrnehmen, ob sie Auswirkungen der Paarberatung auf die Paarbeziehung, auf sich selbst und auf ihren Partner/ihre Partnerin beschreiben und ggf. welche sie beschreiben. Der relevante Forschungsgegenstand ist - aus systemischer Forschungsperspektive - das soziale System, hier also die langjährige Paarbeziehung. Die dynamischen Phänomene in kritischen Phasenübergängen, die sich in den Entwicklungsprozessen dieser Systeme ergeben, werden forschend betrachtet (Ochs & Schweitzer, 2012; Schweitzer & Ochs, 2016). Dies betrifft ältere Menschen in langjährigen Paarbeziehungen, die mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind.

In diesem Zusammenhang rücken im höheren Lebensalter Prozesse der Selbstregulation und motivationale Aspekte in der Gestaltung des individuellen Lebens und der langjährigen Paarbeziehung in den Vordergrund. Das Bedürfnis, sich in nahen Beziehungen sicher und positiv zu erfahren, nimmt im höheren Alter zu (Carstensen, Gross & Fung, 1998). Ältere Menschen berichten, dass sie sich im Kontakt mit seit Langem vertrauten Partnern/-innen am wohlsten fühlen (Charles & Piazza, 2007). Besonders im Umgang mit Verlusten im gesundheitlichen und sozialen Bereich oder

im Blick auf die verrinnende Lebenszeit werden Prozesse der Emotionsregulation eminent wichtig (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Gleichzeitig existieren in westlichen Kulturen wenig gesellschaftliche Normen für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase, insbesondere für langjährige Paarbeziehungen im höheren Alter.

Ältere in langjährigen Beziehungen sind daher herausgefordert, individuelle Lösungen für die anstehenden Probleme und Krisen zu generieren. Im entwicklungspsychologischen Ansatz der Lebensspannenpsychologie werden ältere Menschen als aktive und selbstverantwortliche Gestalter ihrer eigenen Entwicklung gesehen, die in der Gestaltung ihrer nahen Beziehungen Merkmale wie Plastizität, Heterogenität, selbstregulative Adaptation und Wirksamkeit zeigen (vgl. Lang, 2007). Grenzen finden diese Entwicklungsprozesse durch physische, biologische und soziale Faktoren und Kontexte. Neben altersbedingten Stärken in der Emotionsregulation und bei adaptiven Kompetenzen finden sich entsprechende altersbedingte Vulnerabilitäten (Charles, 2010). Das Vulnerabilität-Stress-Adaptations-Modell der Paarbeziehung postuliert, dass stresshafte Ereignisse, Belastungen und persönliche Vulnerabilitäten der Partner/-innen in einer Wechselwirkung mit der Qualität und Stabilität der Paarbeziehung stehen (Karney & Bradbury, 1995). In einer langjährigen Paarbeziehung sind somit kontinuierliche und zirkuläre individuelle und dyadische Entwicklungsprozesse gefordert. Beide Partner/-innen beeinflussen sich im Paarsystem in einem koregulativen Muster gegenseitig (Sbarra & Hazan, 2008; Diamond & Aspinwall, 2003). Im Rahmen meiner Studie 2 soll u. a. auf der Basis der hier zusammengefassten Befunde vertiefend erforscht werden, welche Strategien Ältere in langjährigen Paarbeziehungen zur Beziehungsgestaltung und Emotionsregulation in stressbelasteten Paarsituationen wählen.

EMPIRIE

6 STUDIE 1 – FRAGEBOGENERHEBUNG MIT PAAREN IM ALTER 55 PLUS

Um Problemfelder und Belastungskonstellationen bei ratsuchenden Paaren im Alter 55 plus zu identifizieren, zu differenzieren und mögliche Veränderungen und Bewältigungsprozesse im Rahmen der Paarberatung mit älteren Paaren in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) eines Bistums in Nordrhein-Westfalen zu erfassen, wähle ich methodisch ein Vorgehen in zwei Schritten.

6.1 Methode

In meiner Studie 1 werden mittels standardisierter Selbsteinschätzungsfragebogen individuelle und partnerschaftsbezogene Belastungsfaktoren und Problembereiche sowie diesbezügliche mögliche Veränderungen über eine quantitativ ausgerichtete Erhebung mittels standardisierter Selbsteinschätzungsbögen erfasst. Dies erfolgt bei Paaren im Alter 55 plus zu Beginn und am Ende ihrer jeweiligen Paarberatungsprozesse. Dabei handelt es sich nicht um ein evaluatives Vorgehen bezüglich der Beratungsergebnisse. Die Studie 1 hat vielmehr vorwiegend explorativen Charakter und dient - neben anderen Quellen - im Rahmen eines Suchprozesses dazu, eine Übersicht über Themen und Phänomene im Rahmen der Paarberatung mit langjährigen Paaren zu gewinnen und Fragestellungen für die qualitativen Interviews in meiner Studie 2 zu bahnen.

In einem zweiten Schritt erfolgen nach Auswertung der o.g. quantitativen Daten in der Studie 2 qualitative Einzelinterviews mit einer kleineren Stichprobe von Paaren im Alter 55 plus aus dem Pool der Studie 1. Die speziellen Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse bei langjährigen Paaren, die Paarberatung wahrgenommen haben, sollen vertieft untersucht werden. In der Studie 2 stehen die subjektiven Erfahrungen und die Bewertungen der Klienten/-innen über den Prozess ihrer Paarberatung im Mittelpunkt. Aspekte, die nach Auswertung der quantitativen Fragebogenergebnisse offengeblieben sind und der weiteren Untersuchung bedürfen, sollen dabei leitend sein.

6.1.1 Fragestellung der Studie 1 und Beschreibung der Fragebogenerhebung "Beratung mit Paaren im Alter 55 plus"

In der Studie 1 lege ich ratsuchenden Paaren im Alter 55 plus in Beratungseinrichtungen der EFL in katholischer Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen standardisierte Fragebogeninstrumente vor, um folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Welche individuellen und partnerschaftsbezogenen Belastungen und Konfliktbereiche weisen Klienten/-innen im Alter 55 plus auf, die Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen aufsuchen und Beratung im Paarsetting wahrnehmen?
- Welche Wirkungen bzw. Veränderungen ergeben sich in Bezug auf die erfassten Belastungs- und Konfliktbereiche sowie die Qualität der Paarbeziehung bei diesen Klienten/-innen im Alter 55 plus im Rahmen der Paarberatung in der EFL?

Ich gehe von der Annahme aus, dass sich Veränderungen in den Ergebnissen der Fragebogeninstrumente vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt beobachten lassen. Aufgrund von Evaluationsstudien zur Paarberatung (Klann, 2002; Vogt, 2004) ist eine Verbesserung der individuellen Belastung der Einzelnen und eine Reduzierung der Belastung der Paarbeziehung nach Abschluss des Paarberatungsprozesses zu erwarten.

Für die Studie habe ich standardisierte Selbsteinschätzungsfragebögen ausgewählt, die zu zwei Erhebungszeitpunkten zum Einsatz kamen: zu Beginn (T1) und unmittelbar nach Beendigung der Beratung (T2). Diese Erhebungsinstrumente sind speziell für den Einsatz im Rahmen der Paarberatung geeignet. Sie wurden in Studien zur Evaluation der EFL-Beratung im Rahmen der bundesweiten Projekte „Beratungsbegleitende Forschung I und II" (Klann & Hahlweg, 1994; Klann, 2002) eingesetzt, die in EFL-Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft in Deutschland durchgeführt wurden, sowie in einer regional begrenzten nachfolgenden Untersuchung in Katholischen EFL-Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Kröger, Wilbertz & Klann, 2003). Eine Studie zur Überprüfung der Effekte von Ehe-, Familien- und Lebensberatung speziell bei Menschen über 55 Jahren im Bistum Essen (Vogt, 2004) basiert ebenfalls auf diesen Fragebogeninstrumenten.

Ratsuchende Paare in EFL-Beratungsstellen nennen als Beratungsanlässe und -themen sowohl individuelle psychische und somatische Belastungen und Probleme

bei sich selbst und bei dem Partner/der Partnerin als auch dysfunktionale Muster in ihren Paarbeziehungen (Klann, 2002). Daher habe ich in meiner Studie 1 Selbstbeurteilungsinstrumente zu stimmungsbezogenen Problemen, körperlichen Beschwerden, Problembereichen in der Paarbeziehung und zur allgemeinen Lebenszufriedenheit eingesetzt.

Die differenzierte Betrachtung des Umgangs mit belastenden und problematischen Lebensbereichen und Themen in der Paarbeziehung und die subjektive Bedeutung des Paarberatungsprozesses in diesem Zusammenhang ist Gegenstand meiner qualitativ ausgerichteten Studie 2, die auf Einzelinterviews mit den Ratsuchenden beruht.

6.1.2 Durchführung der Fragebogenerhebung

Die Anfrage, sich an der Studie „Beratung mit Paaren im Alter 55 plus“ zu beteiligen, ging mit Unterstützung der Hauptstelle der EFL eines Bistums in Nordrhein-Westfalen an alle 36 EFL-Beratungsstellen im Einzugsgebiet (Stand November 2009). Entsprechende Informationen wurden schriftlich an die Beratungsstellen weitergegeben. In überregionalen Konferenzen und Gremien innerhalb dieser Beratungseinrichtung wurden mündliche Informationen zur Studie an die Berater/-innen gegeben, verbunden mit der Bitte, sich zu beteiligen und allen Paaren im Alter 55 Jahren und älter, die Beratung in der jeweiligen Beratungsstelle beginnen, die Anfrage weiterzureichen. 16 EFL-Berater/-innen aus insgesamt 10 EFL-Beratungsstellen der Einrichtung beteiligten sich gemeinsam mit ihren Klienten/-innen an der Erhebung. Ob die Anfragen tatsächlich an alle Paare weitergegeben wurden, die im Alter 55 plus waren und Paarberatung an den jeweiligen EFL-Beratungsstellen wahrnahmen, lässt sich nicht nachvollziehen.

Die Fragebogenerhebung fand im Zeitraum von Februar 2010 bis Januar 2012 statt. Mittels standardisierter Fragebogen zur Selbsteinschätzung wurden Daten bei Ratsuchenden erhoben, die in Beratungsstellen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung in katholischer Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen Beratung im Paarsetting und/oder Paargruppensetting wahrnahmen. Dies erfolgte zu Beginn (Prämessung) und am Ende (Postmessung) des jeweiligen Beratungsprozesses.

Die Berater/-innen gaben das Anschreiben mit Informationen zur Fragebogenerhebung und der Bitte, sich zu beteiligen, zu Beratungsbeginn an ratsuchende Paare

in ihrer Beratungsstelle weiter. Erklärten die Paare ihre Bereitschaft zur Beteiligung, so erhielten sie über den Berater/die Beraterin das Fragebogenpaket zum ersten Messzeitpunkt in Papierform. Die Berater/-innen holten die schriftliche Einverständniserklärung zur Beteiligung an der Studie bei den einzelnen Klienten/-innen ein. Diese Dokumente verblieben in der jeweiligen Beratungsstelle. Für die jeweilige Beratungsstelle und die Berater/-innen sowie für jeden einzelnen Klienten/jede Klientin wurden Codenummern vergeben, die die anonymisierte Weitergabe der Daten an die Untersucherin gewährleisteten und eine Zuordnung der Fragebogenantworten zu den beiden Messzeitpunkten ermöglichten.

Die Partner/-innen füllten die Fragebogen getrennt voneinander aus. Die Berater/-innen nahmen die ausgefüllten Fragebogen in einem verschlossenen Umschlag entgegen und leiteten diesen – versehen mit der Codenummer - an die Untersucherin weiter. Die Codenummer wurde nach einem vorgegebenen Schema generiert, dass die Zuordnung des Fragebogens zu einer Beratungsstelle, aber nicht zu einer der Klienten/-innen oder Berater/-innen ermöglichte. Alternativ konnten die Teilnehmer/-innen an der Studie die Fragebogen per Post an die Untersucherin zurücksenden. Auch in diesem Fall wurde die Codenummer durch den Berater/die Beraterin vergeben. Ein frankierter und adressierter Umschlag wurde in diesem Fall von der Beratungsstelle zur Verfügung gestellt. Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zu beiden Messzeitpunkten wurde den Beratern/-innen von der Untersucherin über die Adresse der Beratungsstelle zur Verfügung gestellt, wobei eine Anonymisierung der Berater/-innen und der Klienten/-innen durch die Codenummern gewährleistete wurde. Den Berater/-innen wurde es überlassen, ob und ggf. wie sie die Ergebnisse in den Beratungsprozess einbezogen.

Die Berater/-innen bestimmten, angepasst an die Dauer des jeweiligen Beratungsprozesses, individuell den Zeitpunkt für die zweite Messung. Sechs Monate nach Zusendung der Fragebogen zur Erstmessung fragte die Untersucherin bei der jeweiligen Beratungsstelle an und erinnerte daran, die Fragebogenbatterie zum Ende der Paarberatungsprozesse nochmals den Klienten/-innen vorzulegen. Die Berater/-innen wurden zudem gebeten, Angaben zum Beratungssetting, zur Anzahl und Frequenz der Beratungstermine und zur Dauer des Paarberatungsprozesses zu machen (s. 6.2.1).

6.1.3 Beteiligte an der Fragebogenuntersuchung

Die Stichprobe meiner Studie 1 zur Gewinnung der Daten anhand von Selbsteinschätzungsfragebogen besteht aus Klienten/-innen im Alter von 54 bis 79 Jahren, die in heterosexueller Partnerschaft leben und EFL-Beratung in katholischer Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen im Setting der Paarberatung wahrnahmen. Es wurden ausschließlich Klienten/-innen befragt, die jeweils gemeinsam mit dem Partner/der Partnerin eine Paarberatung in Anspruch nahmen.

Die Berater/-innen waren im Alter zwischen 33 und 64 Jahren und verfügten über Berufserfahrung zwischen einem und 34 Jahren im Bereich der Paar-, Familien- und Lebensberatung. Das Geschlecht der Berater/-innen wurde nicht erhoben, da ansonsten die Anonymisierung nicht gewährleistet ist. Da erheblich weniger männliche Berater als weibliche Beraterinnen in den beteiligten EFL-Beratungsstellen der Einrichtung tätig sind, wäre im Zusammenhang mit der jeweiligen Beratungsstelle die Zuordnung der Daten zu einem männlichen Berater möglich.

Die Berater/-innen stammen aus akademischen Grundberufen in den folgenden Bereichen: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Pädagogik, Theologie, Medizin. Die Berater/-innen haben psychotherapeutische und beraterische Aus- und Weiterbildungen im Bereich Paar-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung bei unterschiedlichen Trägern absolviert. Folgende Schwerpunkte der Beratungsarbeit wurden von ihnen genannt: Systemische Therapie, Transaktionsanalyse, Tiefenpsychologie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie. Vier Berater/-innen verfügen über die Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/-in.

6.1.4 Beschreibung der Selbstbeurteilungsinstrumente der Studie 1

In der vorliegenden Studie wurden Erhebungsinstrumente verwendet, die auf die Situation von ratsuchenden Paaren im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung zugeschnitten sind, da sie sowohl individuelle subjektive Belastungsfaktoren und Ressourcen der einzelnen Partner/-innen als auch ihre jeweilige Einschätzung der Paarbeziehung erfassen. Angaben zur Reliabilität der eingesetzten Fragebogeninstrumente finden sich in 6.2.2, zugeordnet zum jeweiligen Fragebogen.

Fragebogen zur Erhebung sozio-ökonomischer Daten

Schriftlich und anonymisiert erhoben wurden bei allen Probanden/-innen Angaben zur Person bezüglich Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Erwerbsstatus, Religionszugehörigkeit, Familienstand, Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner/der Partnerin und Anzahl der Kinder.

Diese Daten werden u. a. im Rahmen der jährlichen statistischen Erhebung in Katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen in Deutschland standardmäßig erfasst (Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung, 1999).

Problemliste

Bei der Problemliste (PL) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das von Hahlweg (1996) für den Einsatz in der Eheberatung entwickelt wurde. Die Problemliste kann im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung zur Beziehungsdiagnostik eingesetzt werden und eignet sich zudem zur Prozesskontrolle und Therapie- bzw. Beratungsevaluation sowie als Forschungsinstrument.

Die Problemliste enthält 23 Bereiche, die in Beziehungen häufig Anlass zu Konflikten geben, z.B. Finanzen, Freizeitgestaltung, Freunde und Verwandte, Temperament des Partners, Unterstützung und Zuwendung des Partners, Vertrauen, Sexualität, Kommunikation, Krankheiten, Sucht oder Tätlichkeiten.

Als Antwortalternativen stehen zur Verfügung: 0 = keine Konflikte; 1 = Konflikte, erfolgreiche Lösungen; 2 = Konflikte, keine Lösungen, oft Streit; 3 = Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber. Zum einen erfasst der Fragebogen die unbelasteten Bereiche der Paarbeziehung und die Bereiche der Paarbeziehung, in denen Konflikte bestehen. Zum anderen gibt er Auskunft darüber, wie die Probanden/-innen mit diesen Problemen umgehen, die Anlass zu Auseinandersetzungen geben, d.h., ob sie konstruktive Lösungen finden, ohne Ergebnis häufig streiten oder diese Probleme überhaupt nicht ansprechen. Das Fragebogeninstrument ermöglicht auch den Vergleich zwischen den Sichtweisen der Partner/-innen. Zur Verwendung im klinischen Bereich bzw. Paarberatungssetting wird die subjektive Problembelastung der Einzelnen im Hinblick auf partnerschaftliche Konfliktbereiche und deren Hierarchisierung durch Addition der mit "2" und "3" beantworteten Items erfasst. Nach Klann (2002) weist eine Differenz von mindestens drei Rohwertpunkten in den Kategorien „2“ und

„3“ von einem zum darauffolgenden Messzeitpunkt auf eine signifikante Veränderung hin.

Bezüglich der Konstruktvalidität zeigen sich signifikante Korrelationen (vgl. Klann, 2006) mit dem Fragebogen Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006), zur Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1992) und zur Beschwerden-Liste (BL) (Zerssen, 1976).

Stimmungsskala – Allgemeine Depressionsskala

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS) ist ein von Hautzinger und Bailer (1993) auf deutsche Verhältnisse adaptiertes Messinstrument zur Abschätzung von depressiven Symptomen in klinischen Kontexten außerhalb von Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012). Vorläufer ist die Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D) von Radloff (1977), die im Rahmen von Gemeindestichproben eingesetzt wurde. Die ADS liegt in der neu normierten zweiten Auflage vor (Hautzinger et al., 2012). In der vorliegenden Studie wurde die erste Auflage des ADS (Hautzinger & Bailer, 1993) verwendet, da die revidierte Fassung im Erhebungszeitraum meiner Studie noch nicht veröffentlicht war.

Die Klienten/-innen geben mit diesem Selbstbeurteilungsverfahren Auskunft darüber, ob und wie häufig bei ihnen in den zurückliegenden sieben Tagen typische Symptome für depressive Verstimmungen auftraten. Es wird die aktuelle Befindlichkeit erfasst. Die ADS eignet sich im Unterschied zu anderen Instrumenten zur Selbstbeurteilung für den Einsatz im nicht-klinischen Rahmen (Hautzinger et al., 2012).

Die in der vorliegenden Studie verwendete Langform mit 20 Items erfasst die Beeinträchtigung im Hinblick auf depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster (Klann, Hahlweg & Heinrichs, 2003). Dazu gehören Niedergeschlagenheit, Trübsinnigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Angst, Schweigsamkeit, Einsamkeit, Weinen, Traurigkeit, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Verunsicherung, Selbstabwertung, Leben als Fehlschlag, Missmut, empfundene Unfreundlichkeit und Ablehnung durch andere, Beeinträchtigung der Genussfähigkeit. Vier der Items sind umgekehrt gepolt, um stereotypen Antworttendenzen entgegenzuwirken.

Als Antwortalternativen zur Einschätzung des eigenen Befindens in den zurückliegenden sieben Tagen stehen zur Verfügung: 0 = kaum oder überhaupt nicht (weniger als einen Tag), 1 = manchmal (1 bis 2 Tage lang), 2 = öfters (3 bis 4 Tage lang), 3 = meistens, die ganze Zeit (5 bis 6 Tage lang).

Klann (2002) berichtet, dass der kritische Wert für das Vorliegen einer ernsthaften depressiven Verstimmung in deutschen Stichproben bei einem Summenwert von 23 liege. In der Neuauflage wird der kritische Grenzwert der Langform auf ≥22 korrigiert (Hautzinger et al., 2012). Werte über 29 sollen auf eine klinische Relevanz bezüglich Depression hinweisen. Als statistisch signifikant wird eine Veränderung des Summenwertes zu zwei Erhebungszeitpunkten um mindestens fünf Punkte angesehen (Klann et al., 2003, S.189).

Eine gute Übereinstimmung zeigt sich bei der Korrelation des ADS-Summenwertes mit anderen Selbsteinschätzungsinstrumenten, die als konstruktnah anzusehen sind (vgl. Hautzinger et al, 2012, S.18), wie z.B. dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995).

Beschwerden-Liste

Die Beschwerden-Liste (BL) wurde von Zerssen (1976) entwickelt und wird u. a. in den Bereichen Klinische Psychologie und somatische Medizin eingesetzt. Sie eignet sich sowohl für die Erfassung (chronischer) körperlicher Erkrankungen als auch psychischer Störungen. Die revidierte Fassung wurde 2011 von Zerssen und Petermann veröffentlicht. In der vorliegenden Studie habe ich die vorhergehende Fassung verwendet, da die Neuauflage der BL im Erhebungszeitraum meiner Studie noch nicht erfolgt war.

Die Beschwerden-Liste erlaubt eine quantitative Erfassung subjektiver körperlicher Beeinträchtigungen und Allgemeinbeschwerden. Ohne mögliche Ursachen einzubeziehen, erfasst sie das subjektive Krankheitserleben bzw. die subjektive erlebte Beeinträchtigung (Zerssen & Petermann, 2011). Inhaltlich finden sich Items aus den Bereichen Allgemeinbeschwerden ("Schwächegefühl"), spezielle lokalisierbare körperliche Beschwerden (z.B. "Schluckbeschwerden"), körpernahe Allgemeinbeschwerden (z.B. "starkes Schwitzen") oder psychische Beschwerden (z.B. "Grübelei"). In etlichen Studien zur ersten Auflage der BL zeigten sich in Korrelationsstudien – u.

a. über konstruktnahe und konstruktferne Verfahren - und im klinischen Setting über Gruppenvergleiche eine hohe Validität (vgl. Zerssen & Petermann, 2012, S.20).

Nach Klann (2002) bedeuten neun Punkte eine signifikante Veränderung zwischen zwei Messzeitpunkten.

Einschätzung von Partnerschaft und Familie

Der Fragebogen "Einschätzung von Partnerschaft und Familie" (EPF) (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006) ist die deutsche Übersetzung des von Snyder (1981) entwickelten "Marital Satisfaction Inventory" (MSI). Der EPF ist ein reliables, valides und multidimensionales Instrument, das die wichtigsten Aspekte partnerschaftlicher Interaktion erfassen soll und auf die Verwendung im Rahmen der Paarberatung zugeschnitten wurde. Im Rahmen der Paarberatung werden mit seiner Hilfe das Ausmaß der Belastung der Paarbeziehung und die Unzufriedenheit der Partner/-innen eingeschätzt.

Der EPF wird eingesetzt zur Eingangsdiagnostik, Beratungsplanung und Auswahl von Beratungszielen sowie zur Evaluation von Paarberatung und in Forschungsprojekten.

In der vorliegenden Studie kam die revidierte Fassung des EPF (Klann et al., 2006) zum Einsatz, die 150 Items zugeordnet zu 13 Subskalen enthält. Neben der zusätzlichen Skala Aggression wurden die Validitätsskalen "Inkonsistenz" und "Konvention" in diese revidierte Ausgabe des EPF aufgenommen.

Die 11 Subskalen des EPF geben Auskunft zu folgenden Problembereichen: Globale Unzufriedenheit mit der Partnerschaft (GUZ), Affektive Kommunikation (AKO), Problemlösen (PBL), Aggression (AGG), Gemeinsame Freizeitgestaltung (GFG), Konflikte um Finanzen (KOF), sexuelle Unzufriedenheit (SUZ), Rollenorientierung (ROR), Konflikte in der Ursprungsfamilie (KUF), Unzufriedenheit mit den Kindern (UZK), Konflikte in der Kindererziehung (KKE). Die Problematik von Antworttendenzen wird durch die hälftige Gestaltung der Frage-Items in positiver und negativer Formulierung aufgefangen.

Zwei zusätzliche Subskalen sind die Skala "Inkonsistenz" und "Konvention". Die Inkonsistenzskala (IKO) weist auf Personen hin, die die Items nachlässig oder zufällig beantworten. Durch den Vergleich von 20 Itempaaren, die inhaltliche Ähnlichkeit aufweisen, wird die konsistente bzw. inkonsistente Beantwortung erfasst. Die

Skala "eheliche Konventionen" (KON) zielt auf das Ausmaß, in dem bei der Beantwortung der Fragen die Ehe bzw. Paarbeziehung in sozial erwünschter Weise dargestellt wird.

Zur Anwendung des EPF im klinischen und Paarberatungsfeld werden für den Partner/die Partnerin jeweils Skalenwerte und entsprechende T-Werte berechnet. Anschließend erfolgt die Differenzbildung der T-Werte beider. Für die Auswertungszwecke meiner Studie 1 wurden die T-Werte und der Partnervergleich nicht genutzt, da keine Evaluation der Beratungsprozesse und/oder Ableitung einer beraterischen Strategien beabsichtigt war, sondern es um die Exploration von möglichen Problembereichen und Fragestellungen für die Interviews im Rahmen meiner Studie 2 ging. In der differenzierten Beschreibung der Fallvignetten zu den Interviews werden die T-Werte für die entsprechenden Paare jeweils individuell pro Partner/-in aufgegriffen (s. Paragraph 7.3.8).

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) von Henrich und Herschbach (2000) ist ein modularer Test zur Erfassung der Lebensqualität.

In der vorliegenden Studie wurde das Modul "Allgemeine Lebenszufriedenheit" (FLZ M-A) des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit verwendet. Es eignet sich, um die subjektive Lebensqualität bei gesunden und chronisch oder schwerwiegend kranken Probanden/-innen zu erfassen sowie zur Veränderungen über verschiedene Zeitpunkte zu messen.

Acht Items zu verschiedenen Lebensbereichen werden vorgelegt, die die allgemeine subjektiv empfundene Lebensqualität in den zurückliegenden vier Wochen erfassen. Diese Bereiche sind: Freunde und Bekannte, Freizeitgestaltung, Gesundheit, Einkommen, Beruf und Arbeit, Wohnsituation, Familienleben und Kinder, Partnerschaft und Sexualität. Zunächst werden die thematischen Bereiche auf einer fünfstufigen Likert-Skala nach subjektiver Wichtigkeit und darauf folgend nach Zufriedenheit beurteilt. Die Auswertung der globalen Lebenszufriedenheit erfolgt über die gewichteten Zufriedenheitswerte.

Die inhaltliche Validität und Konstruktvalidität ist überzeugend nachgewiesen (vgl. Henrich & Herschbach, 2000).

Erhebung bei den Beraterinnen und Beratern

Beim zweiten Erhebungszeitpunkt zum Abschluss der Paarberatung wurden die Berater/-innen gebeten, Angaben zum eigenen Grundberuf und zu ihrer professionellen Qualifikation sowie zum Beratungssetting, zur Anzahl der Beratungskontakte, zu den Intervallen der Beratungssitzungen und zum Beratungsabschluss zu machen.

6.2 Darstellung der Ergebnisse der Studie 1

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T1) liegen Daten der Fragebogen von 31 Paaren vor, d.h. insgesamt von 62 Personen (31 Frauen und 31 Männer). Sie waren im Alter von 54 bis 79 Jahren.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) bei Beendigung der Beratung wurden diesen 31 Paaren bzw. 62 Personen die Fragebogeninstrumente wiederum vorgelegt. Außerdem wurden die Berater/-innen zum zweiten Erhebungszeitpunkt um, anonymisiert Angaben zu Rahmenbedingungen des Paarberatungsprozesses gebeten.

Die Fragebogendaten von 18 Paaren - d.h. von 36 Personen - in der Altersspanne von 55 bis 72 Jahren flossen in den Vergleich der ersten mit der zweiten Erhebung ein. Diese Probanden/-innen hatten alle auch an der ersten Messung teilgenommen. Bei zweien dieser Paare (vier Personen) lagen zum Zeitpunkt der zweiten Messung lediglich die Angaben des Beraters/der Beraterin zu den Rahmenbedingungen des Beratungsprozesses vor. Bei den 16 Paaren, die sich zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt an der Erhebung über die Fragebogeninstrumente beteiligten, liegen jeweils die Fragebogenergebnisse von Frau und Mann vor.

26 Personen (41,9%) nahmen zum ersten, aber nicht zum zweiten Messzeitpunkt teil, d.h., dass 58% der Personen, die zum ersten Zeitpunkt befragt wurden, sich an der zweiten Messung beteiligten. Die Drop-out-Raten bei anderen Erhebungen mit Selbstbeurteilungsinstrumenten im Beratungsbereich fallen z. T. höher aus (Klann et al., 2011). Zu den Drop-out-Fällen zum Zeitpunkt der Postmessung erhielt ich in zwei Fällen mündliche Informationen der jeweiligen Berater/-innen, dass es sich um Beratungsabbrüche handelte, in einem Fall aufgrund von akuter Erkrankung eines Ratsuchenden. Zu den weiteren Ausfällen zum zweiten Erhebungszeitpunkt stehen keine Informationen zur Verfügung.

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm PASW 18 Statistics, Version 18 (SPSS). Alle Auswertungen beziehen sich auf ein Alpha-Niveau von 5.

6.2.1 Soziodemographische Daten – Beschreibung der Stichprobe

Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt nahmen je gleich viel Frauen und Männer an der Befragung teil. Beim ersten Erhebungszeitpunkt - zu Beginn der jeweiligen Paarberatungsprozesse - wurden bei 31 Paaren Daten erhoben (31 Frauen und 31 Männer). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt – zum Abschluss der Paarberatungsprozesse - wurden Daten von 18 Paaren (18 Männern und 18 Frauen) und 16 Beratern/-innen erhoben.

Die Mehrzahl der 62 Probanden/-innen zum Zeitpunkt der Prä-Messung war im unteren Segment der Altersspanne angesiedelt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T_1) waren 39 Personen zwischen 54 und 60 Jahren alt (63%), 23 Personen (37%) waren zwischen 61 und 79 Jahren alt (M_{T1} = 60.16, SD_{T1} = 5.45).

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T_2) flossen Daten von 36 Personen aus der ersten Messung ein (58%). Davon waren 27 Personen zwischen 55 und 60 Jahren alt (43,5 %), neun Personen (14,4%) waren zwischen 61 und 72 Jahren alt (M_{T2} = 58.97, SD_{T2} = 4.5).

Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 60 Probanden/-innen verheiratet, eine/r geschieden und eine/r ledig. Ein Paar lebte getrennt. Bei den zusammenlebenden Paaren betrug die Dauer des Zusammenlebens zwischen 132 und 598 Monaten (M_{T1} = 386.84, SD_{T1} = 157.58). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gaben 36 Personen an, verheiratet zu sein und zwischen 300 und 576 Monaten zusammen zu leben (M_{T2} =439.00, SD_{T2} = 62,74).

Sieben Probanden/-innen hatten zu beiden Erhebungszeitpunkten keine Kinder. Das Alter der Kinder variierte zwischen 18 und 48 Jahren zum ersten Erhebungszeitpunkt und zum zweiten Erhebungszeitpunkt zwischen 18 und 45 Jahren.

Der überwiegende Teil der Probanden/-innen hatte einen Hauptschulabschluss, gefolgt von Probanden/-innen mit Realschul- und (Fach)Hochschulabschluss (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Schulabschluss der Probanden/-innen zu den Messzeitpunkten T_1 (*N*=62) und T_2 (*N*=36)

Schulabschluss	T_1		T_2	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Hauptschulabschluss	24	38,7	14	22,6
Real-/Fach-/Fachoberschulabschluss	17	27,4	11	17,7
Hochschul-/Fachhochschulabschluss	16	25,8	10	16,1
Universitäts-/Fachhochschulreife	3	4,8	1	1,6
ohne Abschluss	1	1,6	0	0
unbekannt	1	1,6	0	0
Summe	62	100	36	58,1
Fehlend			26	41,9
Gesamt	62	100	62	100

Beim ersten Erhebungszeitpunkt waren 24 Probanden/-innen im Ruhestand (38,7%), 14 ganztags erwerbstätig (22,6%), 9 teilzeitbeschäftigt (14,5%), sieben arbeitslos (11,3%), fünf im Haushalt tätig (8,1%), eine/r in Umschulung (1,6%), und eine/r fiel unter Sonstiges (1,6%). Beim zweiten Erhebungszeitpunkt waren 12 Probanden/-innen im Ruhestand (19,4%), sieben ganztags erwerbstätig (11,3%), sieben teilzeit- bzw. zeitweise beschäftigt (11,3%), sechs im Haushalt tätig (9,7%), zwei arbeitslos, und eine/r fiel unter Sonstiges (1,6%).

Alle Probanden/-innen waren deutscher Nationalität. Die Religionszugehörigkeit verteilte sich beim ersten Erhebungszeitpunkt wie folgt: 40 Probanden/-innen

waren röm.-katholisch (64,5%), fünf evangelisch (8,1%), 14 gehörten sonstiger Konfession an (22,6%) und drei keiner Konfession (4,8%). Beim zweiten Erhebungszeitpunkt ergab sich folgende Verteilung: 27 Probanden/-innen waren röm.-katholisch (43,5%), zwei evangelisch (3,2%), und sonstiger Konfession waren sieben (11,3%).

Informationen zu Rahmenbedingungen der Beratungsprozesse

Die Berater/-innen wurden zum Abschluss des Beratungsprozesses gebeten, Angaben zum Beratungssetting zu machen. In 11 Fällen wurde ausschließlich Beratung im Paarsetting durchgeführt, in drei Fällen ausschließlich im Setting einer Paargruppe mit festgelegter Anzahl der Sitzungen. In einem Fall wurde zusätzlich zur Beratung im Paarsetting eine Einzelberatungssitzung durchgeführt. In zwei Fällen schloss sich an die Paargruppe ein Beratungsprozess im Paarsetting an. Alle Paarberatungsprozesse, bei denen zu beiden Erhebungszeitpunkten Fragebogendaten der Klienten/-innen vorliegen, wurden regulär beendet. Die Dauer der Beratungsprozesse wurde zwischen drei Monaten (Paargruppe) und 32 Monaten angegeben. Die Anzahl der Beratungskontakte pro Paarberatungsfall lag zwischen sechs und 24 Beratungsterminen, die Frequenz der Beratungskontakte betrug zwei bis vier Wochen. In 11 Beratungsfällen fehlten die Angaben zur Anzahl der Beratungskontakte. Die Zeitintervalle zwischen der Prä- und der Postmessung lagen zwischen zwei und 24 Monaten.

6.2.2 Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels der Fragebogeninstrumente

Meine Studie 1 umfasst eine relativ kleine Stichprobe, so dass die Anwendung statistischer Verfahren mit Vorbehalt erfolgt und auf grundlegende Schritte beschränkt wird. Die Fragebogenstudie dient dazu, Belastungsfaktoren und Problembereiche sowie Veränderungen bezgl. der individuellen Belastungen und der Belastungen der Paarbeziehung zu Beginn und am Ende der Paarberatung zu identifizieren. Diese Phänomene sollen in der Studie 2 anhand von Interviews mit einigen Teilnehmenden an der Studie 1 differenzierter betrachtet werden.

Die Reliabilitätsberechnungen für die Fragebogeninstrumente finden sich in den jeweiligen Abschnitten.

Für alle Ergebnisse der Fragebogenerhebung erfolgte die Bildung der Skalenwerte und Summen sowie die Berechnung der deskriptiven Statistik. Um zu überprüfen, ob sich die Werte der beiden Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden, wurden *t*-Tests unter Einbezug der Probanden/-innen gerechnet, von denen Fragebogendaten sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt vorliegen ($N = 32$).

Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels der Problemliste

Die Items der Problemliste wurden zur Auswertung rekodiert, d.h. in dichotome Items umgewandelt. Dazu wurden die beiden Antwortalternativen 0 = „keine Konflikte“ und 1 = „Konflikte/erfolgreiche Lösungen“ zusammengefasst zur Kategorie "0". Die beiden Antwortalternativen 2 = „Konflikte/keine Lösungen/oft Streit“ und 3 = „Konflikte/aber wir sprechen kaum darüber“ wurden zusammengefasst zur Kategorie "1". Auf dieser Grundlage wurden Summen gebildet. Da meine Studie 1 eine sondierende Funktion für meine Studie 2 hat, ist es ausreichend festzustellen, ob über die Problemliste ungelöste Konflikte angegeben werden und ob sich eine Veränderung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt beobachten lässt.

Die Reliabilitätsberechnung zur Problemliste zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Wert von *Cronbachs Alpha* = .82 ($N = 62$), zum zweiten Messzeitpunkt einen *Cronbachs-Alpha*-Koeffizient von .86 ($N = 32$). Diese Ergebnisse sind als gut einzustufen (Bortz & Döring, 2009, S.725).

Deskriptiv hat die Problembelastung der Probanden/-innen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt abgenommen. Berichtet werden die Mittelwerte ($M_{T1,}$ M_{T2}) und Standardabweichungen ($SD_{T1, T2}$) des *t*-Tests ($N = 32$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen bei gepaarten Stichproben für die Problemliste betragen $M_{T1} = 6.46$, $SD_{T1} = 4.91$ und $M_{T2} = 4.78$, $SD_{T2} = 4.75$.

Um zu bestimmen, ob es zwischen der ersten und der zweiten Messung mittels der Problemliste eine signifikante Verringerung der Problembelastung im partnerschaftlichen Bereich gibt, wurde ein *t*-Test für verbundene Stichproben gerechnet. Im *t*-Test für gepaarte Stichproben ergibt sich bei einer einseitigen Testung $t(31) = 1{,}801$, $p = .0405$. Gemäß meiner Hypothese, dass es im Verlauf der Paarberatung zu einer Verbesserung der individuellen Problembelastung kommt, hat es somit eine signifikante Abnahme der Werte in der Problemliste gegeben.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern ließen sich nicht nachweisen.

Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels der Allgemeinen Depressionsskala (ADS)

Die Skalenwerte der Allgemeinen Depressionsskala wurden gebildet.

Die Reliabilitätsberechnung der Allgemeinen Depressionsskala zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Wert von *Cronbachs Alpha* = .89, zum zweiten Messzeitpunkt einen *Cronbachs-Alpha*-Koeffizienten von .90. Diese Ergebnisse sind als gut einzustufen (Bortz & Döring, 2009, S.725).

Deskriptiv haben sich die Mittelwerte der Depressionsskala vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt leicht verringert. Berichtet werden die Mittelwerte ($M_{T1,}$ M_{T2}) und Standardabweichungen ($SD_{T1, T2}$) des *t*-Tests (N = 32). Die Statistik bei gepaarten Stichproben ergibt M_{T1} = 19.06, SD_{T1} = 9.82 *und* M_{T2} = 16.81, SD_{T2} = 9.90. Eine klinisch bedeutsame depressive Verstimmung wird ab einem Summenwert von ≥23 bzw. ≥22 angenommen (Hautzinger & Bailer, 1992; Hautzinger et al., 2012).

Um zu bestimmen, ob es zwischen der ersten und der zweiten Messung eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptome gibt, wurde ein *t*-Test gerechnet. Der *t*-Test für gepaarte Stichproben ergibt bei einseitiger Testung $t(31) = 1{,}147$, $p = .130$. Es zeigt sich somit entgegen der Vorannahme keine signifikante Abnahme der Belastungswerte auf der Depressionsskala. Die Werte der Stichprobe der Probanden/-innen, von denen Daten zu beiden Messzeitpunkten vorhanden sind (N = 32), lagen nicht über dem kritischen klinischen Wert (vgl. Hautzinger & Bailer, 1992).

Es zeigen sich keine signifikanten Interaktionseffekte bezgl. des Geschlechts.

Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels der Beschwerden-Liste (BL)

Wiederum wurden die Skalenwerte und Summen gebildet.

Die Reliabilitätsberechnung der Beschwerden-Liste zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Wert von *Cronbachs Alpha* = .93, zum zweiten Messzeitpunkt einen *Cronbachs-Alpha*-Koeffizienten von .92. Diese Ergebnisse sind als gut einzustufen (Bortz & Döring, 2009, S.725).

Um zu bestimmen, ob es zwischen der ersten und der zweiten Messung signifikante Unterschiede in den Werten der Beschwerden-Liste gibt, wurde ein *t*-Test gerechnet. Berichtet werden die Mittelwerte ($M_{T1,}$ M_{T2}) und Standardabweichungen

($SD_{T1, T2}$) des *t*-Tests (N = 32). Deskriptiv zeigt sich eine Abnahme der Werte der Beschwerden-Liste vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt (M_{T1} = 24.34, SD_{T1} = 14.35, M_{T2} = 20.71, SD_{T2} = 13.91).

Der *t*-Test bei gepaarten Stichproben ergibt bei einseitiger Testung $t(31)$ = 2,255, p = .0155. Somit zeigt sich in der Beschwerden-Liste eine signifikante Abnahme der Belastungswerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Die körperlichen Beschwerden der Klienten/-innen sind zum zweiten Messzeitpunkt reduziert, was der Vorannahme entspricht, dass subjektive erlebte Beeinträchtigung im Rahmen der Paarberatung nachlässt.

Für das Geschlecht ergibt sich kein signifikanter Effekt.

Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels des Fragebogens Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF)

Die Reliabilitätsberechnung des EPF zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Wert von *Cronbachs Alpha* = .94, zum zweiten Messzeitpunkt einen *Cronbachs-Alpha*-Koeffizienten von .94. Diese Ergebnisse sind als gut einzustufen (Bortz & Döring, 2009, S.725).

Es wurden Skalenwerte für alle Subskalen und Summenwerte gebildet. Auf eine Umwandlung der einzelnen Rohwerte der Subskalen in T-Werte - wie beim Einsatz in der Paarberatung laut EPF-Handbuch empfohlen (Klann, Hahlweg et al. 2006) - wurde hier verzichtet, da die Ergebnisse lediglich als Basis für die Entwicklung der Fragestellungen für meine Studie 2 dienen.

Deskriptiv ist bei einigen EPF-Subskalen eine Abnahme, bei anderen Subskalen eine Zunahme der Belastungswerte festzustellen. Um zu bestimmen, ob es in den einzelnen Subskalen eine signifikante Veränderung der Unzufriedenheitswerte von der ersten und zur zweiten Messung gibt, wurden *t*-Tests bei verbundenen Stichproben für alle Subskalen des EPF gerechnet. In Tabelle 2 werden die Mittelwerte ($M_{T1,}$ M_{T2}) der *t*-Tests (N = 32) berichtet. Bei den Subskalen Unzufriedenheit mit den Kindern (UZK) und Konflikte in der Kindererziehung (KKE) liegen die Werte von 29 Probanden/-innen vor. Die *p*-Werte beziehen sich auf eine einseitige Testung der Signifikanz (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF), Prä, Post, Mittelwerte (M), Standardabweichung (SD), t-Wert, df, p; (N=32; bei UZK und KKE N=29)

EPF	Prä		Post				
Subskalen	M_{T1}	SD_{T1}	M_{T2}	SD_{T2}	*t*	*df*	*p*
KON	6.87	2.76	5.96	3.47	2,078	31	.023*
GUZ	10.84	5.94	11.71	7.55	-1,109	31	.138 n.s.
AKO	5.34	3.78	6.75	4.21	-2,748	31	.005*
PBL	5.59	5.12	7.65	6.21	-2,639	31	.006*
AGG	7.59	2.38	7.87	2.40	-1,722	31	.047*
GFG	4.78	2.87	5.43	3.14	-1,336	31	.095 n.s.
KOF	8.65	2.08	9.00	2.35	-,968	31	.170 n.s.
SUZ	4.53	3.35	4.87	4.17	-,604	31	.275 n.s.
ROR	3.03	2.48	2.87	2.54	,524	31	.302 n.s.
KUF	3.84	2.71	3.93	2.69	-,373	31	.356 n.s.
UZK	8.41	2.04	8.75	1.68	-1,223	28	.116 n.s.
KKE	7.72	2.78	7.68	2.13	,090	28	.464 n.s.
IKO	9.50	1.84	8.50	1.95	2,538	31	.008*

Abk.: *$p < .05$ (einseitig getestet), n.s. = nicht signifikant
KON=eheliche Konventionen, GUZ=Globale Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, AKO=Affektive Kommunikation, PBL=Problemlösen, AGG=Aggression, GFG=Gemeinsame Freizeitgestaltung, KOF=Konflikte um Finanzen, SUZ=sexuelle Unzufriedenheit, ROR=Rollenorientierung, KUF=Konflikte in der Ursprungsfamilie, UZK=Unzufriedenheit mit den Kindern, KKE=Konflikte in der Kindererziehung, IKO=Inkonsistenz

Bei der Skala GUZ (Generelle Unzufriedenheit) ist deskriptiv eine Zunahme festzustellen, die sich im *t*-Test bei gepaarten Stichproben als nicht signifikant erweist, $t(31) = -1.109$, $p = .138$. Bei einigen EPF-Skalen zeigt sich hingegen eine signifikante Zunahme der Unzufriedenheit bezüglich der Paarbeziehung. Es ergeben sich bei einseitiger Testung bei der Skala AKO (Affektive Kommunikation) $t(31) = -2{,}748$, $p = .005$, bei der Skala PBL (Problemlösen) $t(31) = -2{,}639$, $p = .006$ und bei der Skala AGG (Aggression) $t(31) = -1{,}722$, $p = .047$. Eine signifikante Verringerung

der Werte weisen bei einseitiger Testung folgende Skalen auf: KON (eheliche Konventionen) $t(31) = 2{,}078$, $p = .023$ und IKO (Inkonsistenz) $t(31) = 2{,}538$, $p = .008$.

Systematische Drop-outs vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt lassen sich nicht feststellen.

Ergebnisse der Prä-Post-Messung mittels des Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit weist gewichtete Itemscores auf, die die subjektive Bedeutung eines Lebensbereiches und die Zufriedenheit mit diesem Bereich kombinieren (zur Formel vgl. Vogt, 2006, S. 212). Die Summenscores wurden gebildet.

Die Reliabilitätsberechnung des FLZ zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Wert von *Cronbachs Alpha* = .61, zum zweiten Messzeitpunkt einen *Cronbachs-Alpha*-Koeffizienten von .73. Diese Ergebnisse zur internen Konsistenz sind als eher unzureichend einzustufen (Bortz & Döring, 2009, S.725).

Deskriptiv haben die Werte zur Lebenszufriedenheit vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt geringfügig zugenommen. Berichtet werden die Mittelwerte ($M_{T1,}$ M_{T2}) und Standardabweichungen ($SD_{T1,\ T2}$) des *t*-Tests ($N = 32$). Im *t*-Test bei verbundenen Stichproben zeigt sich bei einseitiger Testung keine Signifikanz, $M_{T1} = 39.62$, $SD_{T1} = 32.94$, $M_{T2} = 39.90$, $SD_{T2} = 23.70$, $t(31) = -{,}069$, $p = .473$.

6.3 Diskussion der Ergebnisse der Studie 1

Anhand der Fragebogenergebnisse lassen sich bei meiner Stichprobe widersprüchliche Ergebnisse bezüglich der erhobenen subjektiven Belastungsfaktoren und deren Veränderung im Zeitraum der Paarberatung feststellen. Allerdings muss die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund des geringen Umfangs der Stichprobe als eingeschränkt angesehen werden.

Die Ergebnisse vorangehender Studien legen die Annahme nahe, dass sich die individuellen und dyadischen Belastungen und Probleme der Probanden/-innen im Zeitraum der Paarberatung verringern (Klann, 2002; Vogt, 2004). Die Ergebnisse werden im Folgenden entsprechend den Themenkomplexen der eingesetzten Fragebogen diskutiert.

Beschwerden

Erwartungsgemäß zeigt sich eine statistisch signifikante Abnahme der Belastungswerte sowohl in der Beschwerden-Liste und als auch in der Problemliste vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei den Klienten/-innen, die sich an beiden Befragungen beteiligten.

Die individuellen subjektiven körperlichen Symptome und Allgemeinbeschwerden, erfasst mittels der Beschwerden-Liste, waren zum Ende der Paarberatung durchschnittlich geringer geworden. Subjektiv schätzten die Befragten ihren Gesundheitszustand somit als weniger belastet ein. Die Beschwerden-Liste erlaubt es, die subjektiven Beschwerden zu quantifizieren. Die Werte der Befragten fallen zu beiden Erhebungszeitpunkten in den leicht bis deutlich erhöhten Bereich, zeigen sich allerdings zum zweiten Messzeitpunkt signifikant niedriger als beim ersten.

Die Ergebnisse der Beschwerden-Liste lassen keine Bestimmung der Ursachen der genannten Beschwerden zu. Erfasst wird lediglich die Höhe der globalen Beeinträchtigung des subjektiven Empfindens (Zerssen & Petermann, 2011). Möglich ist, dass die gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit dem höheren Lebensalter der Probanden/-innen stehen und eher erwartbare Symptome darstellen. Das Fragebogeninstrument Beschwerdenliste erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch gesundheitliche Beschwerden und gibt keinen quasi objektiven Gesundheitsstatus wieder. Ob ein Zusammenhang der subjektiv empfundenen Belastung und deren Veränderung mit den Erfahrungen im Rahmen der Paarberatung besteht, lässt sich aufgrund der Fragebogenerhebung nicht einordnen.

Diese Aspekte sind daher im Hinblick auf die qualitativen Interviews mit Klienten/-innen nach Abschluss der Paarberatung relevant und führen zu folgenden Fragestellungen für meine nachfolgende Interviewstudie: Welche Rolle spielen die gesundheitlichen Belastungen zu Beginn, während und nach Beendigung der Beratung? Worauf führen die Betroffenen ggf. ein Nachlassen der Beeinträchtigungen zurück? Sehen sie Verschränkungen mit der Qualität der Paarbeziehung?

Problembereiche in der Partnerschaft

In den Ergebnissen der Problemliste zeigt sich erwartungsgemäß die Reduktion der empfundenen Belastung. Die vier Antwortmöglichkeiten zur Problemliste wurden für die explorativen Zwecke meiner Studie 1 in zwei Kategorien aufgeteilt

(siehe 6.2.2), sodass verschiedene Arten, mit Konflikten umzugehen, zusammengefasst werden. Zum einen ergibt sich partnerschaftlicher Stress daraus, dass es häufig Streit zwischen den Partnern/-innen, aber keine Lösung für die Konflikte gibt und zum anderen dadurch, dass ungelöste Konflikte nicht angesprochen werden. Diese beiden Varianten wurden für die Auswertung in einer Kategorie zusammengefasst. Ebenso wurden die Antwortvarianten „keine Konflikte“ und „Konflikte/erfolgreiche Lösungen“ in einer Kategorie zusammengefasst, da sie nicht als negativer Stress für die Paarbeziehung zu werten sind.

Im Blick auf die nachfolgenden qualitativen Interviews in der Studie 2 ist für mich von Interesse, mit welchen Erfahrungen bezüglich ihrer Probleme und Konflikte die Klienten/-innen sich am Anfang der Paarberatung konfrontiert sahen, wie die Partner/-innen ihre Konflikte erlebten und wie sie damit umgingen. Weiterhin stellt sich die Frage, ob und ggf. wie die Befragten im Lauf der Paarberatung ihren Umgang mit den Problemen und Konflikten in der Paarbeziehung verändert haben, und was sie in diesem Prozess als hilfreich, was als weniger hilfreich empfanden.

Depressive Symptome

Entgegen der Vorannahme zeigt sich in den Fragebogenwerten keine signifikante Verringerung bezgl. der Belastung durch depressive Symptome. Deskriptiv haben sich die Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt leicht gesenkt. Insgesamt liegen die Werte zu beiden Erhebungszeitpunkten unter dem kritischen Grenzwert für eine klinisch relevante Belastung. Dies gilt sowohl, wenn die Ergebnisse der Probanden/-innen einbezogen werden, von denen zu beiden Messzeitpunkten Fragebogendaten vorliegen als auch, wenn diejenigen Befragten betrachtet werden, die nur an der ersten Messung teilgenommen haben. Die individuelle Belastung durch depressive Symptome (in subklinischer und klinisch relevante Ausprägung) und deren Auswirkung auf den interpersonellen Kontext und die Qualität der Paarbeziehung sollten in den nachfolgenden Interviews mit Klienten/-innen, die Paarberatung an einer EFL-Beratungsstelle wahrgenommen haben, Beachtung finden.

Zufriedenheit mit der Partnerschaft

Die Ergebnisse zum Fragebogen Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) sind nicht einheitlich. Signifikant verringert haben sich die Werte bei den EPF-Subskalen Konvention (KON) und Inkonsistenz (IKO). Die Beobachtung, dass sich die

Werte in der Skala Konvention verringert haben, kann darauf hinweisen, dass das Bemühen der Betreffenden nachgelassen hat, die Paarbeziehung im Sinne eines Harmonieideals als unrealistisch positiv darzustellen. Mittlere Werte in dieser Skala weisen bei Klienten/-innen, die Paarberatung wahrnehmen, darauf hin, dass sie sich der problematischen partnerschaftlichen Situation evtl. nicht stellen wollen (Klann et al., 2006). Im Blick auf meine Interviewstudie ist es von Interesse, wie die Klienten/-innen die Probleme in der Paarbeziehung zu Beginn und am Ende wahrgenommen haben, und ob und ggf. wie sich ihre Bereitschaft entwickelte, sich mit diesen Konflikten und Problemen auseinanderzusetzen und sich dem Partner/der Partnerin gegenüber zu öffnen. Für die Selbstöffnung der Klienten/-innen stellt die Qualität der beraterischen Beziehung einen wesentlichen Faktor dar (Asay & Lambert, 1999). Daher sollte in der Interviewstudie das Augenmerk auch darauf gerichtet werden, wie die Klienten/-innen die beraterische Beziehung im Lauf des Beratungsprozesses wahrnehmen. Von Interesse ist, ob die Betreffenden einen Zusammenhang zwischen der Qualität der beraterischen Beziehung und ihrer Bereitschaft sehen, mehr Selbstöffnung zuzulassen und ihre Perspektive auf die Probleme und Belastungskonstellationen in ihrer Paarbeziehung zu verändern. Die subjektiven Erfahrungen der Ratsuchenden bezgl. der beraterisch-therapeutischen Beziehung zwischen dem Paar und dem Berater/der Beraterin ist ein Aspekt, der in den nachfolgenden Interviews aufgegriffen und näher betrachte werden sollte.

Die Subskala IKO des EPF erfasst das Maß der Inkonsistenz, mit der die Antworten gegeben werden. Mittlere Werte weisen möglicherweise auf ambivalente Gefühle und Einstellungen der Befragten bezgl. der Paarbeziehung hin. Evtl. drücken sich in diesen Werten Widersprüche in der (Un-)Zufriedenheit mit der Paarbeziehung aus (Klann et al., 2006). Eine signifikante Verminderung der Werte vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt könnte auf mehr Klarheit bezgl. der eigenen Einstellung zur Paarbeziehung hindeuten. In den Interviews sollte dieser Aspekt aufgegriffen werden.

Von besonderem Interesse für die qualitativen Interviews sind die widersprüchlichen Ergebnisse der Problemliste und der drei Subskalen AKO, PBL und AGG des EPF-Fragebogens. Im Widerspruch zu den Ergebnissen der Problemliste (PL) zeigen sich beim EPF in einigen Subskalen beim zweiten Erhebungszeitpunkt erhöhte

Werte im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt. In den EPF-Subskalen Affektive Kommunikation (AKO), Problemlösen (PBL) und Aggression (AGG) ist bei den Beteiligten der Studie 1 insgesamt die subjektive Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant gestiegen. In der Stichprobe ist die subjektive Gesamtbelastung durch verschiedene Problembereiche der Paarbeziehung, wie sie durch die Problemliste (PL) erfasst werden, gesunken. Die Befragten geben im Rahmen des Fragebogens PL eine niedrigere Unzufriedenheit mit Konflikten an, die zu destruktiven Streitsituationen führen und keine Lösung erbringen oder mit nicht offen angesprochenen Konfliktthemen.

Die Subskala PBL des EPF erfasst, wie effektiv die Partner/-innen ihre Konflikte bewältigen. Mittlere Werte weisen auf länger anhaltende, meist chronifizierte Differenzen hin. Es wird z. T. vermieden, Probleme und Konflikte in der Paarbeziehung anzusprechen (Klann et al., 2006). In diesem Bereich geben die Befragten insgesamt eine signifikante Zunahme der Unzufriedenheit vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt an. Für die nachfolgenden Interviews sollten die subjektiven Erfahrungen und Einstellungen der Klienten/-innen zu Differenzen in der Paarbeziehung und zum partnerschaftlichen Problemlösen in den Blick genommen werden. Eine relevante Unterscheidung bezüglich der Paarbeziehung kann dabei die Differenzierung von Problemlösestrategien im instrumentellen und im emotionsbezogenen Sinne sein (Blanchard-Fields, 2007; Lazarus & Folkman, 1984). Zudem mögen Lösungen für Probleme, die den Partner/-innen von außen entgegenkommen, eine andere subjektive Bedeutung haben als Probleme in der Interaktion des Paares selbst. Besonders die subjektiven Perspektiven in einer langjährigen Paarbeziehung bei älteren Partnern sind von Interesse. Welche Copingstrategien verwenden sie bezüglich der Probleme und Belastungen in der Paarbeziehung und in der Interaktion mit dem Partner/der Partnerin, und wie bewerten sie diese Strategien?

Die Unzufriedenheit mit der emotionalen Intimität, die mit der Skala AKO in dem Fragebogen EPF gemessen wird, ist insgesamt vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt gestiegen. Die Skala AKO erfasst die emotionale Intimität, also das „Ausmaß an Zuneigung, Affektivität, Selbstöffnung und Verständnis, das vom Partner gezeigt wird“ (Klann et al., 2006, S.15). Für die qualitativen Interviews im Rahmen

meiner Studie 2 ist daher von Bedeutung, wie die Betreffenden die gegenseitige emotionale Erreichbarkeit und Unterstützung in verschiedenen Konfliktbereichen empfinden. Ebenso relevant für die Interviews ist, ob und wie konfliktträchtige Gefühle zwischen den Partnern/-innen im Zeitraum der Paarberatung angesprochen werden und wie dies subjektiv empfunden und bewertet wird.

In der Subskala AGG des EPF wird die Unzufriedenheit über verbale und physische Aggression und Einschüchterung erhoben (Klann et al., 2006). Hier ergab sich in meiner Studie 1 ein nicht erwartungsgemäßer Anstieg der Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Im Rahmen der Interviews sollten daher die Themen Anspannung, Stress, Emotionsregulation und Ärgermanagement im Zusammenhang mit der Paarbeziehung exploriert werden.

Die weiteren Subskalen des EPF betreffen ebenfalls relevante Bereiche der Paarbeziehung. Hier ergab sich keine signifikante Veränderung, was z. T. wiederum gegenläufig zu den Vorannahmen ist. Die Themen sexuelle Zufriedenheit (SUZ), Gestaltung gemeinsam verbrachter Zeit (GFG), Zufriedenheit mit den mehrgenerationalen Beziehungen (UZK) und Umgang mit finanziellen Fragen (KOF) sind Aspekte, die in der nachfolgenden Interviewstudie Beachtung finden sollten.

Lebenszufriedenheit

Im Blick auf meine sich anschließende Interviewstudie sind die subjektiven Kriterien der Partner/-innen für ihre Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und die Entwicklung der Zufriedenheit über die Zeit der Paarberatung interessante Gesichtspunkte.

Zusammenfassung der Fragestellungen für Studie 2

- Anknüpfend an die Ergebnisse meiner Fragebogenerhebung lassen sich zusammenfassend folgende Fragenkomplexe für die Interviewstudie entwickeln:
- Was war der Anlass, Beratung im Paarsetting anzufragen?
- Mit welchen Anliegen und Erwartungen haben die Klienten/-innen die Paarberatung begonnen?
- Welche spezifischen Beobachtungen machten sie im Lauf der Beratung zu ihrer individuellen Belastungsentwicklung und zur Belastung und Qualität ihrer Paarbeziehung?

- Welche Phänomene haben sie im Zeitraum der Paarberatung im Blick auf ihre Paarbeziehung bezüglich Emotionsregulation, Problemlösestrategien und Umgang mit Ärger wahrgenommen?
- Welche Entwicklung als Paar sehen sie bei ihrem Partner/ihrer Partnerin, sich selbst und in ihrer Paarbeziehung in diesem Zeitraum?
- In welcher Weise haben sie die Paarberatung genutzt?

In der Studie 1 wurden insgesamt keine Effekte bezgl. der Geschlechtsunterschiede festgestellt. Im Rahmen meiner retrospektiven Interviews zur Paarberatung mit ehemaligen Klienten/-innen ist die subjektive Perspektive der befragten Partner/-innen darauf relevant. Zu beachten ist, ob das Genderthema in den Aussagen der Interviewten vorkommt und ggf.in welcher Hinsicht sie Unterschiede zwischen den Geschlechtern als bedeutsam erleben. Möglicherweise zeigen sich Geschlechtereffekte bezüglich bestimmter Themen in den Interviews.

7 STUDIE 2 – INTERVIEWS MIT PAAREN IM ALTER 55 PLUS

Das gemeinsame Ziel meiner aufeinander folgenden Studien 1 und 2 ist die Erkundung der Belastungskonstellationen, Problemfelder, Veränderungen und Bewältigungsprozesse bei langjährigen Paaren, die Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben. Der Fokus liegt in beiden Studien auf der Selbsteinschätzung bzw. subjektiven Sicht der Klienten/-innen im Alter 55 plus.

In Studie 1 anhand von standardisierten Fragebogen mit Ratsuchenden im Alter 55 plus in langjährigen Paarbeziehungen lassen sich widersprüchliche Ergebnisse bezüglich der erhobenen subjektiven Belastungsfaktoren und deren Veränderung im Zeitraum der Paarberatung feststellen. Dies wirft Fragen auf und weist auf Themenkomplexe hin, die in meiner Studie 2 vertieft werden sollen (Mayring, 2001). Die vorliegende Studie 2 hat explorativen Charakter und soll das Feld der Beratungsprozesse mit älteren Paaren in langjähriger Partnerschaft tiefer erkunden und Informationen zu den Wirklichkeitskonstruktionen (Gergen & Gergen, 2009) der Befragten über sich selbst, ihre Paarbeziehung und deren Entwicklung im Zeitraum des Paarberatungsprozesses generieren. Ebenso ist von Interesse, wie die Befragten den Beratungsprozess selbst erlebt haben, und was ihnen daran retrospektiv bedeutsam erscheint.

7.1 Methode

Um die Ergebnisse der Studie 1 differenziert zu betrachten, ziehe ich in der Studie 2 in 10 qualitativen Einzelinterviews - mit 10 Partnern/-innen aus fünf langjährigen Paaren - die subjektive Perspektive der Ratsuchenden zu ihren Beratungsanlässen, Belastungen, Problemfeldern und Veränderungsprozessen im Rahmen von Paarberatung heran.

Hildenbrand führt Aspekte einer „Theorie professionellen Handelns in Beratung und Therapie“ (2008, S.38) an, die auf dem Forschungsstil der Grounded Theory (Strauss, 1991) fußen. Zentrale Elemente sind dabei, die Perspektive der Ratsuchenden einzunehmen, sich ihr zunächst anzuschließen und sie im Weiteren als Ausgangspunkt zu nutzen, um über Fragen neue Aspekte für die Prozesse im Beratungskontext und in der Lebenswelt der Ratsuchenden zu gewinnen. Mittels der aktiven Beteiligung der Ratsuchenden möchte ich Daten generieren, die ein lebensnahes,

konkretes Bild ihrer Wahrnehmungen, Deutungen und Wandlungsprozesse im Zeitraum ihrer Paarberatung ermöglichen.

Aus dem Methodenpool der qualitativen Forschung wähle ich hierzu Einzelinterviews mit Leitfragen im Hintergrund, die offen und narrativ angelegt sind (Mey & Mruck, 2007). Qualitative Interviews eignen sich, um die innere Sicht der Befragten zu einem Erfahrungsbereich zu erfassen und ihre Gedanken, Gefühle, Bewertungen und Absichten näher und differenziert kennen zu lernen (vgl. Patton, 2015, S.423 - 456). In der vorliegenden Interviewstudie richtet sich mein Interesse auf Ratsuchende in langjährigen Paarbeziehungen als Handelnde im Paarberatungsprozess. Meinen Fokus lege ich darauf, wie die Ratsuchenden sich selbst und den Partner/die Partnerin im Zusammenhang mit dem Paarberatungsprozess erleben: Wie nehmen sie ihr individuelles Handeln, ihre Kognitionen und Emotionen, die des Partners/der Partnerin, ihre Interaktionen mit dem Partner/der Partnerin und ihre Paarbeziehung wahr? Wie deuten und verstehen sie diese Phänomene?

7.1.1 Fragestellung der qualitativen Interviewstudie

Ziel der Studie 2 ist, die Narrationen der Interviewten offen aufzunehmen und gleichzeitig Fragen, die sich aus den Ergebnissen aus der Studie1 ergaben, mit einzubeziehen. Die Interviews werden daher im Kontinuum zwischen Strukturierung und Offenheit in Richtung Narratives Interview mit Leitfragen im Hintergrund angelegt. Die Befragten sollten möglichst großen Freiraum habe, ihre Sichtweisen darzustellen und das zu benennen, was ihnen bedeutsam erscheint. Dabei soll es insbesondere um die differenzierte Betrachtung ihrer Erwartungen vor Beginn des Paarberatungsprozesses, um die aktuellen Anlässe für die Beratung bei der Anmeldung und um ihre individuelle Sicht auf die Probleme in der Paarbeziehung und auf mögliche Lösungen gehen.

Im Folgenden gebe ich eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse meiner Fragebogenstudie, die die Grundlage der Fragstellungen für meine Interviewstudie bilden.

Die Klienten/-innen zeigten in der Beschwerdenliste (Zerssen, 1976) einen Rückgang ihrer körperlichen Belastungen und Beschwerden vom Beginn zum Ende der Paarberatung. Das subjektive Belastungsniveau lag allerdings zu beiden Erhe-

bungszeitpunkten im erhöhten Bereich. Im Rahmen der Interviews der Studie 2 erscheint die subjektive Bedeutung von Beschwerden, auch im Zusammenhang mit der Paarbeziehung, und der individuelle Umgang mit den Beschwerden als relevanter Punkt. Worauf führen die Befragten ein verändertes Niveau der Beschwerden zurück? Sehen die Befragten einen Zusammenhang zwischen einer Veränderung ihrer Beschwerden und ihrem Prozess während des Zeitraums der Paarberatung?

Ähnliches gilt für die etwaige Belastung der Paarbeziehung durch depressive Symptome der Einzelnen. In Studie 1 wurde die Belastung über die Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger & Bailer, 1992) erhoben. Vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ergab sich eine leichte, nicht signifikante Verringerung der Belastung durch depressive Symptome. Im Rahmen der Interviews ist ggf. die individuelle Bedeutung depressiver Symptome für die Paarbeziehung und die Paarberatungssituation relevant. Insbesondere bei der Frage nach dem Anlass, Paarberatung nachzufragen, sollen die Belastungen der Paarbeziehung durch Beschwerden und depressive Symptome beachtet werden.

Die Probleme in der Paarbeziehung wurden in Studie 1 über die Problemliste (Hahlweg, 1996), erfasst. Erwartungsgemäß verringerte sich die subjektive Problembelastung vom Beginn des Beratungsprozesses bis zum Ende. In den qualitativen Interviews sollen Informationen dazu erhoben werden, wie die Befragten die Konflikte mit dem Partner/der Partnerin erlebten und ob sie im Lauf der Paarberatung ihren Umgang mit den Problemen und Konflikten in der Paarbeziehung verändert haben. Weiterhin ist interessant, was sie in diesem Prozess als hilfreich, was als weniger hilfreich empfanden.

In Studie 1 wurde der Fragebogen EPF "Einschätzung von Partnerschaft und Familie" (Klann et al., 2006) eingesetzt. In den EPF-Subskalen „Affektive Kommunikation“, „Problemlösen“ und „Aggression“ zeigten sich gestiegene Unzufriedenheitswerte zum zweiten Messzeitpunkt am Ende der Beratungsprozesse. Diese Aspekte sollen in den Interviews Beachtung finden, um differenzierte Hinweise auf den Umgang der Partner/-innen mit diesen drei Dimensionen der Paarinteraktion über den Zeitraum der Beratung zu gewinnen. In den Interviews möchte ich erfassen, wie die Befragten rückblickend ihren eigenen Umgang mit emotionaler Intimität oder Ent-

fremdung in der Paarbeziehung wahrnehmen und wie sie die eigenen Emotionsregulationsprozesse und die ihres Partners/ihrer Partnerin einschätzen. Ein weiterer Aspekt für die Interviews soll der Umgang mit Problemlösen in der Partnerschaft sein. Ebenso interessant ist für mich die Frage, ob die Interviewten einen möglichen Zusammenhang der genannten Komponenten sehen.

Die Ergebnisse aus der Studie 1, dass sich die Werte auf den EPF-Subskalen „Konvention“ und „Inkonsistenz“ im Verlauf des Paarberatungsprozesses verringert haben, kann darauf hinweisen, dass im Zeitraum der Paarberatung ein Harmonieideal der Paarbeziehung aufgegeben wurde und kritische Themen in der Interaktion mit dem Partner/der Partnerin und die eigene Haltung zur Paarbeziehung deutlicher in den Fokus der Aufmerksamkeit rückten. Differenzierte Äußerungen der Befragten können hierzu weitere Erkenntnisse bringen.

Ausgehend von den Ergebnissen der Studie 1 ergeben sich somit folgende Fragestellungen für die Studie 2: Wie ist die subjektive Sichtweise der Klienten/-innen auf ihre persönliche Situation und ihre Paarbeziehung zum Zeitpunkt des Beginns der Paarberatung? Was war der Anlass, gerade zu diesem Zeitpunkt Beratung in der EFL nachzufragen? Welche Veränderung nehmen die Interviewten rückblickend über den Zeitraum der Paarberatung wahr, in Bezug auf ihre Person, auf ihren Partner/ihre Partnerin und die Qualität der Paarbeziehung? Wie schätzen sie die Qualität ihrer Paarbeziehung während des Zeitraums der Paarberatung und nach Beendigung des Beratungsprozesses ein? Was ist den Klienten/-innen im Verlauf des Paarberatungsprozesses im Blick auf sich selbst und ihre/-n Partner/-in darüber hinaus wichtig gewesen? Welche Erfahrungen haben sie mit dem Berater/der Beraterin gemacht? Was hat aus der subjektiven Sicht der Befragten zu Veränderungen oder Nicht-Veränderung in der Beziehung zum Partner/zur Partnerin und in den Interaktionsmustern als Paar geführt? Sehen sie eine Verbindung zum Beratungsprozess, und wenn ja, welche?

Die sexuelle (Un-)Zufriedenheit in der Paarbeziehung, die Qualität gemeinsam verbrachter Zeit sowie die Beziehungen zwischen den Generationen der Familie können ebenfalls relevante Themen in den Interviews sein. In Studie 1 wurden diesbezüglich keine signifikanten Veränderungen über den Zeitraum der Paarberatung gefunden.

7.1.2 Begründung der Methode Einzelinterviews

Im Blick auf Phänomene und Prozesse eines Paares, das Beratung im Paarsetting wahrgenommen hat, wäre es möglich gewesen, die jeweiligen Partner/-innen gemeinsam zu interviewen. Das Paarinterview als Methode trägt gleichzeitig Elemente eines teilnarrativen Einzelinterviews und einer Gruppendiskussion in sich. Es fokussiert vor allem dyadische und interaktionelle Phänomene und ist nicht nur auf die semantischen Inhalte der Befragten ausgerichtet (vgl. Kruse, 2015, S.159).

Die vorliegende Untersuchung strebt keine diagnostische Erhebung von Interaktionsmustern und Kommunikationsroutinen der befragten Paare an, sondern will die subjektiven rekonstruktiven Perspektiven der Befragten bezüglich des gemeinsamen Paarprozesses und der je einzelnen Anliegen erfassen. Gerade der individuelle subjektive Blick und die subjektive Deutung von Prozessen stehen im Mittelpunkt. Bei einer Einzelbefragung haben die Partner/-innen potentiell mehr autonomen Spielraum, was die Dynamik der Erzählsituation besonders färbt. Kruse (2015, S.161) weist auf die Unterscheidung von Hildenbrand hin, der Konsens- und Dissensfiktionen in Paarbeziehungen benennt. Themenkomplexe und Perspektiven, die innerhalb einer Paarbeziehung dissent konstruiert werden, können im Einzelinterview leichter zum Vorschein kommen als im Paarinterview. Allerdings ist es möglich, dass unausgesprochene und/oder unbewusste Vereinbarungen des Paares die (Nicht-)Offenlegung von Dissens steuern (vgl. Kruse, 2015, S.164). In Einzelinterviews kann die gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsdynamik des Paares nicht direkt erfasst werden. Im Vergleich der Einzelinterviews mit den jeweiligen Partnern/-innen jedoch können die subjektiven Perspektiven in Verbindung gebracht werden.

7.1.3 Die Interviewerin

Als Autorin der vorliegenden Arbeit habe ich die Interviews selbst durchgeführt. Gute Kenntnisse des Untersuchungsfeldes sind durch meine Qualifikation als Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und langjährige Erfahrung als Paarberaterin im Bereich der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung gewährleistet. Zum Zeitpunkt der Interviews war ich 53 Jahre alt.

Es lässt sich fragen, welchen Einfluss die mehrfachen Rollen, die ich als Untersucherin eingenommen habe, auf die Durchführung und Auswertung einiger Interviews genommen haben. Zum einen ergibt sich ein Vorteil dadurch, dass ich in

sechs der 10 Interviewsituationen über direkte Hintergrundinformationen bezgl. der interviewten Klienten/-innen verfügte, da ich mit ihnen einen Paarberatungsprozess abgeschlossen hatte. Das Vertrauensverhältnis zu diesen Befragten bestand bereits aufgrund des vorangegangenen gemeinsamen Beratungsprozesses und musste nicht erst zu Beginn des Interviews aufgebaut werden.

Andererseits könnten die Befragten ihre Betrachtungen zum Beratungsverlauf und zum Verhältnis zur Beraterin im Sinne der sozialen Erwünschtheit zensiert haben, wenn die Interviewerin gleichzeitig die frühere Beraterin war. Meine Erfahrung während der Interviews zeigte, dass die Interviewten die Person der Interviewerin eher als neutrale Instanz behandelten und in ihren rückblickenden Beiträgen – quasi wie von einem außerhalb des Beratungssettings gelegenen Punkt aus - gemeinsam mit ihr auf die Zeit blickten, in der sie Paarberatung wahrgenommen hatten.

Meine Vorerfahrungen aus den gemeinsamen Paarberatungsprozessen mit einigen Befragten berührt ein grundlegendes erkenntnistheoretisches Problem, nämlich das der Kontrolle des von der Forscherin mitgebrachten Vorwissens. Vorwissen strukturiert die Wahrnehmung. Daher war es für mich eine Herausforderung, meine Hypothesen und Konstruktionen aus den vorangegangenen Beratungsprozessen mit den Befragten als solche explizit wahrzunehmen und während der Interviews gleichzeitig offen zu bleiben für neue Perspektiven der Befragten. Selbstreflexivität gilt als Kerncharakteristikum qualitativer Sozialforschung (Patton, 2015, S.71f.). Nach Kruse (2015) "bedeutet Offenheit (…), in reflexiver theoretischer Sensibilisierung für das eigene Relevanzsystem dieses versuchen zu kontrollieren… denn ansonsten verstehen wir vom fremden Sinnsystems nichts…" (S.71). Die temporäre Irritation der Forschenden ist somit eine Voraussetzung für neue Erkenntnis. Kruse verweist im Zusammenhang mit Interviewkonstellationen auf die Verschränkung der Aspekte von Fremdheit und Vertrautheit: „Vermutlich wird eine am stärksten thematisierungsförderliche Interviewkonstellation/-situation geschaffen, wenn sich die Kommunikant/innen zwar kognitiv fremd, aber emotional vertraut bzw. sympathisch sind." (Kruse, 2015, S.301).

Aufgrund meiner verschiedenen Rollen als Beraterin und Interviewerin sowie meiner professionellen Sozialisation als Psychotherapeutin war es für mich wichtig,

die Unterschiede zwischen qualitativen und therapeutischen Befragungen zu reflektieren und bewusst zu gestalten (Patton, 2015, S.425). Aus meiner Sicht gelang es mir weitgehend, in den Interviews eine offene, neugierige und neutrale Haltung umzusetzen. Kurzzeitig war ich in einer Interviewsituation schwankend, welche Rolle ich einnehmen sollte. Als der Befragte von seinen aktuellen Suizidgedanken erzählte, wechselte ich für eine kurze Sequenz in die Rolle der Beraterin, die sich ein Bild vom aktuellen Grad der Gefährdung und möglichen Hilfesystemen des Befragten machte. Durch weitere klärende Informationen, die ich von dem Befragten erhielt, konnte ich wieder in die Haltung der Interviewerin wechseln und in Rücksprache mit ihm das Interview weiterführen.

7.1.4 Auswahl der Probanden/-innen für die qualitativen Interviews

Ich entschied mich, qualitative Interviews mit Klienten/-innen aus dem Pool der Studie 1 zu führen, die zu beiden Messzeitpunkten an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten. Dabei sollten jeweils beide, Frau und Mann eines Paares, einzeln befragt werden. Personen, die die Beratung abgebrochen hatten, wurden in dieser Studie nicht befragt, da diese Stichprobe eine andere Perspektive für die Fragestellung ergeben hätte. Zudem wollte ich die Möglichkeit nutzen, die individuellen Ergebnisse der Fragebogen zu Beginn und am Ende des Paarberatungsprozesses mit den Aussagen in den einzelnen Interviews in Verbindung zu setzen.

Die Studie 1 anhand von standardisierten Selbsteinschätzungsfragebogen wurde anonymisiert durchgeführt, so dass mir lediglich die jeweilige EFL-Beratungsstelle bekannt war, an der die teilnehmenden Klienten/-innen Beratung im Paarsetting wahrgenommen hatten. Die Berater/-innen blieben auf eigenen Wunsch über die Kodierung der Fragebogen anonym. Die entsprechenden Unterlagen für die an der Studie teilnehmenden Klienten/-innen und die Berater/-innen wurden mit einer individuellen Kodierung versehen und von mir postalisch über die jeweiligen EFL-Beratungsstellen, an denen die Beratungsprozesse stattfanden, an Berater/-innen und Klienten/-innen weitergegeben. Auf diese Art erhielt ich die Unterlagen mit den ausgefüllten Fragebogen und Angaben der Berater/-innen auch zurück. Ein direkter Kontakt seitens der Untersucherin zu den Klienten-Paaren war daher nicht möglich.

Um Paare für die Interviews im Rahmen der Studie 2 zu gewinnen, habe ich über die Beratungsstellen entsprechende Anschreiben an die Berater/-innen aus der

Studie 1 weitergeleitet. In diesen Informationsschreiben wurden die Berater/-innen gebeten, die Paare, die zu beiden Messzeitpunkten an der Fragebogenstudie teilgenommen hatten, zu den retrospektiven Einzelinterviews nach Beendigung des Beratungsprozesses einzuladen. Auch auf mehrfache Nachfragen an die beteiligten EFL-Beratungsstellen hin gab es keine Reaktion auf diese Einladung. Daher entschied ich mich, Klienten/-innen aus Paarberatungsprozessen anzufragen, die ich selbst geführt hatte. In der Folge konnte ich drei Paare zur Teilnahme an den Interviews gewinnen, mit denen ich selbst Paarberatungsprozesse abgeschlossen hatte und die sich an der Fragebogenstudie zu beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt hatten. Mit Verzögerung erklärten sich zwei weitere Paare zu den Einzelinterviews bereit, die Beratung bei zwei anderen Berater/-innen aus unterschiedlichen EFL-Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen wahrgenommen und sich zuvor an der Fragebogenstudie zu beiden Zeitpunkten beteiligt hatten.

Die Interviews wurden sämtlich von mir selbst durchgeführt. Aus dem Pool der Paare, die sich an der Studie 1 mit Selbsteinschätzungsfragebogen zu beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt hatten (vgl. Kap. 3.1), wurden auf diese Weise ehemalige Klienten/-innen für qualitative Interviews jeweils im Einzelgespräch mit beiden Teilen eines Paares gewonnen. Die untersuchte Stichprobe bestand aus $N = 10$ Klienten/-innen, jeweils fünf Frauen und fünf Männern, die zu fünf Paaren gehören. Alle 10 befragten Personen hatten Beratung im Paarsetting im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung in katholischer Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen wahrgenommen. Sie waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 55 und 72 Jahren alt. Die Paare waren alle in erster Ehe verheiratet, die Ehedauer betrug zwischen 24 und 48 Jahren. Alle Paare haben erwachsene Kinder im Alter zwischen 20 und 45 Jahren. Vier der Paare hatten Beratung im Paarsetting wahrgenommen, ein Paar hatte zunächst an einer Paargruppe teilgenommen und im Anschluss Beratung als Paar wahrgenommen.

7.1.5 Durchführung der Interviews

Mit 10 Klienten/-innen, die Paarberatung im Rahmen der einer Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle wahrgenommen haben, habe ich retrospektiv angelegte Interviews durchgeführt. Die 10 Interviews wurden im Zeitraum von März bis November 2011 geführt. Sie fanden in den Räumlichkeiten der EFL-Beratungsstellen

statt, in denen die Klienten/-innen Paarberatung wahrgenommen hatten. Die Umgebung war den interviewten Personen daher vertraut.

Die Interviews wurden mit den Partnern/-innen einzeln geführt. Für die Interviews habe ich ein teilstandardisiertes Vorgehen gewählt. Die Reihenfolge der Fragen war bis auf die Eröffnungs- und die Abschlussfrage nicht festgelegt und wurde flexibel dem Verlauf der Befragung angepasst, um den Redefluss der Befragten nicht zu unterbrechen (Mayring, 2002, S. 66). Die Interviews waren im Kontinuum zwischen Strukturierung und Offenheit in Richtung Narratives Interview mit Leitfragen im Hintergrund angelegt.

Das Einverständnis mit der Audio-Aufnahme des Interviews und Notizen der Interviewerin wurde jeweils geklärt. Das Einverständnis zur anonymisierten Verwendung der Gesprächsinhalte im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung wurde schriftlich eingeholt (Primär- und Sekundärverwendung der Audio-Daten). Die ungefähre Dauer des Interviews und das Verhalten der Interviewerin wurden angekündigt. Die sozio-demografischen Daten der Befragten wurden bereits im Rahmen der vorangegangenen Fragebogenerhebung in Studie 1erfasst**.**

In den sechs Interviews, die ich mit ehemaligen Klienten/-innen aus meinen eigenen abgeschlossenen Beratungsprozessen führte, entfiel die sogenannte Joining- oder Anwärmphase des Interviews, da die Beteiligten bereits gut miteinander bekannt waren. In den vier Interviews, in denen die befragten Personen die Interviewerin vorher nicht kannten, stellte ich mich zunächst kurz vor. Die Kontaktaufnahme gelang sehr schnell. Es ist zu vermuten, dass die Interviewten ihr Vertrauen in ihren ehemaligen Berater/ihre Beraterin auf mich als Interviewerin übertrugen, zumal ich als Kollegin von dem/der ehemaligen Berater/-in angekündigt worden war.

7.1.6 Dauer der Einzelinterviews

Die Länge des Interviews wurde durch zum einen durch den Erzählfluss der Befragten bestimmt und zum anderen von den immanenten und exmanenten Nachfragen der Interviewerin, die sich aus dem Interview-Leitfaden ergaben. Wenn sich zeigte, dass die Befragten von sich aus keine weiteren Aussagen mehr machen wollten, stellte die Interviewerin die Abschlussfrage, um sich zu vergewissern, dass die Befragten alles benannt hatten, was ihnen im Zusammenhang mit dem Thema des Interviews zu diesem Zeitpunkt wichtig war.

Die Interviews hatten eine Dauer von 31 Minuten im kürzesten und 88 Minuten im längsten Interview. Die Durchschnittsdauer betrug 49,5 Minuten. Die Zeitumfänge der Interviews im Einzelnen sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Dauer der qualitativen Interviews

	Dauer Interview Mann	Dauer Interview Frau
Paar A.	51 Min.	88 Min.
Paar B.	34 Min.	33 Min.
Paar C.	52 Min.	31 Min.
Paar D.	45 Min.	55 Min.
Paar E.	53 Min.	53 Min.

7.1.7 Der Interviewleitfaden

Gewählt habe ich den Interviewtypus des narrativen Interviews modifiziert durch eine Nachfrageorientierung (Helfferich, 2011, S.16). Der Interviewleitfaden ist gering strukturiert und beginnt mit einer eher weit gefassten Erzählaufforderung. Die unten aufgeführten exmanenten Nachfragen habe ich eingebracht, wenn die Befragten sich spontan zu den Themenkomplexen nicht äußerten, wobei ich u. a. die im Leitfaden angeführten immanenten Nachfragen eingesetzt habe. Dabei wurde die Erzählung der Befragten gering gesteuert.

Interviewleitfaden

Einleitung:

„Ich möchte mit Ihnen über Ihre ganz persönlichen Erfahrungen im Zeitraum der Paarberatung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle sprechen."

Erzählaufforderung:

„Sie haben sich im Monat xy 2010 zur Beratung gemeinsam mit Ihrer Frau/Ihrem Mann angemeldet. Wie kam es dazu, erzählen Sie bitte!"

Immanente Nachfragen:

- Um welche Probleme ging es?
- Können Sie diese Situation etwas ausführlicher erzählen?
- Gibt es eine Erklärung dafür?

Exmanente Nachfragen:

- Mit welchen Anliegen und Erwartungen sind Sie in die Beratung gekommen?
- Was hat sich zwischen Ihnen und Ihrem Mann/Ihrer Frau im Lauf der Beratungszeit getan? Wie ist Ihr persönlicher Eindruck zu Ihrer Entwicklung als Paar in diesem Zeitraum?
- Gab es Wendepunkte, herausragende Ereignisse, Veränderungen?
- Mir fällt auf, dass Sie nicht darauf eingegangen sind, ob die Ereignisse und Veränderungen in Ihrer Paarbeziehung mit Ihren Erfahrungen in der Paarberatung verknüpft waren. Können Sie dazu noch etwas sagen?
- Wozu und wie haben Sie die Beratung genutzt?
- Was war für Sie im Beratungsverlauf förderlich, was hinderlich?

Bilanzierung:

- Was war von dem, das Sie geschildert haben, besonders wichtig für Sie?

Nach dem Interview erstellt die Interviewerin ein Postskriptum zu ihren Eindrücken.

7.1.8 Visualisierung parallel zum Interview

Die Anregung, die Befragten während der Interviews ihre jeweilige Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung über den Zeitraum der Paarberatung einschätzen zu lassen und dies zu visualisieren, erhielt ich im Kolloquium der Doktoranden/-innen unter Leitung von Prof. Dr. Gisela Steins an der Universität Duisburg-Essen.

Die Befragten wurden gebeten, im Verlauf ihres Interviews die eigene Zufriedenheit mit der Paarbeziehung am Beginn der Beratung und im Zeitverlauf bis zum Ende der Beratung Schritt für Schritt in einem Koordinatenkreuz kenntlich zu machen. Die X-Achse repräsentiert die Zeitpunkte des Beratungsprozesses, die Y-Achse

bietet eine Skala von 0 bis 10, auf der die subjektiv empfundene Qualität der Paarbeziehung eingeschätzt werden soll.

Die Instruktion zur Zeitlinie lautet: „Begleitend zu Ihrer Erzählung möchte ich Sie bitten, Folgendes mit einzubeziehen. Um das, was Sie erzählen, auch bildlich nachzuvollziehen, bitte ich Sie, Ihre eigene Zufriedenheit mit Ihrer Paarbeziehung mit Hilfe dieser Zeitlinie darzustellen. Hier unten sind die Monate eingetragen, in denen Sie Beratung als Paar wahrgenommen haben. Seitlich können Sie Ihre persönliche Einschätzung Ihrer Paarbeziehung in dem jeweiligen Monat auf einer Skala von 0 bis 10 eintragen. 0 ist dabei der geringste Wert, 10 der höchste."

Während des Interviews kam ich immer wieder auf die Zeitlinie zurück und bat den Befragten/die Befragte um seine/ihre retrospektive Einschätzung der subjektiven Qualität der Paarbeziehung zur jeweiligen Zeitmarkierung.

7.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Nach der Gewinnung des Datenmaterials erfolgten die Aufbereitung, Auswertung und Interpretation der 10 Interviews mit Partnern/-innen in langjährigen Beziehungen, die Paarberatung wahrgenommen hatten. Die Auswertung der Interviewtexte nahm ich auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse vor. Ziel ist, die Interviewaussagen der befragten Personen, die über Transkripte fixiert wurden, zu analysieren und daraus Rückschlüsse zur Beantwortung meiner Forschungsfragen zu gewinnen. Das komplexe Material wird auf diese Weise im Blick auf die in dieser Studie relevanten Aspekte gefiltert und strukturiert.

Kuckartz (2012) arbeitet in seiner Darstellung der qualitativen Inhaltsanalyse drei Basismethoden heraus, die inhaltlich strukturierende, die evaluative und die typenbildende. Alle drei Verfahren versteht er als „kategorienbasierte Methoden zur systematischen Analyse qualitativer Daten" (Kuckartz, 2012, S.2). Aufgrund der explorativen Fragestellung meiner Studie beziehe ich mich am ehesten auf die inhaltlich strukturierende Variante, deren Ziel die Erfassung von Themen im vorliegenden Material ist. Im Rahmen meiner Interviewstudie soll das Feld der Beratungsprozesse mit älteren Paaren in langjähriger Partnerschaft tiefer erkundet werden. Dabei möchte ich Informationen zu den Konstruktionen der Befragten über sich selbst, ihre Paarbeziehung sowie über die jeweiligen Belastungsfaktoren, Problembereiche und

Bewältigungsprozesse im Zeitraum des Paarberatungsprozesses gewinnen. Ebenso ist von Interesse, wie die Befragten den Beratungsprozess subjektiv erlebt haben, und was ihnen daran retrospektiv bedeutsam erscheint.

Schreier (2014) ordnet die verschiedenen Varianten der qualitativen Inhaltsanalyse zwei grundlegenden Herangehensweisen zu: die strukturierende Inhaltsanalyse und die qualitative Inhaltsanalyse mittels Extraktion. Die strukturierende Variante qualitativer Inhaltsanalyse beinhaltet ein schrittweises Vorgehen, bei dem ein Kategoriensystem zunächst theoriegeleitet entwickelt, probeweise auf das Material angewendet und währenddessen angepasst wird. Das gesamte Material wird anhand des daraufhin erstellten Kategoriensystems kodiert. Gläser und Laudel (2009, 2013) vertreten eine gemischte deduktiv-induktive inhaltsanalytische Vorgehensweise, bei der alle Informationen aus dem Material in die Auswertung einbezogen werden, ohne dass theoriegeleitet bestimmte Aspekte als nicht relevant für die Forschungsfrage eingestuft werden. Sukzessive werden bei dieser Variante Kategorien gebildet, wobei theoriegeleitet deduktiv entwickelte und induktive Kategorien kombiniert werden und nach und nach eine extrahierende Zusammenfassung und Verdichtung des Materials entsteht. Mayring (2012) führt eine ähnliche Unterscheidung an und bezeichnet die theoriegeleitete Kategorienbildung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse als Strukturierung. Die Kategorien werden bei diesem Auswertungsverfahren deduktiv vor der Analyse des Datenmaterials definiert. Bei einer induktiven Vorgehensweise – von Mayring (2012) zusammenfassende Inhaltsanalyse genannt - werden die Kategorien unmittelbar aus dem Material abgeleitet, ohne Bezug zu bestehenden Theoriekonzepten zu nehmen. Bei der induktiven Kategorienbildung wird das Material vollständig gesichtet, wobei wiederkehrende Aspekte bzw. Muster und überraschende Sinnelemente in Kategorien gefasst werden (Nawratil & Schönhagen, 2009). Bei Kuckartz (2012) und Schreier (2014) finden sich methodische Mischformen, nach denen die Kategorien schwerpunktmäßig in direktem und engem Bezug zum Material entwickelt werden, um eine Passung von Material und Kategorien zu gewährleisten. Dieses Vorgehen wird durch deduktive Kategorienbildung ergänzt.

Deduktive und induktive Schritte werden häufig verschränkt eingesetzt (vgl. Kuckartz, 2007, S.201). Im Zusammenhang mit meiner Interviewstudie erscheint mir ein derart kombiniertes Vorgehen bei der Generierung von Kategorien sinnvoll. Aus

der Forschungsliteratur und theoretischen Modellen deduktiv abgeleitet ergeben sich Kategorien, die potentielle individuelle und paarbezogene Belastungsfaktoren und Problembereiche im höheren Alter betreffen wie z.B. chronische Erkrankungen oder normative Krisen wie beispielsweise den Auszug erwachsener Kinder und den Beginn des Ruhestandes. Weniger Vorwissen besteht dazu, welche Erfahrungen Ältere im Rahmen der Paarberatung machen und ob - und wenn ja wie - im Zeitraum der Paarberatung Bewältigungs- und Veränderungsprozesse bei den Einzelnen und auf der Paarebene auftreten.

Gemeinsam ist den beiden geschilderten Herangehensweisen der deduktiven und induktiven Kategorienbildung, dass das Textmaterial anhand von bestimmten Merkmalen beschrieben und geordnet wird. Diese bezeichnenden Kriterien werden in der qualitativen Inhaltsanalyse Kategorien genannt (vgl. Kuckartz, 2007, S. 57). Die relevanten Bedeutungsaspekte des Materials bilden nach Schreier (2014) die Kategorien eines Kategoriensystems:

> „In dieser Definition spiegelt sich als zentrales Definitionsmerkmal die Kategorienorientierung des Verfahrens. Die Kategorien fungieren analog zu Variablen, deren Ausprägung für jede relevante Textstelle erfasst wird. Dabei kann das Kategoriensystem auch als "Herzstück" der qualitativen Inhaltsanalyse gelten.“ (Schreier, 2014, S.3).

Kuckartz (2012) beschreibt aufeinanderfolgende Schritte, die im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse in einem zirkulären Prozess rund um die jeweilige Forschungsfrage eingesetzt werden. Es handelt sich um die Elemente Textarbeit, Kategorienbildung, Kodierung, Analyse und Ergebnisdarstellung. Zunächst werden bedeutsame Textstellen markiert und thematische Hauptkategorien herausgearbeitet. Mit Hilfe dieser Hauptkategorien wird das gesamte Material kodiert und die entsprechenden Textstellen werden zu den Kategorien zusammengestellt. Parallel dazu entwickelt der Forscher/die Forscherin in Interaktion mit dem Material induktiv Subkategorien. Daraus entsteht ein ausgearbeitetes Kategoriensystem, anhand dessen das Material wiederum kodiert wird. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse der

qualitativen Inhaltsanalyse basiert auf diesen Kategorien. Mein Vorgehen im Rahmen der vorliegenden Interviewstudie orientiert sich an diesen genannten Elementen. Die Schritte Arbeit am Textmaterial, Differenzierung der Kategorien, Kodierung und Analyse erfolgten in meiner Studie in mehrfachen Schleifen. Im Lauf dieses Prozesses bildete sich ein differenziertes Kategoriensystem heraus (siehe 7.3.2).

Die Schritte innerhalb der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse beschreibt Schreier anhand der Metapher eines „Werkzeugkasten-Modells“ (2014, S.24 f.). Die einzelnen Phasen des inhaltsanalytischen Prozesses dienen als Basisablauf, wobei der/die Forschende das konkrete Vorgehen jeweils aus verschiedenen Optionen auswählt. Diese Optionen dienen in verschiedenen Stufen des Prozesses als methodische „Werkzeuge“. Bei der Erstellung meines Kategoriensystems habe ich mit Bezug auf meine Forschungsfragen vorrangig die retrospektiven Selbstbeschreibungen und Selbsteinschätzungen der Befragten im Zeitraum der Paarberatung sowie ihre Aussagen über den Partner/die Partnerin, den Berater/die Beraterin und andere Personen sowie die subjektive Beschreibung der Interaktionen mit diesen Personen berücksichtigt. Zudem flossen in die Interviews Narrationen der Befragten über die gemeinsame Paargeschichte ein, z. T. auch über noch weiter zurückliegende Ereignisse aus den Biografien der Einzelnen. Auch diese Elemente wurden in das Kategoriensystem aufgenommen.

7.2.1 Dokumentation der Interviews, Einverständnis und Datenschutz

Das schriftliche Einverständnis zur Tonaufnahme, Archivierung und wissenschaftlichen Weiterverwertung der Audiodaten und Interviewaussagen holte ich jeweils vor Beginn des Interviews bei den Befragten ein. Sie wurden über den Kontext und den Zweck der Befragung sowie über die Anonymisierung und den Datenschutz informiert (vgl. Weischer, 2007). Die Interviews wurden mit Hilfe eines Smartpen (Pulse, Livescribe) aufgezeichnet. Zur Sicherheit verwendete ich parallel einen MP3-Player mit Aufnahmefunktion. Die Qualität der Tondokumente ist gut, sodass die vollständige Verschriftlichung möglich war. Die Tondateien liegen jeweils in den digitalen Dateivarianten MPEG-4-Audio, MP3, Wavesound und ADTS-Audio vor.

7.2.2 Transkription der Interviews

Alle 10 Interviews wurden vollständig von mir transkribiert. Meine Priorität liegt in dieser Studie auf den semantischen Inhalten und einer guten Lesbarkeit der Interviewtexte, so dass ich eine einfache Transkriptionsart ohne Hinweise auf non- und paraverbale Elemente wähle (vgl. Kuckartz, 2012; Dresing & Pehl, 2011).

Umgangssprachliche Ausdrücke behalte ich bei, da sie z. T. als Grundlage für In-vivo-Kodes dienen und Ausdruck der jeweiligen Individualität der befragten Personen sind. Assimilationen und Klitika bzw. Stützworte (Bußmann, 2002) im Kontext regionaler Dialekte werden übernommen. Namen und Charakteristika, die zu einer Identifizierung der benannten Personen führen können, werden anonymisiert.

7.2.3 Kodierung der Interviews

Patton bezieht sich auf den Ansatz der „Grounded theory“ (Glaser & Strauss, 1979; Strübing, 2004) und empfiehlt, in einem frühen inhaltsanalytischen Stadium in das Datenmaterial einzutauchen, um die innewohnende Bedeutung zutage treten zu lassen. Die Hauptkodierung des gesamten Textmaterials nahm ich selbst vor. Zur Vorbereitung auf die Kategorienbildung habe ich das Textmaterial sorgfältig gelesen, wichtige Textstellen gekennzeichnet und Memos mit Anmerkungen und Ideen zu Kodes angefertigt. Das gesamte verschriftlichte Interviewmaterial habe ich mit Hilfe der QDA-Software MAXQDA 10 bearbeitet. In einem ersten Kodierschritt habe ich als Kodiereinheiten Sinnsegmente im Text ausgewählt, denen ich verschiedene Kodes zuordnete. Im Sinne des „offenen Kodierens“ (vgl. Patton, 2015, S. 542) bezog ich alle Textelemente mit ein, wobei eine große Anzahl von Kodes entstand. In den Textabschnitten ergeben sich dabei z. T. Überlagerungen, d.h. einem Sinnsegment werden verschiedene Kodes zugeordnet.

In einem weiteren Auswertungsschritt nahm ich Gruppierungen von Kodes zu übergeordneten Kategorien vor. Zum einen Teil waren diese Kategorien aus Bezügen zu theoretischen Modellen und empirischen Forschungsergebnissen abgeleitet, z.B. zu Verlusterfahrungen oder normativen und nicht-normativen Lebensübergängen im höheren Alter. Ein anderer Teil von Kategorien ergab sich aus den Fragen meines Interviewleitfadens. Zu letzteren Kategorien zählen beispielsweise die Anlässe für die Beratung, die Belastungen und Probleme, die Erfahrungen während des Beratungs-

prozesses und die Ergebnisse bzw. (Nicht-)Veränderungen im Zeitraum des Beratungsprozesses. In weiteren Schritten entwickelte ich zusätzliche Kategorien, die unerwartete Aspekte betreffen oder Entwicklungsaspekte der einzelnen Partner/-innen und auf der Paarebene im Zeitraum des Beratungsprozesses widerspiegeln (Flick, 2007).

Es wurden insgesamt 673 Codings vorgenommen. Dabei wurden einigen Sinnsegmenten in den Transkripten mehrere Kodes zugeordnet, da die Aussagen verschiedene Aspekte beinhalten. Die Verteilung der Kodierungen auf die einzelnen Interviews wird in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Anzahl der Codings pro befragter Person

Befragte Person	Anzahl der Codings
Frau A.	127
Herr A.	59
Frau B.	30
Herr B.	43
Frau C.	43
Herr C.	60
Frau D.	103
Herr D.	61
Frau E.	94
Herr E.	53

Zur Evaluation des Kategoriensystems standen mehrere Personen zur Verfügung, die unabhängig voneinander die Passung an unterschiedlichen Textauszügen überprüften, mit mir diskutierten und teilweise eigene Vorschläge für weitere Kodes einbrachten. Aufgrund der Rückmeldungen von Seiten der Ko-Kodiererinnen und Diskussionen mit ihnen habe ich das Kategoriensystem überarbeitet und ergänzt.

Die transkribierten Interviewtexte wurden anhand meines vorläufigen Kategoriensystems von fünf Personen zwischen Juni 2012 und Oktober 2013 gegenkodiert.

Der folgenden Auflistung sind der jeweilige fachliche Hintergrund der Kodiererinnen und die jeweils gegenkodierten Interviews zu entnehmen:

- Kodiererin 1: Studentin Psychologie/Diplom im fortgeschrittenen Studienabschnitt, Schwerpunkt qualitative Forschungsprojekte (Herr und Frau A., Herr und Frau E.)
- Kodiererin 2: Psychologische Psychotherapeutin, erfahrene EFL-Beraterin (Herr und Frau A., Herr und Frau B., Herr und Frau C.)
- Kodiererin 3: Psychologische Psychotherapeutin, langjährige eigene Psychotherapeutische Praxis (Herr und Frau D.)
- Kodiererin 4: Psychologische Psychotherapeutin, erfahrene EFL-Beraterin und langjährige eigene Psychotherapeutische Praxis (Herr und Frau B., Herr und Frau E.)
- Kodiererin 5: Lehrerin im Referendariat/Fach Pädagogik, wissenschaftliche Hilfskraft einer Humanwissenschaftliche Fakultät (Herr und Frau A., Herr und Frau B.)

Verschiedene Versionen meines Kategoriensystems wurden zu mehreren Zeitpunkten im Rahmen des Doktoranden/-innen-Kolloquiums unter Leitung von Professorin Dr. Gisela Steins an der Universität Duisburg-Essen vorgestellt und diskutiert.

Die Auswertung anhand inhaltsanalytischer Schritte und die Darstellung der Ergebnisse meiner Studie 2 erfolgt zum einen über die differenzierte Darstellung der einzelnen Interviews (s. 7.3.1) sowie über die ausführliche Darstellung des Kategoriensystems (s. 7.3.2).

7.3 Darstellung der Ergebnisse der Studie 2

Mein mehrstufiges Auswertungsvorgehen orientiert sich an Patton (2015, S.530 ff.), der verschiedene Wege aufzeigt, um die in einer qualitativen Studie gewonnenen Daten zu beschreiben und analytisch aufzubereiten. Wenn der Fokus der Studie auf den Erfahrungen Einzelner liege („case study“), sei es anzuraten, mit der Beschreibung und Analyse der einzelnen Fälle zu beginnen (Patton, 2015, S. 534). In meiner Studie betrifft dies die 10 Interviews mit ehemaligen Klienten/-innen, die Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben. Laut Patton (2015, S.534) können in

einem weiteren Schritt mögliche Kreuzverbindungen zwischen den Fällen aufgespürt sowie Aussagen verschiedener Personen zu bestimmten Perspektiven zusammengeführt werden („cross-case analysis“).

Im Anschluss an die paarweise Darstellung der 10 Interviewfälle erfolgt in einem weiteren Schritt die Auswertung der Interviews über alle Fälle hinweg. Bei diesem Schritt geht es u. a. darum, mögliche Schwerpunkte und Überschneidungen bzw. Unterschiede in den Aussagen der Befragten herauszuarbeiten. Die Auswertung erfolgt auf der Basis der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012). Das Kategoriensystem, das ich zur differenzierten Auswertung der codierten Interviewergebnisse erstellt habe, wird zu diesem Zweck vorgestellt (vgl. 6.1.4).

Die qualitativen Interviews meiner Studie 2 wurden mit 10 Ehepartnern/-innen aus fünf Paarbeziehungen einzeln geführt. Alle Befragten hatten zuvor Beratung im Paarsetting wahrgenommen und im Rahmen meiner Studie 1 an der Fragebogenerhebung zu Beginn und am Ende der Paarberatung teilgenommen. Im Folgenden beschreibe ich zunächst die 10 einzeln befragten Personen als Fälle nacheinander und stelle ihre zentralen Aussagen in den qualitativen Interviews dar. (Zur Unterstützung des Leseflusses sind die Zitate aus den Interviews kursiv gesetzt und nicht eingerückt.). Die Reihenfolge der Falldarstellung orientiert sich an der zeitlichen Abfolge der Interviews, wie ich sie geführt habe. Dabei ordne ich die Partner/-innen in fünf Kombinationen einander so zu, dass die Aussagen der Partner/-innen, die Beratung gemeinsam im Paarsetting wahrgenommen haben, jeweils im Zusammenhang betrachtet werden. Leitende Absicht ist es, die subjektive retrospektive Sicht der Befragten differenziert zu betrachten. Nicht intendiert ist eine klinisch-diagnostische Einordnung der Symptome der Einzelnen oder systemisch orientierte Hypothesen zur Interaktion der jeweiligen Paare und/oder der Familiensysteme im Zeitraum der Paarberatung.

An die Darstellung der Einzelinterviewinhalte von Frau und Mann eines Paares schließt sich jeweils die grafische Darstellung der subjektiven Einschätzung der Befragten mit ihrer Zufriedenheit mit der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung an. Diese Visualisierung bot ich während des Interviews allen Befragten an. Alle Befragten nahmen separat die Einschätzung auf der Zeitlinie vor. In den entsprechenden Abbildungen finden sich die individuellen Markierungen beider Befragten eines

Paares über die Zeit wieder, die ich mit einer Linie verbunden habe. Eine Zusammenschau aller 10 Kurvenverläufe folgt am Ende dieses Kapitels (Abbildung 7).

Bei jeder der Paarkombinationen beziehe ich in einem weiteren Schritt die individuellen Ergebnisse der Partner/-innen aus den Fragebogenerhebungen im Rahmen meiner Studie 1 mit ein. Die jeweiligen Ergebnisse der Fragebogen werden ebenfalls paarweise dargestellt. Im Fragebogen „Einschätzung von Partnerschaft und Familie“ (EPF) werden die pro Person errechneten T-Werte für die Subskalen verwendet. Zur Anwendung des EPF im klinischen und Paarberatungsbereich berechnet man für beide Partner/-innen Skalenwerte und bringt ihre T-Werte in eine Rangfolge. Anschließend erfolgt die absolute Differenzbildung der T-Werte beider Partner/-innen. Ein individuelles Profilbild zum Vergleich der Werte der Partner/-innen zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde im Rahmen der Studie 1 erstellt und den jeweiligen Beratern/-innen, die beteiligt waren, zur Verfügung gestellt.

Die individuellen Ergebnisse der Selbsteinschätzungsfragebogen aus der Studie 1 flossen nicht in die einzelnen Interviews der Studie 2 ein. Dennoch erscheint es bei der Auswertung sinnvoll, diese Selbsteinschätzungen der Interviewteilnehmer/-innen aus den Fragebogen in Verbindung mit den Ergebnissen der qualitativen Interviews zu betrachten. Dabei ist für mich die Suche nach inhaltlichen Verbindungen oder Widersprüchen aus beiden Quellen leitend, um die die quantitativen Daten (Fragebogenwerte) durch die qualitativen Daten (Interviewaussagen) zu erhellen, insbesondere im Hinblick auf Fragebogenergebnisse, die nicht den Vorannahmen entsprachen. Nähere Informationen zu den einzelnen Fragebogeninstrumenten finden sich im Abschnitt 6.1.4.

7.3.1 Die einzelnen Befragten

Die Personen, die an der Interviewstudie teilgenommen haben, sowie ausgewählte Aussagen aus ihren Interviews werden im Folgenden dargestellt, wobei die jeweiligen Partner/-innen der fünf Ehepaare einander abschnittweise zugeordnet sind. Als Grundlage der Beschreibung und Auswertung dienen die Transskripte der Interviews sowie meine Eindrücke als Interviewerin und meine Forschungsmemos (B=Befragte/r, I=Interviewerin). Als Überschriften habe ich prägnante Originalzitate als In-Vivo-Codes (Strauß & Corbin, 1997) aus den Einzelinterviews gewählt. Die vorliegenden soziodemografischen Angaben wurden im Rahmen der Studie 1 im

Zuge der Fragebogenerhebung erfasst. In drei Fällen (Paar A., B., C.) stehen zusätzlich meine persönlichen Notizen als Beraterin aus dem vorangegangenen Paarberatungsprozess als Informationsquelle zur Verfügung. Die Informationen sind soweit anonymisiert, dass eine Identifizierung der einzelnen befragten Personen nicht möglich ist.

Paar A.

Frau und Herr A. waren zu Beginn des Paarberatungsprozesses 69 und 72 Jahre alt und seit 50 Jahren verheiratet. Die finanziellen und Wohnverhältnisse des Paares waren gesichert. Sie haben eine gemeinsame Tochter, die Mitte 40, alleinlebend, geschieden und kinderlos ist. Es bestand regelmäßiger Kontakt zwischen Eltern und Tochter. In der gemeinsamen Paargeschichte waren die Kontakte im Freundes- und Bekanntenkreis und ihre Freude am Tanzen für sie wichtige Ressourcen. Verschiedene gesundheitliche Belastungen und Einschränkungen hatten in den letzten Jahren eine Veränderung in ihrem sozialen Netzwerk mit sich gebracht. Etliche soziale Kontakte bestanden nicht mehr, seit sie beide erkrankt waren. Nachdem ein Streit zwischen Frau und Herrn A. eskalierte, gab der Hausarzt von Herrn A. dem Paar die Empfehlung, die EFL-Beratungsstelle zur Paarberatung aufzusuchen. Ein gemeinsamer Freund ermutigte sie ebenfalls, Unterstützung über Paarberatung zu suchen. Frau und Herr A. nahmen zum ersten Mal Beratung als Paar wahr.

Die Paarberatung erfolgte ausschließlich im Paarsetting über acht Sitzungen mit einer jeweiligen Dauer zwischen 60 und 90 Minuten. Der Beratungsprozess erstreckte sich über 7,5 Monate.

Die Interviews mit Frau und Herrn A. fanden vier Monate nach Abschluss des Paarberatungsprozesses in der EFL-Beratungsstelle statt.

Frau A.: „Das ist hier wie so ein Kettenglied, mal ist das durcheinander … und dann ist es wieder glatt."

Das Interview wurde ca. 11 Wochen nach der letzten Paarberatungssitzung geführt. Frau A. war zum Beginn des Beratungsprozesses 69 Jahre alt. Sie war Hausfrau und während der Ehe nicht berufstätig. Frau A. litt unter diversen chronischen Erkrankungen, darunter Diabetes, Bandscheibenvorfälle und andere orthopädische Einschränkungen sowie das Restless-leg-Syndrom. Aufgrund starker chronischer Schmerzen war sie nach ihrer eigenen Einschätzung sehr reizbar und ungeduldig. Da

sie erhebliche Beschwerden beim Gehen hatte, war sie auf die Begleitung ihres Mannes im Alltag angewiesen. Einen Führerschein hatte Frau A. nicht erworben.

Frau A. bezog sich im Interview auf verschiedene Zeitabschnitte ihres Lebens, nicht nur auf den Zeitraum der Paarberatung. Zum überwiegenden Teil beschrieb sie belastende Erlebnisse, Szenen und Ereignisse aus den Jahren vor der Anmeldung zur Beratung. Im Laufe des Interviews flossen ihre negativ erinnerten Erfahrungen aus ihrer Kindheit und Jugend sowie für sie bittere Erlebnisse aus späteren Zeiten im Kontakt mit Mitgliedern ihrer Herkunftsfamilie in ihre Aussagen ein. Frau A.s Mutter starb, als sie jünger als 10 Jahren alt war. Frau A. vermutet, dass ihre Mutter an einer Krebserkrankung litt.

B: Ja, wie ich schon sagte, dass ich so über vieles gesprochen hab. Aber es war ja, es war ja aus unsere Ehe, und das war ja auch der Sinn der Sache. Ich könnte ja den ganzen Tag erzählen, was ich in der Kindheit erlebt hab und Jugend. Das ist ja ein Kapitel für sich. Das ist im Grunde das traurigste Kapitel. (Z.682-685)

Ihre Gefühle von Enttäuschung, Verletzung, Wut über vergangene Erlebnisse und das möglicherweise daraus resultierende aktuelle Misstrauen waren in der Interviewsituation für mich als Interviewerin spürbar.

Frau A. wurde seit ihrer Kindheit von der Erinnerung an Luftalarm und Bombenangriffe im II. Weltkrieg eingeholt. Damals durchlitt sie große Angst auf dem Weg zu den weit entfernt liegenden Schutzräumen, die ihre Mutter in Panik mit ihr aufsuchte.

B: Das wäre eine ganz andere Geschichte nochmal, von Kriegszeiten und Kriegsangst und sowas und alles. Das haben wir alle erlebt. Und als ich jetzt nur sagte, zu meinem Mann mal die Tage, was hat dich so kaputt gemacht? Ist es wirklich die Krankheit nur alleine, sagt er, je älter ich werde, umso mehr wird mir der Krieg bewusst, und die Kriegserlebnisse kommen in mir hoch. Ja, ich sag, wenn das so schlimm ist, musst du das behandeln lassen. Wie unsere Tochter immer sagt, Ihr müsst therapiert werden, um den Krieg zu vergessen. Ja, als ob man sowas vergessen kann. Ich sag, Kind, ich sag, darüber können wir mit Dir gar nicht reden, weil Du Dich da gar nicht reindenken kannst. Gott sei Dank. Und ich sag, das ist mein einziger Wunsch, wenn ich mal die Augen zumach, noch zum Herrgott zu beten, lass keinen Krieg kommen für mein Kind und andere. (Z.714-723)

Belastend war für Frau A.in der Vergangenheit, dass ihre Tochter mit einer Fehlfunktion und einer Missbildung an einem Auge geboren wurde, die auffällig war. Eine weitere Erkrankung der Tochter erforderte, dass insbesondere Frau A. ihr in der Kindheit viel Zeit und Aufmerksamkeit widmete. In diesem Zusammenhang äußerte Frau A., dass sie sich von ihrem Mann damals allein gelassen gefühlt habe. Sie habe sich für ihre Tochter all das gewünscht, was sie selbst als Kind nicht hatte und sie sehr verwöhnt. Von ihrer erwachsenen Tochter, die sie als undankbar erlebte, erhalte sie nur Vorwürfe und Angriffe.

Aus der gemeinsamen Paargeschichte mit ihrem Mann gab Frau A. anschauliche Beschreibungen über schöne Zeiten wieder. Viele Jahre lang führte das Paar nach ihren Angaben eine äußerst harmonische Ehe. Sie betonte den früheren Zusammenhalt als Paar gegenüber der Außenwelt, besonders gegenüber den Familienangehörigen von Frau A., von denen Frau A. sich in ihrer Kindheit und Jugend und auch in späteren Jahren abgewertet und nicht unterstützt fühlte. Das gemeinsame Hobby Tanzen pflegten ihr Mann und sie mit großer Freude gemeinsam und erhielten von anderen viel Anerkennung für ihre Ausstrahlung als Paar.

B: Wenn wir wohin kamen, dann hieß es immer: Die zwei Schönen kommen. Ja – ist nichts mehr bei ihm davon da. (Z. 630-631*)*

Ein gutes soziales Netz ermöglichte Frau und Herrn A. in ihren mittleren Lebensjahren viele positive und ihren Selbstwert steigernde soziale Kontakte. Laut Frau A. hatte ihr Mann bei diversen Feiern die Gesellschaft humorvoll unterhalten. Sie selbst richtete größere Feiern zu Hause aus und kochte gerne und gut. Das Paar hatte seit der Erkrankung von Herrn A. bis auf einen langjährigen Freund keine sozialen Kontakte mehr. Diese Erfahrung bedeutete für Frau A. einen großen Verlust, denn in den Gesellschaften war er derjenige, der die Gruppe unterhielt, während sie im Hintergrund blieb. Nun müsse sie sich um soziale Kontakte bemühen.

Frau A. nannte als besondere Belastung in den vergangenen Jahren, dass ihr Mann seit seiner Krebserkrankung und Chemotherapie depressive Symptome zeigte und emotional kaum auf Kontaktversuche anderer Menschen reagierte. Er wurde ihr fremd und war nicht mehr der jahrzehntelang Vertraute.

B: Und all die Leute, wie ich schon sagte, blieben weg. Die konnten – erstmal sprach er überhaupt nicht, wenn einer da war, egal, wer da kam. Der musste nur gefragt

werden, dann gab der Antwort und mehr nicht. Und er saß wie eine Maske, starr, saß er und stierte geradeaus vor sich hin. Es war nicht mehr zu ertragen, es war kein Mensch mehr, es war eine Maschine mit Maske. (Z.48-52)

Sie berichtete, wie sie mit Fassungslosigkeit und Empörung reagierte, als ihr Mann sich während der Zeit der Chemotherapie stark verändert zeigte.

B: Ja, das kam so – erstens mal, Sie wissen ja, mein Mann hat ja eine Chemo-Behandlung gehabt, vor fünf, jetzt sind es bald sechs Jahre, und, so wie ich ihn beobachtet habe, konnte ich es gar nicht fassen, er war ganz anders als alle anderen Menschen, von der Behandlung an. Er kam schon nach Hause und sagte: "So, Frau, alles was ich bisher getan habe, das machst jetzt du". Ich sag: „Wie bitte? Du willst also dich aufgeben. Du willst also dich in den Sessel setzen und sagen, das war's. Wie deine Mutter es gemacht hat. Dich waschen lassen, Dich befüttern lassen, und alles ja? Ja, aber ohne mich!" (Z.23-29)

Frau A. litt zudem sehr darunter, dass ihr Mann nach der Chemotherapie Gedächtnislücken und Konzentrationsprobleme hatte. Sie versuchte, durch Korrekturen gegenzusteuern, um eine gemeinsame sprachliche und gedankliche Ebene im Austausch wieder zu finden.

B: Naja, das ist nicht das Wichtigste, aber er vergaß – alles! Dem habe ich was erklärt, ich geh ins andere Zimmer, er kommt nach und stellt dieselben Fragen. Er drückte sich anders aus. Er nahm Worte, die gar nicht dahin gehörten. Die dem Satz eine ganz andere Bedeutung gaben. Und jedes Mal, tagtäglich, und fünf Jahre musste ich sein ganzes Wortgerede verbessern. (Z.44-48)

Ihre Beziehung zu ihrer Tochter sah sie in diesem Zusammenhang eher als zusätzliche Belastung.

B: Und – da ja der Vater die erste Geige bei ihr ist, konnte sie ja nicht zugeben, was der falsch macht oder wie die Fehler, die er macht, das Nervende, Zernervende. (Z.317-318)

Die Streitigkeiten zwischen Frau und Herrn A. eskalierten in den zurückliegenden Jahren seit seiner Krebserkrankung. Zudem habe ihr Mann in der Zeit nach der chemotherapeutischen Behandlung viel und regelmäßig Alkohol getrunken. Sie fühlte sich durch die Veränderungen ihres Mannes schließlich so überfordert, dass sie einen Zusammenbruch erlitt.

B: Ja, davor muss ich sagen, hab ich ja, bevor er dann zum Arzt ging, hab ich ja bald einen Nervenzusammenbruch gekriegt. Da hab ich geschrien mitten in der Nacht, dass das Haus wohl alles mitgekriegt hat. Vor Verzweiflung und vor, vor Nichtmehrkönnen. Von seine verwirrte und verdrehte Aussprache, die hat mich so fertig gemacht in den fünf Jahren, das dann wohl der Nullpunkt war, wo ich es nicht mehr hören konnte. (Z.255-259)

B: So ging es dann weiter von eine Katastrophe in die andere im Verhalten von ihm. Bis ich gesagt hab, Herr Doktor, ich kann bald nicht mehr! Ich gehe eher unter die Erde als mein Mann. (Z.76-78)

Eine nahe Freundin von Frau A. starb zu der Zeit, als Herr A. die Krebsdiagnose erhielt. Aus der Sicht von Frau A. spitzte sich ihre Situation kritisch zu. Ungelöste Konflikte aus ihrer Herkunftsfamilie und Kindheit bzw. Jugend und zurückliegende emotionale Verletzungen aus der Paargeschichte brachen in dieser Zeit bei Frau A. wieder auf. Den Kontakt zu ihren Verwandten brach sie nach subjektiv kränkenden Begegnungen mit ihnen während der Krebserkrankung ihres Mannes vor einigen Jahren ab. Herr A. verhielt sich über die gesamte Zeit der Ehe im Zusammenhang mit den Konflikten seiner Frau mit ihren Verwandten zurückhaltend, was sie ihm wiederum vorwarf. Diese Dynamik wurde durch eine Bemerkung ihres Mannes in der Zeit vor Beginn der Paarberatung gesteigert, die sie als sehr verletzend empfand.

B: Und das ging so lange bis dann – es ist ja wieder so lange her, da ist doch was vorgefallen. Ach ja der Satz kam, ich war immer ein armer Kerl, von Anfang an, ich hätte ja nichts gehabt, als wir geheiratet haben. Und das hat mich ja so maßlos enttäuscht, ich habe immer geglaubt, er hat mich aus Liebe geheiratet und nicht aus was haben. Nur weil die anderen Schwägerinnen so viel besser dran waren, weil die Mütter hatten, die gekratzt haben, und gesorgt und geschafft. Und ich hatte ja keine Mutter, ich hatte ja eine Stiefmutter, die mein Geld in ihre Tasche gesteckt hat. Ja, und das hat mich dermaßen enttäuscht und wehgetan, der Satz. Da kam noch mehr, aber das habe ich vergessen zum Glück, aber den habe ich noch behalten, der hat vieles kaputt gemacht, was ich vorher eingesteckt hab. Und dann ging's bergab, dann war, die ganze Harmonie war vorbei, er durfte mich nicht mehr anfassen. Ich sag, lass mich bloß in Ruhe. Du bist ja sowas von falsch, ich hätte das nie gedacht! Und

der war verzweifelt über sich selbst „Wie konnte ich so was sagen" und hat um Verzeihung gebeten. Und ich sag, wat gesagt is, is gesagt. Ich sag, das ist nicht wegzuwischen. (Z.63-75)

In einem Gespräch mit seinem Arzt hatte ihr Mann die Probleme und Konflikte in der Paarbeziehung angesprochen und daraufhin die Empfehlung zu einer Paarberatung erhalten.

B: Ja, als er dann, dann – dann – dann hat er gesagt, ich mach meine Frau fertig und kaputt. Da war noch nicht, das mit dem Herzrhythmusstörungen. Ja – da ist er dann ja zum Arzt gegangen, und dann ging das mit hier (Paarberatung, Anm. d. V.) weiter. (Z.255-263)

Ihre Erwartungen an die Beratungssituation schilderte Frau A. als ambivalent.

B: Aber auch, dann hat der Doktor gesagt, ich kann Ihnen nur eins empfehlen, wenn das hilft. Ich kann Sie übermitteln zu 'ne Beratung. Ja, und da war er (Herr A., Anm. d. V.) natürlich sofort Feuer und Flamme und hat mich dann auch sofort gefragt, und ich hab gesagt, natürlich gehe ich da mit. Es war ja nicht so, unsere Ehe war ja nicht kaputt, unsere Ehe war ja einwandfrei. Es war ja so, dass alle Leute uns beneideten wegen unserer Harmonie. Wir brauchten nur gucken, da wussten wir, so und so, dat machen wir, oder dat machen wir nicht. (Z.95-100)

B: Ach, wissen Sie, ich war so unten. Ich hab gedacht, mehr als reden, kannst du ja nicht, und mehr können die auch nicht. Mir kann doch keiner helfen! So war ich, auf dem Punkt. (Z.602-603)

Ihre Einschätzung zur aktuellen Qualität ihrer Beziehung zu ihrem Mann zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle war extrem negativ.

B: Als wir kamen, da war auf dem Nullpunkt. (Z.15)

B: Da waren wir null! Da war Schluss. (Z.107)

Frau A. nannte verschiedene Arten von Bewältigungs- und Emotionsregulationsstrategien, die ihr in kritischen Phasen zur Verfügung standen. Zum einen waren schöne Erinnerungen an frühere Zeiten für sie wohltuend und tröstlich. Sie ging in Gedanken zurück zu den Zeiten, als sie mit ihrem Mann Rock'n-Roll tanzte, sich lebendig fühlte, im Mittelpunkt stand und die Bewunderung der anderen genossen hatte. Ein Foto, das zur Silberhochzeit entstand, stellte sie gut sichtbar in der Wohnung auf, um sich an gute Zeiten zu erinnern.

B: Da ist er so ganz deutlich, ganz schneidig in einem Streifen, in einer silbergestreiften Jacke zu Silberhochzeit, und ich mit einem Blumenstrauß und langes Kleid und so. Das habe ich dabei gestellt. Jetzt träumen wir beide von die schöne Zeit. Es ist gut, wenn man zurückblicken kann und auch Schönes war, ne. Sonst wäre es ganz traurig. (Z.664-667)

Zum anderen beschrieb sie, wie sie sich in Zeiten, in denen sie großen negativen Stress erlebte, entlastete.

B: Das waren so Jahre, da hing so ein Schleier über alles. Undurchschaubar, die Sonne schien, und kam nicht da dran. Und trotzdem sind wir freundschaftlich miteinander umgegangen, nicht gehässig oder – außer, wenn ich schon mal so'n Anfall gekriegt hab. Ich sag immer, einen Anfall, wenn dat alles so hochkam, durch irgendein Grund. Ach, dann hab ich so geschimpft. Das musste raus. Irgendwo musste dat raus. (Z.348-352)

Als sie die Erkrankung ihres Mannes und die Folgen seiner Erkrankung bewältigen musste und zusätzlich sehr enttäuscht über das unsolidarische Verhalten ihrer Verwandten in dieser Lebensphase war, traf sie eine Entscheidung.

B: Auf jeden Fall hab ich da so gesessen im Sessel oder auf der Couch und hab gesagt, willst du jetzt dran kaputtgehen? Willst du jetzt Parterre gehen? Willst du jetzt umfallen, wie es dir schon mal passiert ist? Durch die anderen Erinnerungen ausse Kindheit und alles? Nein, habe ich gedacht! Das sind die nicht wert, solche schlechten Menschen sind es nicht wert, dass ich krank werde. (Z.160-164)

Frau A. betonte, dass sie sich während der Paarberatungszeit aktiv für den Fortbestand der Paarbeziehung eingesetzt habe.

B: Sie haben mal gesagt, als ich so geklagt hab, "Ihr Mann hätte ja auch gehen können". – Und da habe ich reagiert und gesagt, unsere Generation schmeißt die Flinte nicht gleich ins Korn! Wir kämpfen. Im Grunde habe ich gekämpft. Mein Mann war nur der Leidende, gekämpft hab ich. (Z.537-540)

Seinen Anteil an der Veränderung beschrieb sie folgendermaßen:

B: Und aber, ich muss sagen, mein Mann war nicht nur hier, und ich hab geredet. Der hat sich schon Gedanken gemacht über die Worte, über mein Klagen. Und wenn so Geburtstage waren oder so, es war sogar so, dass er sich bei mir bedankt hat, dass

ich bei ihm geblieben bin, so wie er gewesen ist. Und mehr kann man ja nicht machen, ne? (Z.603-607)

Mit Hilfe einer Metapher gab sie den Prozess wider, der sich zwischen ihr und ihrem Mann nach dem kritischen Höhepunkt ihres Konfliktes entwickelt hatte. Sie nutzte zur Veranschaulichung ein Schmuckstück, das sie während des Interviews trug.

I: Wie ging das dann weiter in den Monaten, auch während der Beratung?

B: Ja, das war ja nicht gleich wieder eitel Sonnenschein, das haben Sie sicher ja auch gemerkt, dass von mir auch so Gereiztheit da war und dass ich ihn nicht gerade liebevoll behandelt habe, oder so. Wat er gerne wollte, und er wollte immer den Anschein, den Schein wahren. Das hab ich nicht mehr mitgemacht. Das war zu viel an Worte gefallen, die, wo was kaputtgegangen ist. Und, aber es ist nun mal so – 50 Jahre, bald 50 Jahre sind wir zusammen, das ist wie hier, so' n Kettenglied, mal ist das durcheinander, das Glied, und dann ist es wieder glatt, oder man zieht es glatt. Und so ist es auch in der Ehe. Da kommen manchmal Zeiten, die so verwirrt und verhakt sind, dass man denkt, die kriegt man nicht mehr gerade, und dann sind sie dann doch noch wieder glatt geworden. (Z.110-119)

Im Lauf der Paarberatungszeit näherte sie sich ihrem Mann wieder an. Sie berichtete mit Humor von einer Situation.

I: Erzählen Sie doch bitte, wie das geworden ist! Wie ging das wieder, dass es wieder glatt wurde?

B: Ja, wie ging das? Wir sind dann ja ein paar Tage in Urlaub gefahren und mit unserem Koffer in den Fahrstuhl rein. Das war so ein Fahrstuhl, da passten wir beide, also da passt ein schlanker Mensch rein mit 'nem kleinen Koffer. Und wir zwei Korpulente in dem Fahrstuhl rein. So stand man sich direkt so voreinander. Und dann haben wir uns angeguckt und haben beide gedacht, wo fahren wir jetzt hin? Fahren wir in den Himmel, oder fahren wir in den Keller? Naja, Zimmer sowieso, dann sind wir ab nach oben, aufwärts. Ob's wohl aufwärts geht, habe ich so gesagt, in die Tage des Urlaubs. Und dann hat er mich gedrückt und hat gesagt, ich hoffe es. Und dann haben wir uns einen Kuss gegeben. Ich wünsche es mir, sagt er, dass es langsam aufwärtsgeht, nicht zu schnell, langsam. (Z.120-130)

Da war – da war, wollen wir mal sagen, der Funke wieder übergesprungen. (Z.355)

Während der Zeit der Paarberatung kam es zu Hause zu einem heftigen Zwischenfall. Ihr Mann habe sich unter Alkoholeinfluss ihr gegenüber unflätig benommen, woraufhin der Streit zwischen ihnen eskalierte. Im Rahmen einer Untersuchung bei seinem Hausarzt wurde Herr A. am nächsten Tag wegen unklarer Herz-Kreislauf-Beschwerden in ein Krankenhaus eingeliefert. Frau A. hatte vor diesem Termin in der Arztpraxis angerufen und darum gebeten, ihren Mann für einige Tage stationär aufnehmen zu lassen, da die Situation zu Hause für sie unerträglich sei.

B: Sagen Sie ihm, mein Mann hat mich nicht angegriffen, aber mein Mann ist nicht in Ordnung im Kopf. Und der kann, das Beste wäre, wenn wir jetzt wenigstens zwei Tage getrennt wären. Damit ich mich beruhigen kann. So sieht es bei uns aus. Ja, und ob sie ihm das gesagt hat, das weiß ich ja nicht, auf jeden Fall war da die Untersuchung und konnte ihn ins Krankenhaus stecken. Und das war quasi so, ich möchte fast sagen, war das die Rettung unserer Ehe, war das ein Erleuchten im Kopf von mir oder ein Erkennen, oder wat es war? War es Schicksal, was der Herrgott geschickt hat? Ich hab da nur noch gesessen, gegrübelt, gegrübelt, reden, gegrübelt, und dann hab ich gefragt, unser Leben war doch gut, doch nur die Krankheit hat ja alles kaputt gemacht. Und in Krankheit sollte man doch nicht auseinandergehen. Wenn alles gut gewesen ist. Ja, dann bin ich dann in Frieden ins Krankenhaus gegangen, und er war nicht da, er war gerade zum Untersuchen und zum Elektroschock-Behandlung. Also es war was dran, es war kein bisschen Geklapper, es war schon wat dran. (Z.300-310)

Bei ihrem Besuch im Krankenhaus bemerkte sie eine innere Wendung bei sich.

B: Ja, und als ich ihn dann da stehen sah – der hatte Beruhigungsmittel gekriegt, der war ganz high, ne. Da hab ich ihn gesehen, und da bin ich auf ihn zugeflogen und hab ihn erstmal in den Arm genommen (weint). Da hab ich noch gesagt, da biste endlich wieder. Ja, und so ein kleiner Anlass, große Wirkung, kann einem klarmachen, wie zwei Tage vorher grübeln und grübeln, kann einem klarmachen, wie wertvoll der Mensch eigentlich doch noch ist. (Z.342-347)

Die Wiederannäherung des Paares hatte sich fortgesetzt, nachdem der Paarberatungsprozess beendet war.

B: Ja, es ging so wie, wie soll man sagen – peu à peu bergauf. Nicht so, ach jetzt sind wir wieder, toll, alles schön und alles gut! Nee, das kann der gar nicht mehr. Ich hab ihn die Tage noch gefragt, sag doch mal, du sprichst ja, du lässt ja nichts raus, was hat Dich so kaputt gemacht? Ist es wirklich die Krankheit, der Schock von die Nachricht? Hat die dich so kaputt gemacht, dass du zweierlei Menschen, ich mit dir zweierlei Menschen erleb? Da sagt er, ganz ehrlich gesagt, du hast ja schon früher immer gesagt: "Du bist ein Clown. Du spielst Theater. Innerlich bist du gar nicht so ein fröhlicher Mensch." Du bist ein Clown, habe ich immer zu ihm gesagt. Und jetzt, wo die Krankheit kam, da war die Tatsache da. Was andere noch konnten, konnte er und kann er nicht mehr. Er kann nicht mehr lachen. (Z.443-452)

Frau A. beschrieb, dass sie als Paar nun in schwierigen Situationen anders interagierten als vor der Erkrankung ihres Mannes. Die Veränderung sah sie u. a. im deeskalierenden Verhalten ihres Mannes.

B: Und er verwechselt noch Begriffe. Er verwechselt auch, ich sag, du hast das doch wieder ganz verkehrt verstanden, das war doch sicher, das heißt doch so und so. Das ist doch der Sinn der Sache. Er wird nicht mehr fuchtig. Er lässt es sich sagen. Er sagt, ja, habe ich schon wieder Scheiße gebaut? Habe ich dich schon wieder aufgeregt? So sieht er jetzt ein, wissen Sie? Und dass er immer dieses, als wenn ich die Blöde wär, das hat mich so aus der Fassung geholt! (Z.581-586)

Gegen Ende des Interviews kam Frau A. auf das Thema Sexualität in ihrer Paarbeziehung und die Veränderungen in der sexuellen Beziehung zu ihrem Mann zu sprechen.

B: Ja. Und es geht alles ohne Sex.

I: Ja.

B: und die Liebe ist groß.

I: Mögen Sie da noch einen Satz zu sagen? Geht alles ohne Sex, was hat das für eine Bedeutung für Sie?

B: Ja, weil erstmal eine Ehe, menschliche Zwischenbeziehung, und heutzutage wird das ja so bloß so betrieben, dass das die Hauptsache ist. Das ist ja heute alles das Wichtigste, ne. Und das ist gar nicht das Wichtigste. Wenn's drauf ankommt zu beweisen – ist Liebe da? Dann ist Sex gar nicht mehr so wichtig. Wenn das andere überwiegt, wenn die Liebe überwiegt wie bei uns, es in den Bach reingehen, oder

sagen wir mal, es, es stürzt runter, es geht nach unten, oder wie ich es ausdrücke, da ist ein Schleier drüber, und keiner wird mehr klar: "Wird das noch was, oder wird das nicht?" Nur mein Mann, der hat dran geglaubt. Er hat immer gesagt: „Wir werden uns wiederfinden. Du wirst mich wiederfinden, weil ich dich kenn." Nur schade, dass man erst krank werden muss, und man erst zwei Nächte grübelt und dann einem klar wird, 40 Jahre so ein charmanter Mann – den kann man nicht einfach so im Stich lassen. (Z.614-628)

Im Rückblick auf ihre gemeinsame Sexualität im Lauf der Paarbeziehung beschrieb Frau A. die Entwicklung und ihren aktuellen Verzicht auf genitale sexuelle Kontakte.

B: Das ist vergessen, das ist vorbei, da – das hat mit der Chemo zu tun. Das war schlagartig zu Ende. Er hat ja auch mal diese Viagra ausprobiert, aber, das bringt nichts. Die Erregung ist wohl da, aber da spielt sich nichts mehr ab. Ein paar Minuten, und dann ist die Schwäche wieder da. Das ist dann jedes Mal so eine Enttäuschung, wissen Sie, der Mann ist zerknirscht, unzufrieden, das schlechte Gewissen, kann mich bald nicht mehr angucken. Und dann sag ich, weißte wat? Wir lassen das! Ich kann jetzt in diesem Alter ohne leben. Ich bin nicht abgestumpft oder abgestorben, aber ich kann auch ohne leben. Ich sag, und du, du warst ja schon immer nicht der Schlimmste, immer nicht der Windhund. Du warst ja schon immer nur der ruhende Pol und ich das Schwungrad in unsere Ehe. Aus dem Grund, ne, da hätten wir gar nicht zusammenkommen dürfen von Verschiedenheit. Ist doch auch gegangen! Ist auch gegangen. Ich habe ihn angehimmelt, verliebt, verliebt, verliebt! Alle beide waren wir immer verliebt, komisch, ne? (Z.645-656)

Frau A. sah ihre Anpassung an nicht veränderbare Situationen und Verluste als bedeutsamen Schritt in ihrer Beziehung zu ihrem Mann. Emotionale Verbundenheit rückte für sie in den Mittelpunkt ihrer Paarbeziehung. Ihre Perspektive auf die Paarbeziehung und gesundheitliche Einschränkungen formulierte sie gleichermaßen gefühlvoll wie humorvoll.

B: Aber die Liebe ist geblieben. – Und Mitleid, viel Mitleid, Frau K. Wenn er sich jetzt auszieht, es ist nicht der Mann, den ich geheiratet habe. Er hat keine Schultern mehr, die Schultern sind hier, früher waren die Muskeln so. Hemden sind alle drei Größen kleiner geworden, und noch hängen die Schultern. – Was meinen Sie, sogar der Penis

wird kleiner, da ist bald gar nichts mehr da. Dann mache ich schon mal so Scherze, wenn er sagt, ich setz mich – das war so'n Gequatsche – schon immer auf dem Topf. Und dann sag ich schon mal so, ja das wirst Du jetzt auch wohl müssen (lacht). (Z.630-637)

Das Interview mit Frau A. hatte im Vergleich mit den anderen Interviews in der Studie 2 die längste Zeitdauer. Frau A. zeigte sich sehr lebhaft und auskunftsfreudig. Während des Interviews gelang es mir nicht durchgängig, einige Szenen, die Frau A. beschrieb, in ihre verschiedenen Lebensphasen einzuordnen. Manche Erlebnisse aus ihrer Kindheit und Jugend erschienen für sie emotional sehr aktuell zu sein und vermischten sich in ihrer Erzählung mit Ereignissen in ihrem späteren Lebenslauf. Die Kriegserlebnisse, die sie als Angehörige ihrer Generation geprägt haben, waren für sie auch im höheren Alter emotional präsent.

Um ihr affektives Wohlbefinden zu stabilisieren, brach Frau A. den Kontakt zu Verwandten und Bekannten ab, mit denen sie in jüngerer Zeit aversive emotionale Erfahrungen gemacht hatte. Sie verkleinerte ihr soziales Netzwerk und beschränkte sich auf Kontakte mit ihrem Mann und vertrauten Personen. Frau A. erlebte großen negativen Stress, als sich ihr Mann im Lauf seiner schwerwiegenden Krebserkrankung und deren Behandlung in seinem Verhalten stark veränderte. Frau A. beschrieb sehr anschaulich, wie sie sich in diesem emotionalen Zustand gefangen gefühlt hatte. Zum Zeitpunkt des Interviews erlebte Frau A. sich ruhiger als in den Monaten zuvor. Zum Teil führte sie dies auf eine medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt zurück. Bedeutsamer war für sie jedoch, dass sie ihren Mann wieder mit seinen positiven Seiten sehen konnte und sich erneut für ihn entschieden hatte. Er sei in ihrer langjährigen Beziehung *„ein guter Mensch"* gewesen sei. Damit griff sie auf die Ressource der langen gemeinsamen Lebenszeit mit ihrem Mann zurück. Sie vermied auf diese Weise Distress und emotional negativ geladene Erfahrungen in der Paarbeziehung.

Überrascht hat mich ihre Schilderung, wie bewusst Frau A. während einer heftigen Paarkrise einen stationären Krankenhausaufenthalt ihres Mannes als Mittel zur Distanzierung auf der Paarebene und zur eigenen Emotionsregulation ansah. Sie beförderte durch ihren Anruf in der Arztpraxis gezielt und aktiv die stationäre Klinikaufnahme ihres Mannes.

Herr A.: „Ja, dat ist, dat ist ein roter Faden, der sich da so durchzieht."

Das Interview mit Herrn A. wurde ca. 12 Wochen nach der letzten Paarberatungssitzung geführt. Herr A. war zu Beginn des Beratungsprozesses 72 Jahre alt und Rentner. Er erkrankte vor einigen Jahren an einem Karzinom und hatte sich in diesem Zusammenhang einer chemotherapeutischen Behandlung unterzogen, die verschiedene körperliche und psychische Folgeprobleme und Leistungseinbußen mit sich brachte, z.B. erhebliche Empfindungsstörungen in Händen und Füßen. Er beschrieb, in der Folge der Behandlung seiner Krebserkrankung an Gedächtnislücken und Konzentrationsproblemen zu leiden, die den Kontakt zu seiner Frau belasteten. Herr A. verbrachte viel Zeit an seinem Computer und beschäftigte sich mit Diagrammen und Tabellen, mit deren Hilfe er einen Überblick über vergangene und zukünftige Ereignisse anlegte. In den letzten 25 Jahren seiner Berufstätigkeit hatte er allein vor einem Kontrollmonitor gesessen. Er erwähnte, in den Kriegsjahren 1939 bis 1945 sehr viel Zeit in einem Schutzraum verbracht zu haben und bezeichnete sich in diesem Zusammenhang als „Kellerkind".

Herr A. berichtete während des Interviews etliche Szenen aus der Zeit seiner Ehe, die ihm eindrücklich negativ in Erinnerung waren. Dabei handelte es sich um Situationen, in denen seine Frau ihm mangelnde Aufmerksamkeit, Zuwendung und Loyalität vorgeworfen hatte. Dies war für ihn ein *„roter Faden"* in der Paarbeziehung und gleichzeitig für seine Äußerungen im Interview. Die Orientierung am Zeitraum der Paarberatung fiel ihm bei seinen Antworten schwer, so dass ich als Interviewerin nicht immer unterscheiden konnte, ob eine Episode, die er erzählte, länger zurücklag oder sich während des Zeitraums der Paarberatung ereignete. Über das gesamte Interview hinweg war Herr A. häufig auf die Perspektive seiner Frau fokussiert und gab problembelastete Dialoge zwischen seiner Frau und ihm anschaulich in direkter Rede wider. Er sah sich eher als ohnmächtig im Umgang mit den Vorwürfen seiner Frau an. Herr A. nutzte die Eingangssituation im Interview, um mir als ehemaliger Beraterin Informationen zur Vorgeschichte seiner Familie und seiner Ehebeziehung zu geben, die für ihn drängend waren.

B: Ja. Ich möchte Ihnen vorher noch etwas erzählen.

I: Ja.

B: Warum wir so Probleme haben, ist, dass meine Frau nichts wegschieben kann. Und meine Frau ist der Fall – ich weiß nicht wie ich das sagen sollen – wenn das sich nicht um ihr dreht, ist alles nicht in Ordnung. Und, äh, ich kann da eigentlich nicht so richtig drüber sprechen, aber – sie hat vorm *45. Geburtstag, da war die* (Tochter, Anmerkung der Verfasserin) *neun, also vor 35, 38 Jahren, einen Nervenzusammenbruch gehabt.* (Z.10-15)

Während des vorangegangenen Paarberatungsprozesses hatte er dies nicht explizit benannt. Die psychische Labilität seiner Frau war aus seiner Sicht ein durchgängiges und chronisches Problem in ihrer gemeinsamen Geschichte als Paar und Familie.

B: Ja, dat ist, das ist ein roter Faden, der sich da so durchzieht." (Z.22)

Zum einen sah er sich seiner Frau gegenüber zur Loyalität verpflichtet, zum anderen fühlte er sich ihren gesundheitlichen und psychischen Belastungen gegenüber hilflos und geriet durch ihr Verhalten in Interaktionen häufig in die Defensive. Besonders das Thema Vertrauen bzw. Misstrauen, das seine Frau ihm gegenüber empfand, beschäftigte ihn. Mit diesem Thema begann er das Interview, kam im Lauf des Interviews immer wieder darauf zurück und betonte am Ende:

B: Und dass das nirgendwo weiterkommt. Ich bin ganz ehrlich, es fällt mir nicht leicht, über solche Sachen zu sprechen. Einmal habe ich da drüber gesprochen, als meine Frau im Krankenhaus war, bei dem Professor Dr. V., bei dem Nervenzusammenbruch. Da war auch eine Kollegin von Ihnen, und die hat sich mit mir unterhalten, und die hat das auch aufgenommen. Das ist das Problem bei uns, wenn die Frau mir nicht mehr glaubt (lacht). Also, ich hab sie nur geheiratet, damit ich jemanden hab, der mir die Wohnung macht und mir Essen kocht! Ich sag: „Maria, erzähl doch nicht so'n Quatsch! Was soll denn das überhaupt?" „Ja, so benimmst du dich aber!" Ja, so benimm ich mich, angeblich. (Z.393-399)

Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle sah er die Situation in der Paarbeziehung sehr angespannt, und seine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten waren erschöpft.

I: Und im Mai 2010, als Sie hier in die Beratungsstelle kamen?

B: Ja da waren wir, da war ich am Ende.

I: Erzählen Sie doch bitte mal, wie es dazu kam, dass Sie sich zu Beratungen angemeldet haben.
B: Äh, ja, wir hatten Dispute, nich. Und ich soll gesagt haben, unsere Zeit war – scheiße. Aber ich kann mich da dran nicht erinnern. (Z.43-46)
I: Und das war zu dem Zeitpunkt, als Sie dann hierher gekommen sind?
B: Ja.
I: Da gab's den Streit?
B: Ja, und da hätte ich, auf Anraten meiner Frau: „Du kannst ja ausziehen!" (Z.56-59)

Die Spannungen in der Paarbeziehung, die akut vor der Anmeldung zur Paarberatung auftraten, waren aus seiner Sicht zu einem Teil durch seine gesundheitlichen Einschränkungen bedingt. Streit mit seiner Frau gebe es u. a. wegen seiner Antriebslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schweigsamkeit, mangelnden Geselligkeit und im Zusammenhang mit seinem Alkoholkonsum.

B: Aber wissen Sie, das ist – das Schlechteste war noch, wenn ich mich abends hingesetzt habe mit, ein Fläschchen Bier getrunken, ein Schnäpschen getrunken. Und wenn meine Frau, am andern Tag, hat mich gefragt: „Watt hasse da wieder erzählt?". Ich kann mich an nix erinnern. Dat is, dat is dat. "Du weißt, du bist sonst schlau, gehst an den Computer, kannst du. Oder wenn wat ist, du machst das, dies und das. Du weißt alles! Wenn du woanders bist, dann kannst du dich unterhalten. Zu Hause sitzt du nur rum und guckst in die Gegend." Und die Leute kommen deswegen nicht mehr, weil ich nur noch – ich sitz so, vorne auf dem Sofa, ja, nich hinten angelehnt. Ich brauche mich nich anlehnen, ich sitz so (lehnt die Unterarme auf die Knie)*, und dann guck ich Fernsehen. „Ja, hast du das nicht gehört?!" Ja, was soll ich gehört haben, ich guck doch Fernsehen! „Ja, ich hab doch was zu dir gesagt!" Ich komm nicht drauf.* (Z.92-98)

Zudem hatte er Probleme mit seinem Hörvermögen, die ihn in der Kommunikation einschränken und die er verschmitzt anschaulich beschrieb:

B: Ich hab nämlich auch Kollegen hier drin sitzen (zeigt auf sein Ohr). *Die machen jeden Tag Waschgang, oder die pfeifen. Es ist – manchmal höre ich gar nichts, so wie*

jetzt, höre ich hier nichts, so, jetzt ist wieder da. Tinnitus, oder wie heißt der Kollege? (Z.98-101)

Das Thema gemeinsame Sexualität mit seiner Frau spielte für ihn seit der Chemotherapie keine Rolle mehr. Er führte seine Erektionsprobleme auf die chemotherapeutischen Medikamente zurück und hatte vergebliche Versuche unternommen, diese Probleme mit einem potenzsteigernden Mittel zu lösen.

B.: Und meine Männlichkeit ist auch weg. Trotz blauer Pille. Und das ist das Problem, sie sagt immer, ich hätte was gegen sie. Es gibt Möglichkeiten. Steht er auf, gehe ich zu ihr hin, und das ist wieder weg. Und dann sagt sie: „Du ekelst dich vor mir." Sie hat nämlich in der Zeit, wo sie jetzt spritzt mit dem Insulin, 30 Kilo zugenommen. Und das ist ja auch nicht, der Bauch ist bei ihr gekommen – das ist sogar noch mehr, über 30 Kilo. Und da ich auch nicht der Schmalste bin, ist die Annäherung ja nicht so besonders. (Z. 74-79)

Selbstironisch kommentierte er seine Erektionsprobleme im weiteren Verlauf des Interviews:

B: Watt soll ich machen? Es gibt so'n schönen Witz: Mit gekochte Spaghetti kann man nich Mikado spielen. (Z.81-82)

Zwischen Herrn A. und seiner Tochter bestand aus seiner Sicht gutes Einvernehmen. Im Beziehungsdreieck Eltern und erwachsene Tochter sah er mehr Nähe zwischen seiner erwachsenen Tochter und sich selbst, während seine Frau dies als Koalition gegen sich empfunden und darauf eifersüchtig reagiert hätte.

B: Und es ist problematisch. Meine Tochter und ich, wir sind ein Pott und ein Deckel. Und da meint sie immer, sie ist außen vor. (Z.52-53)

Er illustrierte die für ihn angespannte Situation, wenn seine Frau, seine Tochter und er zusammen waren:

B: …vorige Tage, unsere Tochter kommt am Freitag vor 14 Tage, jetzt sitze ich hier, meine Frau sitzt hier, und die Tochter sitzt da. Wir haben Mittag gegessen, nich Mittag, Abendbrot gegessen, weil sie abends, sie kommt abends von der Arbeit. Und als sie dann gegangen ist: „Hast mich den ganzen Abend nicht angesprochen! Du hast mir nicht in die Augen gesehen! Du hast nur die Tochter gesehen und hast dich

mit ihr unterhalten!" Ich sag: „Maria, wir haben uns unterhalten, wir haben da drüber und da drüber gesprochen." „Aber nicht in die Augen!" War wieder drei Tage, wie ich immer so sag, stille Messe. Das ist unmöglich! (Z.119-125)

Familien- und Erwerbsarbeit hatten Frau und Herr A. im klassischen Rollenmodell aufgeteilt. Herr A. war wegen seiner Montagetätigkeit in der Kindheit der Tochter über einige Jahre selten zu Hause präsent. In dieser Zeit habe sich seine Frau durch die chronische Erkrankung und wegen einer körperlichen Missbildung ihrer Tochter sehr belastet und von ihm allein gelassen gefühlt. Die psychische Belastung seiner Frau führte damals zu ihrem stationären Aufenthalt.

B: Und da ich ja auf Montage war, konnte ich nicht immer mitgehen. Das trägt sie mir heute noch nach. Die musste alles alleine machen. „Neun Jahre warste auf Montage". Neun Jahre musste sie das Kind alleine aufziehen und und und. Ich sag, ich war doch auch da, bin ich mit ihr auch hingefahren. „Ja, aber ich musste alles allein machen!". Und dann hatte sie dann den Nervenzusammenbruch und war drei Monate, ja, war, glaube ich, genau über Weihnachten und Neujahr, war sie dann in XY-Krankenhaus, und die Tochter und ich waren dann alleine. (Z.22-28)

Herr A. blickte auf die belastende Zeit während der Kindheit der gemeinsamen Tochter zurück, in der bei seiner Frau psychische Probleme aufgetreten waren und sie psychiatrisch stationär behandelt wurde. Er setzte sich mit dem Vorwurf seiner Frau auseinander, dass er ihren Zusammenbruch mitverursacht habe, weil er sie bei der Betreuung der Tochter allein gelassen hätte. Dieser Vorwurf seiner Frau schien für ihn immer noch aktuell zu sein.

Zu seinen persönlichen Anliegen und Erwartungen an die Paarberatung gefragt, meinte er Folgendes.

B: Ich hatte die Erwartung, dass man hier mit ihr da drüber spricht, und damals, wo dass ja, die Ebene ja sehr ungünstig war, dass sie dann durch Ihre Besprechung von dem hohen Level so runterkommt und dann, dass wir dann wieder uns treffen. Ich von unten nach oben, und sie von oben nach unten. Und das ist dann ja auch nachher noch gegangen. (Z. 222-228)

Herr A. wünschte sich seitens einer dritten Person (der Beraterin) Unterstützung gegenüber den Vorwürfen seiner Frau, um sich anschließend mit seiner Frau auf einer Ebene verständigen zu können. Er hielt es rückblickend für günstig, wenn es vor der Paarberatung Einzelgespräche mit ihm und seiner Frau gegeben hätte, damit die Beraterin sich einen zusätzlichen diagnostischen Eindruck von ihm und vor allem von seiner Frau hätte machen können. Er zitierte zudem seine Tochter, um einzubringen, dass er eine Fortsetzung der Paarberatung befürwortet hätte.

B: Ja, wir waren ja praktisch am Letzten, wo wir hier waren, dass meine Frau gesagt hat, jetzt sind wir solange schon bei Ihnen, und, äh, jetzt lassen wir das dann auslaufen. Die Tochter sagte „Wärt Ihr doch noch länger gegangen!". Erst ein Einzelgespräch mit Ihnen, und dann noch länger. Dann können Sie uns vielleicht noch besser einschätzen, wenn Sie mit uns einzeln gesprochen haben. (Z. 362-367)

Seine Erwartung war, dass die Beraterin seiner Frau seinen Standpunkt und seine Sicht vermitteln könne.

I: Wozu haben Sie die Beratung denn genutzt?

B: Ja, ich hatte die vorgeschlagen, und ich wollte, dass meine Frau – oder dass Sie mit meiner Frau da drüber reden. Ich hab ja hier nie wat gesagt: „Du hast ja dann nur gesessen und hast geguckt!". „Wieso, ich hab doch auch was gesagt!". „Na, du hast hier nie was gesagt! Du sitzt ja immer, deshalb kommen ja auch die Bekannten und Verwandten nicht mehr. Du sitzt ja nur stur und guckst geradeaus. Und wenn man dich wat fragt, weißt du von nix!"

I: War das denn so, dass Sie nur gesessen haben? Oder wie haben Sie sich selber in der Beratung erfahren?

B: Ich habe ihr gesagt: „ Hör mal, du hast erzählt, ich habe erzählt, Frau K. hat mich persönlich gefragt, da hab ich drauf geantwortet." „Ja, was hast du denn schon gesagt!" Ich sag: „Du hörst ja wahrscheinlich meine Stimme gar nicht mehr. (Z. 237-247)

Aus seiner Sicht handelte es sich bei den wiederkehrenden Vorwürfen seiner Frau ihm gegenüber um ein Problem, das im Grunde nicht zu verändern oder zu lösen sei.

B: Und Sie haben uns einen guten Rat gegeben, wir sollen den ganzen Mist ins Museum bringen und ab und zu mal einen Teil rausnehmen. Und 14 Tage später stand der ganze Mist bei uns auf dem Flur, auch im Badezimmer, im Flur, im Schlafzimmer, im Wohnzimmer, hat sie wieder alles ausgepackt! Dann, den anderen Tag, als wenn sie, wenn sie einen Fluss offen machen, der fließt, dat muss bei ihr auch raus. Dann kommt alles. „Ja", sagt sie, „Das habe ich erlebt mit dir, wenn Du auch nicht weißt!" Ja, ich weiß nicht. (Z.231-236)

Seinen eigenen Lösungsansatz, mit dem er versuchte deeskalierend auf die gemeinsame Situation einzuwirken, beschrieb er folgendermaßen:

I: Also, das gehörte zu den Belastungen. Wie ging es denn dann weiter, mit Ihrer Beziehung, wenn Sie jetzt mal so im Mai andenken, im letzten Jahr?

B: Da haben wir uns wieder gefangen, ja versuchen! (Z.90-92)

I: Hm. D.h., Sie haben sich, Sie sagen, wir haben uns zwischendurch wieder gefangen.

B: Ja.

I: Wie ging das? Wie kam es dazu?

B: Wie soll ich das sagen? Wie hab ich das gemacht? Wenn ich das jetzt gebrauch, das Wort, unterwürfig habe ich mich gegeben.

I: Ja.

B: Damit sie wieder die Oberhand bekam – das ist, jetzt haben wir wieder vier Tage, als sie hier gewesen ist, war sie wieder drei Tage nicht ansprechbar. (Z.105-111)

Herr A. versuchte, solche für ihn destruktiven Interaktionszirkel mit seiner Frau, die sich häufig wiederholten, im Ansatz umzulenken, indem er seiner Frau weitgehend entgegenkam und Streitsituationen vermied.

Herr A. übernahm seiner Frau gegenüber pflegerische Aufgaben, die zu Konflikten führten. Auch hier setzte er die Strategie ein, den Streit nicht weiter anzufachen.

B: Dreimal habe ich sie gefragt. Und dann schimpft sie wieder: „Es ist schon 9 Uhr durch. Du weißt doch ich will um 8.30 Uhr Essen!'" wegen der Zuckersache. Ja, was soll ich machen, soll ich die am Arsch packen und rausreißen aus dem Bett?! Dann

ist eigentlich die Stimmung schon wieder sehr ungünstig. Dann gehe ich meistens ausse Richtung. (Z.205-208)

Während des Interviews versuche ich, die Zeitleiste zur Visualisierung seiner Zufriedenheit mit der Paarbeziehung während des Zeitraums der Beratung hinzuzuziehen und lade ihn ein, Markierungen auf der Skala vorzunehmen. Dies gestaltete sich schwierig, da er bevorzugt anekdotisch erzählte und dabei im Zeitablauf hin- und hersprang, so dass ich während des Interviews Mühe hatte zu unterscheiden, ob die von ihm geschilderten Ereignisse vor, während oder nach Abschluss der Paarberatung angesiedelt sind.

Das Auf und Ab in Bezug auf die Kurve, die seine Zufriedenheit mit der Paarbeziehung visualisieren sollte, benutzte er als Metapher für positive Momente miteinander:

I: Wenn Sie sagen auf und ab, was ist denn auf, wie weit geht das hoch?

B: Auf ist gestern gewesen. Wenn wir sagen, wir gehen spazieren.

I: Und was ist das zwischen null und zehn? Was ist das dann für ein Tag?

B: Also, morgens war noch Ruhe. Dann waren wir spazieren. Und dann war abends ein Fernsehfilm, da wollte sich einer aufhängen und der hieß Josef. Und ich heiß auch Josef. Und dann auf einmal ist sie auf mich zugekommen und hat, also sie hat gesagt „Ich bin froh, dass wir dich noch haben, und die Tochter auch". (Z.145-154)

Als die Interviewerin nochmals auf die Skala zur Einschätzung der Paarbeziehungsqualität zurückkam, berichtete er erleichtert von einer emotionalen Wendung in der Paarbeziehung und ihrer Wiederannäherung als Paar.

I: Was würden Sie sagen, am Ende der Beratung, wo waren Sie da, Sie beide zwischen null und zehn?

B: Ja, da, also, wann waren wir das letzte Mal?

I: Im November waren Sie das letzte Mal hier.

B: Im Oktober hat sie, Oktober war gut. Oktober war gut, da hat…

I: Gut heißt dann, welche Einschätzung?

B: 8, 9 war das. Ne, da.

I: Da? Hier so?

B: Das hat sie selbst gesagt: „Gut, dass wir dahingegangen sind und dass wir uns wieder nähergekommen sind." … Sagt sie: „Gut, dass ich den P. hatte, der hat mir

schön geholfen." Ja, und danach rief der an, und dann sagte sie von sich aus: „P., es ist alles wieder wie früher. Ja, ja, ich hab ihn wieder lieb". Ja, dann geht das ja so, ne, der Blutdruck geht dann ja hoch (lacht), *ist klar.* (Z.256-268)

*B: Dann ist das so, was Sie gefragt haben, dann ist sie, haben wir nebeneinander gesessen, ja! Dann habe ich sie, meinen Arm um sie rum gelegt, sie hat dann ihre Hand hier, und dann – dat ist am besten. (*Z.282-284)

In seinem Resümee zum Schluss des Interviews schien seine humorvolle Seite nochmals durch.

I: O.k., dann können wir hier enden?

…

B: Enden ist gut. Die Enden flattern da so ein bisschen. (lacht) (Z.382-385)

Während des Interviews war ich unschlüssig, ob ich seinem Erzählfluss eher folgen oder die Fragen des Leitfadens häufiger einbeziehen sollte. Herr A. berichtete etliche Situationen in Form von anschaulichen Szenen, in denen er in wörtlicher Rede die Beiträge der Beteiligten wiedergab. Spürbar war für mich sein großes Bedürfnis, über seine langanhaltenden Interaktions- und Beziehungsschwierigkeiten mit seiner Frau zu berichten. Er fühlte sich in dieser Hinsicht eher ohnmächtig und in einer unterlegenen Position. Deutlich wurde dies noch einmal gegen Ende des Interviews, als ich eine exmanente Nachfrage zu seinen Erwartungen an den Beratungsprozess einbrachte. Dabei reflektierte er die Verletzbarkeit und Kränkbarkeit seiner Frau, die er von Beginn ihrer Beziehung an wahrgenommen hatte. In ihrer Paarbeziehung und besonders auf der Ebene als Eltern einer erwachsenen Tochter hatte er versucht, hier ausgleichend zu wirken. Er beschäftigte sich im Interview mit emotionalen Reaktionen seiner Frau, die sich für ihn wie „ein roter Faden" durch ihre gemeinsame Beziehung zogen. Herr A. berichtete, dass die Spannungen zwischen ihm und seiner Frau bei ihm hohen emotionalen Stress verursachten. Er wählte letztlich den Weg, solche Spannungen zu vermeiden oder möglichst gering zu halten, indem er sich z.B. „unterwürfig" gab, um seine Frau zu besänftigen. Dieses Vorgehen, das Herr A. bei sich selbst beobachtete, ist als aktive Form zu verstehen, eine Eskalation der Diskussion zu vermeiden. Herr A. ging z.B. dem jeweiligen Problem aus dem

Weg oder lenkte ein. Dadurch vermied Herr A. negative Affekte und blieb im emotionalen Kontakt mit seiner Partnerin.

Visuelle Darstellung der Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung von Paar A.

Unabhängig voneinander schätzten Frau und Herr A. während ihrer Interviews auf einem vorbereiteten Blanko-Diagramm ein, wie zufrieden sie mit ihrer Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung waren bzw. wie sie die Qualität ihrer Paarbeziehung rückblickend einschätzten (Abbildung 2). Beide markierten in ähnlicher Weise ihre Zufriedenheit zu Beginn des Paarberatungsprozesses auf dem niedrigsten Wert auf der X-Achse in einem Koordinatenkreuz. Bei Frau A. zeigte sich zunächst ein etwas steilerer Anstieg der Zufriedenheit, der dann im Verlauf abflachte. Herr A. zeichnete einen stetigen Anstieg seiner Zufriedenheit. Kriterium für die Einschätzung der Qualität war bei beiden die emotionale Nähe, die sie empfunden hatten.

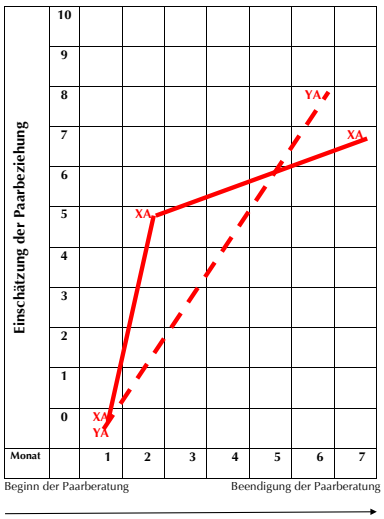


Abbildung 2: Paar A. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XA= Frau A., YA= Herr A.

Synopse der individuellen Ergebnisse der Fragebogen aus der Studie 1 und Interviewaussagen von Paar A.

Bei der Problemliste (PL) stufte Herr A. bei der ersten Messung fünf Items als „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“ ein. Es handelte sich dabei um die Bereiche Freunde/Bekannte, Verwandte, das Temperament der Partnerin, Sexualität und Kommunikation. Bei der zweiten Messung waren es drei Bereiche, die er mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ etikettierte: Eifersucht, Sexualität und Krankheiten. Frau A. benannte bei der ersten Erhebung über die PL vier Items, in denen sie „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“ wahrnahm. Dies waren Temperament des Partners, Sexualität, Verwandte und Kommunikation. Bei der zweiten Messung nannte sie ebenfalls vier Items mit derselben Kennzeichnung, diesmal allerdings die Bereiche Freizeitgestaltung, Eifersucht, Sexualität und fehlende Unterstützung des Partners. Der Bereich Verwandte war für beide zu Beginn der Beratung belastend, ebenso der Bereich Kommunikation in der Paarbeziehung. Eifersucht spielte bei beiden zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine Rolle, während das Thema Temperament des Partners/der Partnerin zurücktrat. Das Thema Kommunikation wurde von beiden nach Beendigung der Beratung in der PL nicht mehr als problematisch vermerkt. Das Thema Sexualität wurde von beiden zu Beginn und nach Beendigung der Beratung als belastend eingestuft.

Zum Thema Sexualität äußerten sich Herr und Frau A. in ihren Interviews. Sie beschrieben, wie gesundheitliche Einschränkungen ihre gemeinsame Sexualität beeinflussten. Frau A. wünschte sich sexuelle Kontakte, nahm aber mit Blick auf die Erkrankung ihres Mannes diese Wünsche zurück, während Herr A. fast erleichtert schien, als er das Thema gemeinsame Sexualität wegen seiner Potenzprobleme verabschiedete. Die Belastung im Bereich der sexuellen Beziehung blieb auch nach Beendigung des Paarberatungsprozesses bestehen. Allerdings schilderte Frau A., dass sie ihre Perspektive darauf und ihre Ziele im Kontakt mit ihrem Mann stark verändert hatte.

Das Thema Eifersucht benannten beide in ihren Interviews, und zwar im Zusammenhang mit der angespannten Beziehung zwischen ihnen als Eltern und ihrer erwachsenen Tochter. Herr A. meinte, seine Frau sei eifersüchtig auf seine gute Beziehung zur Tochter. Auch Frau A. berichtete von Konflikten und Misstrauen ihrer

Tochter gegenüber, die häufig auf der Seite des Vaters stehe, während sie außen vor sei. Das Thema Eifersucht, das Frau und Herr A. in den Fragebogen als problematisch einstuften, könnte daher eher im Blick auf die jeweilige Beziehung der Eltern zur erwachsenen Tochter gemünzt gewesen sein als auf die Paarbeziehung.

Bei der Einstufung des Themas Verwandte als Belastungsfaktor für ihre Paarbeziehung waren sich beide einig. Dies war auch ein zentrales Thema, das beide in ihre Interviews einbrachten. Frau A. war mit Angehörigen aus ihrer Herkunftsfamilie in einem ungelösten Konflikt und hatte zwischenzeitlich den Kontakt abgebrochen.

Ihre Kommunikationsprobleme als Paar beschrieben beide so, dass sie angesichts der kognitiven und stimmungsbezogenen Einschränkungen, die bei Herrn A. im Nachgang zur Chemotherapie auftraten, inzwischen einen Weg gefunden hatten, sich zu verständigen. Beide benannten deeskalierendes Interaktionsverhalten als Lösungsstrategie. Herr A. drückte es folgendermaßen aus: *„... unterwürfig hab ich mich gegeben"*. Frau A. konnte ihre Emotionen in kritischen kommunikativen Situationen selbst besser regulieren, wenn ihr Mann seinen Anteil an den aufgetretenen Missverständnissen klar benannte.

Das Thema Temperament des Partners/der Partnerin trat in den Interviews deutlich hervor. Beide sahen sich in dieser Hinsicht als sehr unterschiedlich an. Frau A. beschrieb, dass dieser Unterschied sie bereits seit Beginn der Paarbeziehung begleitete.

Frau A.: Ich sag, und du, du warst ja schon immer nicht der Schlimmste, immer nicht der Windhund. Du warst ja schon immer nur der ruhende Pol und ich das Schwungrad in unsere Ehe. Aus dem Grund, ne, da hätten wir gar nicht zusammenkommen dürfen von Verschiedenheit. (Z.651-654)

In der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) erreichte Frau A. in der ersten Messung einen Wert von 37, in der zweiten von 36. Herr A. erreichte in der ersten Erhebung eine Summe von 24 und in der zweiten von 21. Bei Herrn A. lag das Ergebnis der ersten Messung über dem Grenzwert, der auf das Vorliegen einer depressiven Verstimmung hinweist. Eine Belastung durch depressive Symptome (Stimmungsbeeinträchtigung, Antriebslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schweigsam-

keit) zog Herr A. im Interview für sich selbst nicht in Betracht. Zum zweiten Messzeitpunkt hatte sich sein Wert im Fragebogen verringert. Bei Frau A. sind die Werte zu beiden Zeitpunkten als Hinweis auf eine klinisch relevante Depression anzusehen. Möglicherweise bestanden bereits seit Längerem depressive Symptome bei ihr, die sich im Zeitraum der Paarberatung nicht entscheidend verändert hatten. Im Einzelinterview beschrieb Frau A. ihre psychische Belastung in den vergangenen fünf Jahren aufgrund der Veränderungen, die sie bei ihrem Mann wahrgenommen hatte. Während des Beratungsprozesses griff Frau A. die Hypothese auf, dass die Veränderungen im Verhalten bei ihrem Mann im Zusammenhang mit seiner depressiven Belastung stehen können und begann, diese anders zu deuten.

In der Beschwerdenliste (BL) zeigte sich bei Herrn A. ein Wert von 33 zum ersten und 31 zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Bei Frau A. waren Werte von 36 bei der ersten und 41 bei der zweiten Messung erfasst worden. Die Belastung durch körperliche oder seelische Beschwerden hatte sich demnach subjektiv bei beiden nicht entscheidend verändert. Herr A. hatte beim ersten Messzeitpunkt die Items Kloßgefühl/Engigkeit im Hals, Grübelei, Kreuz- oder Rückenschmerzen und Nacken- und Schulterschmerzen mit der höchsten Kategorie von Belastung (3) angegeben, während zum zweiten Messzeitpunkt diese Antwortkategorie nicht mehr vorkam. Er litt demnach weniger stark an den Beschwerden. In der Summe sind die Belastungen, die er mit 1 und 2 angab, dennoch fast so hoch wie die Gesamtsumme beim ersten Mal. Bei Frau A. war die subjektive Beeinträchtigung durch Beschwerden vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt angestiegen. Bei der zweiten Erhebung benannte sie mit der höchsten Belastungskategorie (3) die Items Schwächegefühl, Sodbrennen, Grübelei, Kreuz- oder Rückenschmerzen, Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen und Unruhe in den Beinen. Ein Teil dieser Beschwerden ist wahrscheinlich auf ihre (chronischen) Erkrankungen zurückzuführen und daher grundsätzlich kaum veränderbar. Daher ist die Frage interessant, wie Herr und Frau A. jeweils mit ihren eigenen Beschwerden und denen des Partners/der Partnerin umgingen. Frau A. beschrieb im Interview deutlich, dass sie die Perspektive in Bezug auf die Symptome ihres Mannes gewechselt hatte. Sie akzeptierte seine Veränderung und den Verlust, der für sie dadurch entstand und sah sein Verhalten seltener als aversiv an. Sie selbst sah sich zum Zeitpunkt des Interviews als entspannter und ruhiger. Herr A. zeigte sich im

Interview erleichtert, dass für ihn die emotionale Verbundenheit zwischen ihm und seiner Frau wieder spürbar war. Sein allgemeines subjektives Wohlbefinden stieg dadurch. Trotz der Belastung, die durch die Werte in der BL zum Ende der Paarberatung deutlich wurden, fühlten sich beide wohler.

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) erreichte Herr A. in der Erhebung zu Beginn der Beratung einen Summenwert von 46 und am Ende der Beratung von 26. Bei ihm verringerte sich die Zufriedenheit in den Bereichen Familie, Partnerschaft, Einkommen und Beruf. Herr A. empfand evtl. weniger Lebenszufriedenheit in den genannten Bereichen, möglicherweise nahm er im Lauf der Paarberatungszeit die kritischen Punkte in seiner Ehebeziehung und in der Familie klarer wahr und setzte sich damit auseinander. Frau A. erreichte im FLZ Summenwerte von 57 zu Beginn und 62 zum Ende der Beratung. Sie erfuhr demnach eine leichte Steigerung der Lebenszufriedenheit. Bei ihr verringerte sich die gewichtete Zufriedenheit hauptsächlich in den Bereichen Gesundheit und Familie.

Hinsichtlich der drei Skalen Affektive Kommunikation (AKO), Problemlösen (PBL) und Aggression (AGG) des Fragebogens EPF ergaben sich in Studie 1 unerwartet insgesamt gestiegene Werte der Unzufriedenheit bei den beteiligten Klienten/-innen. Die individuellen Werte bei Ehepaar A. fielen folgendermaßen aus: In der Skala Globale Unzufriedenheit (GUZ) wurde bei Herrn A. zum ersten Erhebungszeitpunkt ein T-Wert von 52, bei Frau A. von 54 erreicht. T-Werte zwischen 50 und 60 in dieser Skala weisen auf signifikante Konflikte in der Paarbeziehung hin, die sich in häufigem Streit und Schwierigkeiten bei der Problemlösung zeigen und auf weiter zurückliegende Ursprünge der Konflikte hinweisen können. Dennoch gelten Bindungsqualität und Zufriedenheit eines Paares bei Werten in diesem Bereich als noch ausreichend, um gemeinsame Beratung anzufragen (vgl. Klann et al., 2006). Bei Herrn A. war der T-Wert in der Skala GUZ am Ende des Paarberatungsprozesses auf 57 gestiegen, bei Frau A. hingegen auf 43 gefallen. Im Interview stellte Herr A. heraus, dass er es während der gesamten Zeit ihrer Paarbeziehung als sehr problematisch empfunden hatte, dass seine Frau ihm bei verschiedenen Gelegenheiten Gereiztheit und Vorwürfe entgegenbrachte. Seine gestiegene Unzufriedenheit, die er über den Fragebogen ausdrückte, könnte ein Hinweis darauf sein, dass er diese Interaktionsprobleme gegen Ende des Paarberatungsprozesses deutlicher wahrnahm und weniger im Sinne eines

Harmonieideals der Paarbeziehung abwehrte. In der Skala eheliche Konventionen (KON) des EPF fiel sein T-Wert zum zweiten Erhebungszeitpunkt stark ab (von 62 auf 49), was diese Vermutung bestärkt. Diese sogenannte Validitätsskala erfasst das Ausmaß, in dem bei der Beantwortung der Fragen die Ehe- bzw. Paarbeziehung in sozial erwünschter Weise dargestellt wird. Im Interview zeigte er sich ambivalent, denn er wollte zum einen loyal zu seiner Frau stehen und zum anderen über seine Belastung wegen der aus seiner Sicht ungerechtfertigten Vorwürfe seiner Frau sprechen, die er seit vielen Jahren erlebte.

Ergänzend lässt sich die Skala Aggression (AGG) heranziehen. In der Subskala AGG geht es um Einschüchterung und körperliche und nicht-körperliche Gewalt des Partners/der Partnerin. Mittlere T-Werte zwischen 50 und 60 entstehen bei einschüchternden Handlungen wie verbaler Aggression oder Drohungen des Partners/der Partnerin. T-Werte über 60 zeigen sich bei körperlich aggressiven Handlungen. Herr A. erreichte in der ersten Messung einen T-Wert von 42, in der zweiten von 61. Frau A. erreichte bei der ersten Messung einen Wert von 56, in der zweiten von 47. Auch in dieser Skala zeigte sich also eine gegenläufige Entwicklung bei dem Paar A. Bei Herrn A. war die subjektive Belastung durch als aggressiv empfundenes Verhalten seiner Frau gestiegen. Er benannte im Fragebogen, dass seine Frau ihn angeschrien und mit Gegenständen geworfen oder Türen zugeschlagen habe, wenn sie wütend war. Dies stimmte mit der Selbstbeschreibung von Frau A. überein, die ihr Verhalten ihrem Mann gegenüber unter großem subjektivem Stress als „Anfall“ bezeichnete. Im Fragebogen stimmte Herr A. zu, dass er sich Sorgen mache, ob seine Frau ihre Wut unter Kontrolle halten könne. Im Rahmen einer Streiteskalation zwischen Herrn und Frau A. zeigte er selbst unter Alkoholeinfluss ungewohnt provozierendes Verhalten.

In seinen Interviewaussagen berichtete Herr A., dass er seit Jahren unter den Vorwürfen seiner Frau leide, er sei nicht loyal ihr gegenüber. Möglicherweise hat der Paarberatungsprozess dazu beigetragen, dass er seine Unzufriedenheit subjektiv deutlicher wahrnahm und diese auch seiner Frau gegenüber zum Ausdruck brachte. Dazu passte seine Aussage, dass er den Beratungsprozess gern weitergeführt hätte und sich wünschte, in Einzelgesprächen die Schwierigkeiten der Einzelnen, insbesondere die individuellen Probleme seiner Frau, zu erhellen.

Die Skala Affektive Kommunikation (AKO) erfasst als Maß für emotionale Intimität die Unzufriedenheit damit, wie der Partner/die Partnerin Zuneigung, Gefühle, Selbstöffnung und Verständnis transportiert. T-Werte zwischen 50 und 60 zeigen sich bei Personen, die sich als vom Partner/von der Partnerin emotional getrennt, nicht verstanden und nicht wertgeschätzt sehen. Die gegenseitige Selbstöffnung lässt in diesen Fällen subjektiv zu wünschen übrig. Bei Herrn A. und bei Frau A. ergab sich in dieser Subskala zum ersten Messzeitpunkt jeweils ein Wert von 55. Am Ende der Beratung zeigte sich bei Frau A. ein Wert von 47, bei Herrn A. von 59. Seine Unzufriedenheit mit der emotionalen Intimität in der Paarbeziehung war demnach im Zeitraum der Paarberatung gestiegen, der ihre hatte sich verringert. Frau A. benennt deutlich, dass sie ihre emotionale Verbindung zu ihrem Mann gestärkt habe und sich ihm wieder nahe fühle. Herr A. äußerte im Interview, dass er über die emotionale Wiederannäherung zwischen ihm und seiner Frau im Zeitraum zwischen der Beendigung der Paarberatung und dem Interviewtermin erleichtert war. Zum Ende des Paarberatungsprozesses, das ca. drei Monate zurücklag, war er sich diesbezüglich möglicherweise weniger sicher und beantwortete den Fragebogen entsprechend.

Die Subskala Problemlösen (PBL) erfasst die Problemlösefähigkeiten der Partner/-innen. T-Werte zwischen 50 und 60 weisen auf chronifizierte Auseinandersetzungen und geringe Problemlösefertigkeiten oder negative Vermeidungsstrategien hin. T-Werte, die 60 überschreiten, zeigen sich bei Partnern/-innen, die sich in chronischen ungelösten Konfliktthemen befinden und die dem Partner/der Partnerin jeweils destruktive Absichten und Abwertung unterstellen. Am Beginn der Paarberatung erreichte Herr A. hier einen Wert von 77, am Ende der Beratung von 83. Frau A. erreichte zu Beginn der Beratung einen Wert von 60, zum Ende der Beratung von 55. Die hohen Werte bei Herrn A. weist darauf hin, dass er langanhaltende, ungelöste Konflikte in der Paarbeziehung sieht. Seine Unzufriedenheit im Bereich Problemlösen war über den Zeitraum der Paarberatung gestiegen, während sich ihre Unzufriedenheit diesbezüglich verringert hatte. Frau A. beschrieb im Interview, wie sie durch kognitive Umbewertung und emotionale Wiederannäherung an ihren Mann zufriedener in ihrer Paarbeziehung geworden war, und welche Lösungen sie und ihr Mann aus ihrer Sicht für schwierige Situationen gefunden hatten. Für sie bedeutsam waren

dabei Signale ihres Mannes, dass er ihre Unzufriedenheit und ihren Ärger in einzelnen Situationen verstand und bereit und in der Lage war, ihre Perspektive einzunehmen. Herr A. war nach dem Ende der Paarberatung unzufriedener mit dem gemeinsamen Problemlösen. Er benannte dazu die Items, die eine Überreaktion und Unfähigkeit, wichtige Themen zu diskutieren, beinhalten. Empfindlichkeiten bei seiner Partnerin trugen zu seiner Unzufriedenheit mit dem gemeinsamen Problemlösen bei. In diesem Zusammenhang gab es häufig wiederkehrende Interaktionsschleifen zwischen ihm und seiner Frau. Er stimmte zudem Items zu, die fehlende Problemlösefähigkeiten bei beiden Partnern/-innen benennen, selbst bei geringen Differenzen. Im Interview mit Herrn A. nahm dieser Themenkomplex einen großen Raum ein. Für ihn war dies der „rote Faden", der sich durch die Beziehung zu seiner Frau ziehe. Diese Schwierigkeiten blieben aus seiner Sicht auch nach der Beendigung der Paarberatung erhalten.

Die Subskala Sexuelle Unzufriedenheit (SUZ) erfasst die generelle Unzufriedenheit mit der gemeinsamen Sexualität, mangelndes sexuelles Interesse des Partners/der Partnerin und Mangel an Zärtlichkeit. T-Werte, die 60 überschreiten, gelten als Hinweis darauf, dass der Partner/die Partnerin als sexuell desinteressiert und gefühlsmäßig distanziert empfunden wird und es an Zärtlichkeit mangelt. Bei der ersten Messung erreichte Herr A. einen T-Wert von 39, bei der zweiten von 52. Handschriftlich hatte er auf dem Fragebogen zur ersten Erhebung hinzugefügt, dass er die Fragen zum Thema Sexualität wegen der Chemotherapie nicht beantwortet habe. Von 13 Items der Subskala SUZ hatte er zum ersten Erhebungszeitpunkt fünf bearbeitet. Dieser Skalenwert ist daher nur beschränkt aussagefähig. In der zeitgleich zum EPF eingesetzten PL stufte Herr A. zu Beginn der Beratung zwei Items zum Thema Sexualität als negativ konflikthaft ein. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt am Ende der Beratung beantwortete er alle Fragen, die der Skala SUZ zugeordnet sind. Dabei stellte er fest, dass er sexuelle Kontakte nicht häufiger wünschte und in der sexuellen Paarbeziehung nicht unglücklich war. Das gemeinsame Sexualleben schätzte er als nicht vollauf befriedigend ein. Bei Frau A. betrug der T-Wert in der Skala SUZ beim ersten Zeitpunkt 69, beim zweiten 61. Ihre sexuelle Unzufriedenheit in der Paarbeziehung ging vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zurück. Ihre Fragebogenantworten weisen darauf hin, dass sie unzufrieden damit war, dass ihr Mann zu wenig Lust auf

gemeinsame sexuelle Kontakte hatte und sich zu wenig um ihre sexuelle Befriedigung kümmerte. Im Interview berichtete sie von ihrer Entscheidung, sich und ihren Mann nicht mehr einer Situation auszusetzen, die seine Potenzprobleme deutlich werden lassen. Damit nahm sie ihre Erwartungen in Bezug auf die gemeinsamen sexuellen Kontakte zurück bzw. passte sie an die von ihr als unlösbar eingeschätzte Situation an. Im Fragebogen zeigte sich Herr A. ebenso wie Frau A. unzufrieden mit der Art, wie sie Möglichkeiten zur sexuellen Erfüllung besprachen. Der Abbruch der sexuellen Kontakte schien für das Paar ein Kompromiss zu sein, der nicht offen angesprochen wurde. Das Thema der Gestaltung der sexuellen Kontakte wurde von Frau und Herrn A. im Interview thematisiert, sie sprachen es im Paarberatungsprozess nicht an.

Zusammenfassung Paar A.

Anlass und Schlüsselsituation für die Paarberatung war bei Paar A. die Kumulation von Belastungen und die Zuspitzung eines chronischen Paarbeziehungskonfliktes. Ihre Bewältigungsmöglichkeiten für ihre stressbeladene Lage waren erschöpft. Für beide stand im Rückblick auf den Zeitraum der Paarberatung im Mittelpunkt, dass sie die emotionale Nähe zueinander wiedergefunden hatten. Frau A. war zu Beginn der Paarberatung damit überfordert, mit den Folgen der Erkrankung ihres Mannes und mit seiner psychischen Belastung umzugehen. In den Jahren ihrer Paarbeziehung galt er stets als der psychisch Stabilere, der ihr Halt gegeben hatte. Dank seiner kommunikativen Fähigkeiten fühlte sie sich bei gemeinsamen sozialen Kontakten wohl. Frau A. war zudem aufgrund ihrer eigenen körperlichen Einschränkungen und Erkrankungen auf seine Unterstützung im alltäglichen Leben angewiesen. Als er sich in seinem Verhalten mehr und mehr veränderte, sich zurückzog, vermehrt Alkohol konsumierte und ihr nicht mehr als das gewohnte Gegenüber erschien, waren ihre Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft. Hinzu kamen Auseinandersetzungen und Spannungen mit ihrer erwachsenen Tochter, die sie sehr kränkten. Frau A. war es schließlich gelungen, sich selbst zu beruhigen, indem sie zunächst Entlastung über Kontakte in ihrem sozialen Umfeld suchte, sich in den Paarberatungssitzungen mit ihren Bedürfnissen einbrachte und sich selbst über einen Krankenhausaufenthalt ihres Mannes akut entlastete. Sie nutzte diesen Aufenthalt, um in einer schwierigen Lage Distanz zu ihrem Mann herzustellen und konnte in der Folge

ihre Sichtweise auf ihn zum Positiven hin verändern. Sie näherte sich ihm emotional wieder an. Herr A. sah zu Beginn des Paarberatungsprozesses keine Möglichkeit, auf seine Frau beruhigend einzuwirken und sie in seinem Sinne positiv zu beeinflussen. Er war selbst durch die Folgen seiner körperlichen Erkrankungen und durch depressive Symptome belastet. Rückblickend befasste er sich damit, dass er über die gesamte Zeit der Paarbeziehung empfunden hatte, dass seine Frau leicht kränkbar und psychisch instabil war. Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle fühlte er sich damit überfordert, sie zu stützen und hatte den Eindruck, keinen emotionalen Zugang mehr zu ihr zu finden.

Paar B.

Frau B. war zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle 55 Jahre, Herr B. 56 Jahre alt. Sie waren seit 24 Jahren verheiratet und haben einen gemeinsamen Sohn, der damals 20 Jahre alt war. Herr B. war als Beamter in Vollzeit berufstätig, und Frau B. war als Beamtin teilzeitbeschäftigt. Frau und Herr B. meldeten sich aufgrund einer Ausschreibung für eine Paargruppe in der EFL-Beratungsstelle an. Das Gruppenangebot richtete sich an Paare im Alter 55 plus und enthielt neben systemisch orientierten therapeutischen Anteilen für die Paare und Einzelnen psychoedukative Elemente zur Beziehungspflege. Herr und Frau B. benannten als für ihr Anliegen die Teilnahme an der Paargruppe, dass sie ihre Paarbeziehung stärken wollten. Im Anschluss an die Paargruppe meldeten sie sich zur Beratung im Paarsetting an. Frau B. sprach in diesem Kontext ein Konfliktthema in der Paarbeziehung an, das sie im Gruppensetting nicht öffnen wollte. Sie litt sehr darunter, dass ihr Mann gern Frauenkleider und Röcke trug und dadurch sexuell erregt wurde.

Ihr gemeinsamer Sohn befand sich zu Beginn der Paarberatung im Übergang von der Schule zum Studium und erlebte eine persönliche Krise. Frau und Herr B. fühlten sich dadurch ebenfalls belastet. Das Studium hatte ihr Sohn abgebrochen, da er an Angstzuständen und Dysmorphophobie litt (Winter & Buhlmann, 2013). Zeitweilig traten bei ihm Suizidgedanken auf. Er nahm zum Zeitpunkt der Paarberatung von Herrn und Frau B. Psychologische Psychotherapie in Anspruch. Die Beziehung zwischen Herrn B. und seinem Sohn wurde von beiden Eltern als distanziert und kritisch beschrieben, während Frau B. sich emotional eng mit ihrem Sohn verbunden fühlte. Der Sohn erfuhr, dass sein Vater Webseiten zum Thema Cross-dressing (Curtis

& Morris, 2015; Ekins, 2002; Fiedler, 2007, 2010, S. 126-138; Nuttbrock, 2015) besuchte und sprach mit Frau B., aber nicht mit Herrn B. darüber.

Ein vorrangiges Beratungsziel für Herrn B. war die Neuentscheidung füreinander als Paar, während Frau B. in dem Paarberatungsprozess Klarheit suchte, was sie im Blick auf die Beziehung zu ihrem Mann wolle. Aus ihrer Sicht hatte sie bislang die Bedürfnisse anderer in den Vordergrund gestellt. Sie fühlte sich durch ihre Haushaltspflichten eingeengt. Sie hatte sich vorgenommen, mit ihrem Mann zusammen zu bleiben, bis ihr Sohn das Haus verlasse. Herr B. war sehr daran interessiert, dass seine Frau sich mit dem Thema Männer, die Frauenbekleidung u. a. zur sexuellen Stimulation tragen, befasse. Herr und Frau B. einigten sich auf das Beratungsziel, eine grundlegende Entscheidung über die Qualität und den Fortbestand ihrer Paarbeziehung oder eine Trennung zu treffen. Sie beendeten die Paarberatung abweichend davon schließlich mit der Entscheidung, sich zunächst nicht zu entscheiden.

Frau B. erlitt während des Zeitraums der Beratung einen Knochenbruch durch einen Unfall. Zusätzlich litt sie an chronischen Bandscheibenbeschwerden.

Die Beratung erfolgte siebenmal im Rahmen einer therapeutischen Paargruppe in Sitzungen von je 180 Minuten und nachfolgend auf Wunsch von Frau und Herrn B. im Paarsetting über sechs Sitzungen mit einer Dauer von jeweils zwischen 60 und 90 Minuten. Die Paargruppe wurde von einem Berater und mir in Co-Leitung durchgeführt. Die Paarberatung führte ich durch. Der gesamte Beratungsprozess erstreckte sich insgesamt über 10 Monate.

Die Interviews mit Frau und Herrn A. fanden fünf Monate nach Beendigung der Paarberatung in der EFL-Beratungsstelle statt.

Frau B. „Dass ich weiß, letztendlich muss ich die Schritte gehen. Ja, und dazu bin ich einfach zu feige..."

Das Interview mit Frau B. wurde drei Wochen nach der Beendigung des Beratungsprozesses durchgeführt.

Als sie ihren Mann kennenlernte, hatte Frau B. eine für sie enttäuschende Beziehung mit einem anderen Mann hinter sich. In der vorherigen Beziehung habe sie heftige Gefühle positiver wie negativer Art erlebt. Ihren Mann habe sie damals als Partner gewählt, da sie bei ihm Sicherheit und eine vom Verstand geprägte Bezie-

hung erwartete. Außerdem gab ihr diese Beziehung die Möglichkeit, aus ihrer Geburtsstadt wegzuziehen. Sie schätzt viele der Eigenschaften ihres Mannes wie Zuverlässigkeit, Empathie, Verantwortung für die Familie und den sicheren materiellen Rahmen, in dem sie leben.

Frau B. hatte ca. 15 Jahre zuvor von der sexuell gefärbten Neigung ihres Mannes erfahren, Frauenbekleidung zu tragen. Sie war empört, dass er ihr dies vor ihrer Heirat verschwieg, obwohl es ihm damals selbst klar gewesen sei. Für seine diesbezüglichen Bedürfnisse verachtete sie ihren Mann. Sie lehnte es ab, sich ihrem Mann zuliebe selbst weiblicher zu kleiden, denn sie hatte nie Kleider oder Röcke getragen. Sie fühlte sich von ihm provoziert, wenn er Frauenkleidung in Anwesenheit von Bekannten oder Verwandten trug. Es hatte deswegen in der Vergangenheit Konflikte zwischen ihrer Mutter, ihrem Bruder und ihrem Mann gegeben. Frau B. beschrieb ihre früh verwitwete Mutter als sehr konservativ. Frau B. fuhr nicht gemeinsam mit ihrem Mann in den Urlaub, da sie sich schämte, mit ihm gesehen zu werden, wenn er einen Rock trug. Er habe einen ganzen Schrank voller Kleider und treffe sich ab und an mit einem Freund, der ebenfalls gern Frauenkleidung trage. Fachinformationen zum Phänomen „Cross-dressing“ wollte sie im Rahmen der Paarberatung nicht erhalten, da sie sich mit dieser Thematik nicht näher befassen wollte. Sie bezeichnete sich als „Meisterin im Verdrängen“ (Quelle: Beratungsprotokoll).

Bevor sie Beratung im Paarsetting wahrnahmen, hatten Frau und Herr B. an einer zeitlich begrenzten Gruppe für Paare im Alter 55 plus teilgenommen, die von Seiten der EFL-Beratungsstelle angeboten wurde. Ihre Motivation dazu beschrieb Frau B. zu Beginn des Interviews.

B: Ja, die Situation war ja folgende, dass wir uns überlegt haben, irgendwie müssten wir mal etwas tun für uns. Also, weil wir ja gesagt haben, wir haben da massive Probleme und, äh, dann stand das ja in der Zeitung, dass Sie so etwas anbieten. Und da wollten wir einfach zunächst einmal reinschnuppern. (Z. 25-28)

Sie sah das Gruppensetting rückblickend als nur bedingt geeignet für ihr damaliges Anliegen an. Frau und Herr B. hatten sich entschieden, ein bestimmtes Konfliktthema in ihrer Paarbeziehung nicht in der Gruppe zu benennen.

B: Das war auch dann ganz interessant, nur es war für uns eben nicht, äh, die, ja die Leute bzw. die Zielgruppe, wo wir unsere Probleme, die Sie dann ja auch kennengelernt haben, in der Paarberatung, ja – so, vorgetragen haben. (Z.28-30)

Zu ihren Erwartungen an den Beratungsprozess gefragt antwortete sie:

B: Wissen Sie, dass natürlich irgendwie eine Lösung angeboten wird, wobei das eben wirklich nur eine Hoffnung ist. (Z.79-80)

… reingegangen sind wir natürlich in der Hoffnung, dass man da, ja irgendwie einen Ratschlag bekommt, wobei uns beiden auch eigentlich klar war, dass das schwierig sein wird, ne. (Z.84-85)

Frau B. sah die Problematik, die sie und ihren Mann in der Paarbeziehung belastete, als chronisch an. Sie vermutete, dass der grundsätzliche Konflikt bereits zu Beginn ihrer Beziehung grundgelegt gewesen sei.

B: Ja, das, äh – haben wir ja eigentlich auch schon gesagt, dass sich, äh, da eigentlich wenig verändert hat. Also, die Probleme, die sind da, und die haben sich auch während dieser Paarberatung nicht geändert. Das ist ja eben so grundsätzlich das Problem, ja, weil da – das Problem, das ich mit meinem Mann habe, liegt eben in ihm selber. Und vielleicht eben auch bei mir, von Anfang an, dass ich eben mit dieser Beziehung, ja, eine Vernunftehe eingegangen bin, ne. Ja, und das frag ich mich eigentlich - denk ich eben, dass das wahrscheinlich der Hauptgrund ist. (Z.63-68)

Sowohl sie selbst als auch ihr Mann hatten ihrer Einschätzung nach Anteil an den Problemen. Dennoch sah sie das für sie befremdliche Verhalten ihres Mannes und im Zusammenhang damit seine Wünsche an sie als Hauptgrund der Paarproblematik an. Frau B. umschreibt im Interview die Vorliebe ihres Mannes, Frauenbekleidung zu tragen vorsichtig.

B: Und diese, ich sag mal, ungewöhnliche, diese Erscheinungsform meines Mannes, was ich ja damals überhaupt nicht gewusst habe, geahnt habe und mich in keinster Weise irgendwie vorher damit auseinandergesetzt habe, so – ähm, das hat mich dann also total schockiert! Oder traumatisiert, könnte man auch sagen, ne. Dann hab ich das all die Jahre halt mitgemacht, unter den verschiedenen Dingen, über die wir auch

gesprochen haben, und dass ich gesagt habe, o.k., wenn das dein Ding ist, dann macht das bitte alleine! Und ich geb dir den Freiraum dafür. (Z.68-74)

Sie war durch seine Neigung zunächst massiv irritiert, hatte dann sein Verhalten toleriert, solang sie nicht einbezogen war. Es war ihr allerdings sehr wichtig, dass niemand aus ihrem Umfeld erfuhr, welche Vorliebe er hatte. Als ihr Mann in den zurückliegenden Jahren in verschiedenen Situationen ihren Wunsch nach Diskretion nicht umsetzte, nahmen die Konflikte zwischen beiden zu.

B: Aber bitte nicht, lass es bitte keine anderen, die wir kennen, Verwandtschaft, Familie sozusagen erkennen. Und das hat er, daran hat er sich ja nicht gehalten, ja, und dann wurde es eigentlich zunehmend problematischer, ne, in unserer Beziehung. (Z.74-76)

Erst nach einem guten Drittel des Interviews benutzte Frau B. einen konkreten Begriff, um zu beschreiben, was sie bezüglich des Verhaltens ihres Mannes belastet.

B: Und wie gesagt, unterbewusst, oder so wie ich weg bin und er zu Hause ist, oder wie auch immer, dann zieht er halt eben einen Rock an. (Z.130-131)

Auf die Frage, ob sie etwas Besonderes erinnere im Zeitraum der Paarberatung, innerhalb oder außerhalb der Beratungssitzungen, bezieht sich Frau B. auf die Art der Kommunikation als Paar.

B: Das einzige, ich mein, die Probleme, das, was meinen Mann bewegt, da haben wir ja schon drüber gesprochen. Das war ja nichts Neues. Nur, neu war eben, dass er sich hier mal die Zeit genommen hat, auch mal da so in meinem Beisein drüber zu sprechen und, äh, ich sag mal so, ja, dass ich da eben auch zugehört habe und nicht, wie ich normalerweise, dann sehr leicht aggressiv reagiere. Das muss ich schon sagen, dass ich da in vielen Fällen zu Hause sehr aggressiv bin. (Z.94-98)

Hinsichtlich des Konfliktes zwischen ihr und ihrem Mann sah sie keinen Zugewinn. Die Art, wie beide in den Beratungssitzungen über diesen Konflikt sprachen, hatte für sie eine neue Qualität. Ihren eigenen Anteil reflektierte sie dabei selbstkritisch.

I: Und für Sie selber, wie ging es Ihnen dann damit, darüber zu sprechen? Dass es einen Unterschied macht? Sie sagten zu Hause und hier, das ist ein Unterschied.

B: Ja, es war, wie gesagt, nicht zu konfliktbeladen. Wie gesagt, Konflikte sind es ja schon, aber, äh, es wurde hier eben einfach, oder Sie haben da sachlicher drüber geredet, ne. (Z.109-112)

Frau B. unterstrich, dass sie im Zusammenhang mit der Paarberatung offen über ihre Haltung, Gedanken und Gefühle mit ihrem Mann gesprochen hatte. In den Jahren zuvor hatte sie das zurückgehalten.

B: Ja, wo ich ihm dann auch gesagt habe, nach über 20 Jahren Ehe, dass ich da so meine Probleme habe. Und das hab ich ihm so deutlich vorher nicht gesagt! Und, äh, es ist ihm dann ja auch eben so bewusst geworden, und ich hab ja teilweise ihm gegenüber ein schlechtes Gewissen gehabt, ne. Weil, er versuchte schon, von seiner Seite aus kamen da Annäherungsversuche, die ich dann von meiner Seite aber abgeblockt habe. Und das wurde mir denn hier auch wieder nochmal so klar, wenn ich dann auch gesehen habe, wie es ihm dann auch weh tut. Verständlicherweise irgendwo, aber, ja – (Z.114-120)

Frau B. sah rückblickend keine Veränderung, die sich im Zeitraum der Paarberatung in der Qualität der Beziehung zwischen ihr und ihrem Mann ergeben hatte. Ihre Ambivalenz machte sie deutlich, indem sie zum einen betonte, was sie an ihrem Mann zu schätzen wusste und zum anderen ihre Probleme mit seinen sexuellen Präferenzen darstellte.

B: Und so bin ich auch wieder rausgegangen, so 50/50, was unsere Beziehung angeht, dass ich ihm auch einfach sage, gut, o.k., vom Charakter her ist mein Mann ein sehr wertvoller Mensch. Aber - ja, dieses andere, dieses Körperliche kann ich einfach nicht! (Z.80-83)

In ihrer Haltung hatte sich im Zeitraum der Paarberatung ihrer Meinung nach keine Veränderung ergeben. Ihre Ambivalenz bezüglich Zusammenbleiben oder Trennung bestand weiterhin, was sie selbstkritisch anmerkte.

B: Nein, eigentlich genau so, äh, unsicher bzw. dass ich weiß, letztendlich muss ich die Schritte gehen. Ähm - ja, und dazu bin ich einfach zu feige, zu sagen, o.k., so, wie wir uns eine Ehe vorstellen, ist es ja nicht. (Z.127-129)

Ihre Hoffnung, ihr Mann werde sich bezüglich seiner Neigung, Frauenbekleidung zu tragen, grundlegend verändern, bezeichnete sie nach Beendigung der Paarberatung als unrealistisch.

B: Und, äh, ja, kein Mensch kann sich innerlich so ändern, das geht gar nicht. Gut, momentan, äh, macht mein Mann das. Aber ich weiß nicht, wie lange das anhält, und wie gesagt, unterbewusst, oder so wie ich weg bin und er zu Hause ist, oder wie auch immer, dann zieht er halt eben einen Rock an. Das weiß ich! Und von daher ist es also nie so, dass das ganz weggeht, ne. Und das kann ich eben von ihm auch nicht erwarten, weil, das ist ein Teil (seufzt) seiner selbst, aus welchen Gründen auch immer es kommen mag, ne. (Z.129-134)

Allerdings hoffte sie, dass eine Einzelpsychotherapie ihren Mann dazu bewegen könnte, seine Wünsche und sexuellen Neigungen anders zu sehen. Fast alle seine Geschwister hätten ihre Erfahrungen in der Herkunftsfamilie im Rahmen psychotherapeutischer Prozessen thematisiert.

B: Oder auch, nachdem der Vater verstorben war, sein jüngerer Bruder, also ein Jahr jüngerer Bruder, der hat sich also selber in Therapie begeben, weil, ähm, er eben einfach das gespürt hat, also irgendwo: „Diese, diese, ja, Autorität meines Vaters". Und da gab's ja noch größere Probleme als mein Mann die mit seinem Vater hatte. „Und das muss ich irgendwie mal aufarbeiten.". Und einige von seinen Schwestern haben es auch gemacht, äh, dass die gesagt haben: „Also irgendwie, wir wollen mal unsere Vergangenheit auch aufarbeiten. Was war so in der Familie?". Und ja, das hat mein Mann eigentlich nie gemacht. Er sucht sich dann immer, hat sich dann immer andere, äh, Tätigkeiten gesucht, die er intensiv betreibt und auch immer sehr gut macht, überall gut ankommt. Und, aber diesen, sag ich mal, ja, persönlichen Bereich hat er für sich immer verdrängt, würde ich so sehen. Und da hat er dann eben mal hier so drüber gesprochen, ne. (Z.139-148)

Dass ihr Mann über seine Kindheit und Jugend in der Paarberatung offener als sonst gesprochen hatte, nahm Frau B. als Veränderung wahr. Daraus ergab sich eine positiv gefärbte Begegnung der beiden außerhalb der Paarberatung. Diese Art des Kontaktes führten sie nach der Beendigung der Paarberatung nicht weiter.

B: Ich meine, wir haben zu Beginn der, ähm, Paarberatung eigentlich schon dann, hinterher, da war dann ja auch so Sommer, oder Spätherbst, sind wir hinterher auch schon mal Essen gegangen, oder einen Kaffee trinken gegangen, und haben dann schon nochmal darüber gesprochen. Aber das ist dann bei dem einen Gespräch auch geblieben. Also, das war dann schon irgendwie auch was Positives, nur, in irgendeiner Form umgesetzt haben wir eigentlich gar nichts bisher.

I: Wie erklären Sie sich das?

B: Ja, das ist einfach, dass wir schon, also, zig Jahre so leben. Also irgendwo sind diese Gemeinsamkeiten, da wir beide eben auch so Menschen sind, die auf Sicherheit irgendwie bedacht sind, ne, die wir ja haben, und, äh, ja in diesen ganzen – ja, Beruf, Haus natürlich, ja, die Probleme, die jetzt unser Sohn hat, ja, dass wir da einfach so leben, ne! (Z.172-182)

Frau B. sah die Abweichung von ihrem gewohnten Interaktionsmuster als Paar so, dass sie und ihr Mann den bisherigen, als sicher empfundenen Rahmen der Paarbeziehung infrage gestellt hätte. Den Schritt, die Erfahrungen aus der Beratungssituation in den Alltag zu transferieren, hätten sie als Paar nicht vollzogen.

B: Das war dann ja eigentlich, nur hier in der Beratungsstunde. Zu Hause war dann wieder gar nicht. Das ist dann einfach so, der Alltag!

I: Das waren dann so ganz getrennte…

B: Ja, völlig getrennt! Völlig getrennt. Und, es hat mir keine neuen Erkenntnisse gebracht, ich wusste das ja auch alles. (Z.151-155)

Wiederum selbstkritisch bemerkte sie, dass sie die Verantwortung für eine mögliche dauerhafte Veränderung in ihrer Paarbeziehung bei sich selbst und ihrem Mann ansiedelte.

B: Ja, es hat, wie gesagt, Anregungen insofern schon gegeben, dass wir ansatzweise auch darüber gesprochen haben. Nicht zu nachhaltig, aber dass Sie uns Denkanstöße schon gegeben haben. Und, letztendlich aber, dass es unsere Sache ist, da was draus zu machen. (Z.302-304)

Frau B. ging ab der Mitte des Interviews sehr intensiv und engagiert auf die aktuelle schwierige Situation ihres Sohnes ein, der im Übergang zum Studium mit

psychischen Problemen zu kämpfen hatte. Sie wurde bei diesem Thema deutlich lebendiger als zuvor.

B: Ja, was meine Mutterrolle angeht, also, da mache ich mir natürlich sehr sehr viele Gedanken und versuche auch, ihn (den Sohn, Anm. d. V.) *zu bestätigen, und ja, was immer er an Vorschlägen hat, das wird eben, dass wir das eben auch machen. Wenn er jetzt sagt, er will noch mal zu einem anderen Orthopäden gehen, oder er sagt, er will zu einem Heiler gehen, also wir, wir gehen da nicht gegen an! Na, also, er soll es machen, und äh, nur wir kommen überhaupt keinen Schritt weiter! Und darüber spreche ich natürlich, sprechen wir ja auch gemeinsam darüber.* (Z.230-235)

In der gemeinsamen Sorge um ihren Sohn waren sich Frau und Herr B. einig. Allerdings traten aus Sicht von Frau B. vergangene Konflikte auf der Elternebene wieder hervor.

B: Ich mein, ich muss sagen, seitdem das mit unserem Sohn ist, dass wir da recht gut und sachlich auch miteinander reden können. Wobei ich ja da auch, äh, sage, vielleicht ist das auch ein Aspekt, äh „Du hast dich relativ wenig um ihn gekümmert". Das weiß er auch. Ja, und diese Erscheinung – ähm, ja, dass das schon eigentlich ein Problem ist. (Z.182-186)

An dieser Stelle benutzte Frau B. wiederum eine Umschreibung für die Neigung ihres Mannes, Frauenbekleidung zu tragen. Ihrer Ansicht nach habe diese Präferenz die Beziehung zwischen ihrem Mann und ihrem Sohn belastet. Die Beziehungen zwischen ihnen als Eltern und ihrem erwachsenen Sohn beschäftigte sie im Zeitraum der Paarberatung.

B: Und, ich sag mal so, mein Mann versucht jetzt schon auf unseren Sohn zuzugehen, mehr als früher, nur, unser Sohn blockt ab. Und das kommt, denke ich auch, durch die psychotherapeutische Behandlung … und arbeitet vermutlich jetzt alles auf, die Vergangenheit, die Beziehungen, die unser Sohn zu seinem Vater, zur Mutter hat, wie auch immer. Da sind sie vermutlich erst dabei. (Z.235-241)

Die Schwierigkeiten ihres Sohnes im Übergang in die nächste Lebensphase und in das Studium verfolgte Frau B. sehr intensiv mit. Sie fragte sich, ob seine Probleme mit der früheren Rollenverteilung in der Familie im Zusammenhang standen.

B: Ja, mein Mann, wenn ich ihn dann mal drauf anspreche, dann sagt er: „Ja, was glaubst du, wie ich mich früher mit meinem Vater gefetzt habe.“. Und das weiß ich wohl, aber das war bei unserem Sohn nie der Fall. Der hat alles sozusagen runtergeschluckt. Das war nie so eine normale - auch Konfrontation oder Losnabelung, äh, also weder von meinem Mann noch von mir. Aber, aber ich hab eben diesen Part auch übernommen, ja praktisch Mutter und Vater, würde ich sagen, so in einer Funktion, ne. (Z.245-250)

Ihren eigenen Anteil an der Entwicklung der familiären Situation und Beziehungsgestaltung benannte sie direkt und formulierte die Entwicklungsherausforderung für sich selbst in Bezug auf ihren Sohn.

B: Ja so hab ich eben, alles das eigentlich so übernommen, nich. Und dadurch, dass ich eben mit halber Stelle arbeite, habe ich eben auch mehr Zeit. D.h., viele Fahrten zum Studienort und zusätzlich erforscht, welche Psychotherapeuten oder so, also, da sind ja - Tage, Wochen draufgegangen! Ne, und, ich sag nur mal, das hab ich alles übernommen, ne. (Pause) *Ja, und dann gab es ja eben schon diesen Ansatz, dass das eben halt zu viel ist, und dass diese Probleme eben auch daherkommen könnten, dass er sich jetzt auch von mir losmachen muss. Und das will ich auch, ich will, ich sag auch in keinster Weise irgendwie, ja: „Bleib zu Hause!“ Oder was weiß ich, im Gegenteil!* (Z.262-269)

Frau B. analysierte klar, welche Veränderungen für ihren Sohn in der damaligen Familienphase anstanden. Sie sah sich mit Herrn B. darin auf der Elternebene einig.

B: Also, das ist schon ein Punkt, ja, äh, dadurch, dass - ein Kind nur und ich zu Hause war, das sagen wir beide, dass er doch noch recht unselbstständig ist. Und das kann er, meine ich, nur lernen, wenn er, wenn er weggeht von uns zu Hause. Und das hat er jetzt auch so am Wochenende wieder angesprochen, ne, von wegen, er muss sich ja um alles selber jetzt kümmern. Aber das ist ja normal! (Z.272-276)

In ihrer Schlussbemerkung betrachtete Frau B., dass ihr die ungewohnte Art, wie sie sich im Paarberatungsprozess mit konflikthaften Themen befasst hatte, nicht leichtgefallen war.

B: Ja, dass in einer Stunde doch sehr sehr viel so gesagt werden kann! Und sonst eigentlich eine Stunde im Nu vergeht, nur, wenn man so im alltäglichen Alltagstrott ist, aber hier, ja, weil es doch um Gefühle geht, um Probleme also, das war dann schon auch – anstrengend. (Z.310-312)

Frau B. reflektierte, dass sie sich im Paarberatungsprozess u. a. mit ihrer eigenen Haltung und ihren Gefühlen konfrontiert habe. Das fiel ihr nicht leicht. Sie müsse nun entscheiden, ob sie in der „Vernunftehe" bleibe, um der materiellen Sicherheit willen. Nachdem das Aufnahmegerät nach dem Interview ausgeschaltet war, fragte Frau B. mich, ob ich mit der „Macke, Röcke zu tragen" leben könnte. Ihre Unsicherheit und Ambivalenz, eine Entscheidung bezüglich ihrer Beziehung zu ihrem Mann zu treffen, wurde dabei noch einmal offenbar. Während des Interviews erschien mir Frau B. besonders emotional engagiert, als es um die Schwierigkeiten ihres Sohnes im Übergang zum Studium und ihre Rolle als Mutter eines erwachsenen Sohnes ging.

Herr B. „Meine Frau hat gesagt, jetzt gehen wir dahin, und dann gehen wir als frisch Verliebte wieder raus."

Das Interview mit Herrn B. fand drei Wochen nach der Beendigung des Beratungsprozesses in der EFL-Beratungsstelle statt. Herr B. erschien zum Interview bekleidet mit Jacke, einem Pullover, einem wadenlangen Jeansrock, Seidenstrümpfen und Turnschuhen. Er kommentierte dies, indem er sagte, er wolle mir zeigen, welche Art Frauenbekleidung er trage. Da seine Frau nicht anwesend sei, würde er damit ihr gegenüber keine Provokation begehen.

B: Ich versuche es insofern zu minimieren, als ich nur dann noch Rock trage wie heute, wo ich genau weiß, dass sie mich nicht sieht. Eben war sie nicht da, gleich wird sie nicht zu Hause sein, weil sie einen Termin hat. Insofern, das passte so ganz gut. Ich hatte mir schon vorgenommen, als wir den Termin vereinbart haben, heute kommst du mal im Rock! Damit Sie auch mal sehen, wie das überhaupt so aussieht! (lacht) Ja, so ist die Lage. (Z.79-84)

Herr B. beschrieb sich in den Paarberatungssitzungen als heterosexuell orientiert. Frauenkleidung zu tragen bedeutete für ihn, „Ballast abzuwerfen" (Quelle: Beratungsprotokoll) und seinen stressigen Alltag hinter sich zu lassen. Er wünschte sich von seiner Frau, dass sie seine Vorliebe akzeptiere und strebte in der gemeinsamen

Sexualität mit seiner Frau Abwechslung an, wozu sie nicht bereit sei. Aus seiner Sicht schränkte Herr B. seinen Wunsch, im privaten Umfeld Frauenkleider zu tragen, inzwischen deutlich ein, um Konflikte mit seiner Frau zu vermeiden. Dadurch werde er allerdings „grantig" (Quelle: Beratungsprotokoll). Herr B. betonte, dass seine Frau für ihn die Traumfrau sei. Als sie sich kennengelernt hätten, habe ihn im positiven Sinne „der Schlag getroffen" (Quelle: Beratungsprotokoll). Zum Zeitpunkt der Paarberatung kritisierte er das Übergewicht und den Alkoholkonsum seiner Frau und wünschte sich, dass sie abnehmen und sich weiblicher kleiden solle. Dadurch würde sie erotisch attraktiver für ihn. Seine Frau lehne dies ab, sie habe nie Kleider getragen.

Herr B. beobachtete überdies seit vielen Jahren an sich selbst eine Tendenz zu zwanghaften Handlungen, z. B. wenn er das Haus verließ und Kontrollverhalten zeigte. Im Interview erwähnte er, dass er durch seine Berufstätigkeit, zusätzlicher politische, sportlichen und musikalische Freizeitaktivitäten sehr eingespannt war.

Anlass, die Beratungsstelle aufzusuchen war für Herrn B. der Konflikt in der Beziehung zu seiner Frau und seine Sorge bezüglich einer möglichen Trennung.

B: Ja, was waren die Gründe damals? Einfach die Unzufriedenheit, ähm, mehr meiner Frau mit mir. Hauptsächlich wegen meiner - ja, Neigung, Röcke zu tragen, Jeansrock trage ich ja auch jetzt im Augenblick. Und damit kommt sie also nicht klar. Gleichzeitig will ich sie auch nicht aufgeben, nicht verlieren. Das war dann die Überlegung unsererseits, eine Paarberatung, Eheberatung wäre ganz sinnvoll. (Z.45-49)

Das Angebot einer Gruppe für Paare der EFL-Beratungsstelle schien ihm ein passender erster Schritt zu sein.

B: Und dann kam mir damals, gelesen haben wir von der Gruppenberatung und dachten, na ja gut, das ist schon mal ein Einstieg. Auch um jetzt die potentiellen Gesprächspartner, sprich Therapeuten, schon einmal kennen zu lernen. (Z.49-51)

Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle waren die Spannungen zwischen ihm und seiner Frau so stark angewachsen, dass sie Unterstützung von außen suchten. Eigene Lösungsversuche mittels Gesprächen miteinander waren aus seiner Sicht gescheitert.

B: Das Ganze hat einfach bewusst gemacht, unsere Beziehung, wir haben also jahrelang ziemlich aneinander vorbeigeredet, meine Frau und ich. Und als dann doch die Unzufriedenheit zu groß wurde und wir das dann auch gelesen haben von dieser Paarberatung, da haben wir gedacht, das ist jetzt die Chance, eventuell das Ruder noch einmal rum zu reißen. Weil, auf Dauer wäre es eine Indifferenz gewesen, und das ist für beide Seiten ja nicht gerade befriedigend. (Z.55-60)

Probleme sah Herr B. zu Beginn des Beratungsprozesses eher auf Seiten seiner Frau, die seine Neigung, Röcke zu tragen nicht tolerierte. Er selbst hoffte, dass die Beraterin die Bedenken und Probleme seiner Frau relativieren und sie zu einer anderen Einstellung auffordern würde.

B: Ich habe mich da gerne drauf eingelassen, weil ich einfach – ja, das Problem als solches ist für mich jetzt nicht so virulent, nicht so akut, es gibt schlimmere Probleme in einer Paarbeziehung, Alkoholismus, Fremdgehen usw. usf. So was halten ich und auch meine Frau selbst in der Tat für gravierendere Probleme als mal einen Rock zu tragen. Dennoch belastet es sie sehr, und ich selbst bin aber bereit, auf sie zuzugehen und dachte mir, na gut, vielleicht können wir durch die Beratung entweder Lösungsmöglichkeiten erfahren, oder aber hier wird gesagt, „Nimm das nicht so eng, nicht so ernst. Es gibt schlimmere Probleme", so sinngemäß. So war so meine Erwartungshaltung. (Z.61-68)

Im Rückblick bezeichnete er diese Erwartung als *„naiv"*. Im Lauf des Beratungsprozesses erlebte Herr B. zunächst einen Aufschwung im Blick auf die Beziehung zu seiner Frau. Das führte er darauf zurück, dass er seine Frau aus einer anderen Perspektive betrachtet hatte. Die Tatsache, dass er sich selbst geöffnet, seine Gedanken, Gefühle und Wünsche geäußert habe, erleichterte ihn.

B: Ich hab es ja schon erzählt, so beim zweiten, dritten Mal fuhr ich nach Hause mit einem sehr beschwingten neuen Verliebtheitsgefühl, ganz einfach so. Ich hatte meine Frau neu kennen gelernt, hatte selbst meine Gedanken hier auch äußern können, ganz offen, ganz frei. Irgendwie fühlte ich mich dann auch befreit zu Hause. (Z.70-73)

Diese anfängliche Aufbruchstimmung hatten er und seine Frau aus seiner Sicht nicht in ihren Lebensalltag übertragen.

B: … also, in zwei Fällen, als wir nach Hause fuhren, da war ich also richtig beschwingt, richtig neu motiviert in Sachen Beziehung, aber dann sehr schnell wieder auf die Realitäten heruntergestuft, sozusagen herunter gestutzt. Weil einfach das tägliche Leben zu Hause, der Trott sozusagen wiedergekommen. (Z.147-150)

Stattdessen waren sie in ihre bisherigen Gewohnheiten und ihren gewohnten Interaktionsstil zurückgekehrt.

B: Ja, sobald dann eben die Sitzung hier wieder vorbei war und man wieder auseinandergerückt ist, sozusagen, dann ging das eben wieder in Richtung normaler Ehetrott, normales Zusammenleben, ohne große Konflikte aber auch ohne Höhepunkte. (159-161)

Eine dauerhafte Veränderung in dem Paarkonflikt um seine Neigung, Frauenbekleidung zu tragen, sah Herr B. rückblickend nicht. Er meinte, dass der grundlegende Dissens zwischen ihm und seiner Frau nach der Paarberatung weiterbestand.

B: Und im Laufe der Zeit, der weiteren Beratungssitzungen hier, war das nicht mehr ganz so stark - Fortschritte zu spüren, sozusagen, bis wir uns am Ende so im Kreise gedreht haben ein bisschen. Also, kurzum, äh, das, wir haben die Sache thematisiert - das war auch gut so. Auch mit Hilfe thematisiert, neue Aspekte kennen gelernt, aber eine Lösung haben wir noch nicht gefunden, ehrlich gesagt, bisher. (Z.75-79)

Herr B. schilderte, wie er stattdessen versuchte, konflikthaften Situationen mit seiner Frau auszuweichen, da er ansonsten eine Trennung der Paarbeziehung befürchtete.

B: Deswegen habe ich gesagt, o.k., ich möchte sie aber nicht verlieren, ich möchte sie jetzt nicht, keine Trennung, und bin deswegen auch bereit zurück zu stecken, um sie nicht damit zu provozieren, unnötig. (Z.100-102)

Sein Lösungsversuch bestand darin, seine Frau nicht durch sein Verhalten zu provozieren, seine Wünsche zurückzunehmen und damit Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen. Dies bezeichnete er als „*Pseudolösung*".

B: Ja, einfach nur bemüht, es zu keinen Konflikten kommen zu lassen, sie ihrerseits auf ihre Weise, ich auf meine Weise. Und, Vermeidungs-, vermeidendes Verhalten, nach dem Motto „Gemerkt!". Ich würde ja gern ständig, zumindest zu Hause, so rumlaufen, weil es ja bequem ist. Aber ich ecke damit bei ihr an. Das möchte ich nicht, und darum tue ich es eben nicht, und wenn, dann nur, wenn sie nicht dabei ist. Und, das ist so eine Art Pseudolösung. Ich kann damit leben im Augenblick. Das ist nicht sehr schön, aber wenn ich abwäge, zwischen dauerndem Streit und dauerndem Gezänk, dann lieber, dann ist mir das so lieber, wenn ich zurückstecke, meine Bedürfnisse zurückstecke, als wenn dauernd jetzt der Streit wäre. (Z.165-172)

Herr B. kam seiner Frau auf diese Weise entgegen. Gleichzeitig bedeutete dieser Weg für ihn das kleinere Übel. Er profitierte indirekt, da er seine Frau im Gegenzug als weniger aggressiv erlebte.

B: Auf jeden Fall stelle ich bei mir fest, dass ich einfach ihr zuliebe mehr darauf verzichte! Ob man das als mehr Bewegung bezeichnen kann, kann ich nicht zu sagen. Bei ihr spüre ich auf jeden Fall, dementsprechend in ihrem Verhalten, das etwas ruhigere Verhalten, nicht so zänkerisch wie vielleicht vorher. (Z.371-374)

Diese Veränderungen brachte Herr B. in Verbindung mit den Erfahrungen im Paarberatungsprozess.

B: Ja, insofern, die Beratung war gut, aber, wie gesagt, nicht erfolgreich in dem Sinne, dass man jetzt eine Lösung gefunden hätte! D.h., wir leben weiterhin zusammen, mit den bekannten Problemen. Nur beide halten sich so ein bisschen zurück, und leben nicht so sehr ihre Interessen wie vorher aus. (Z.173-175)

Auf der parallel zum Interview ausgefüllten Skala, visualisierte er die Qualität der Beziehung zu seiner Frau im Lauf des Beratungsprozesses. Am Ende des Beratungszeitraumes markierte er eine mittlere Qualität mit der Beziehung zu seiner Frau.

B: Ja, und jetzt haben wir uns sozusagen da in der Mitte eingependelt. Ähm, ich versuche sie nicht zu provozieren, und sie nimmt auch nicht immer alles so krumm. Das ist schon mal vorteilhaft. (Z.127-129)

Herr B. differenzierte zwischen seiner Einstellung und seinen Wünschen und seinem Verhalten. Seine Frau und er hätten weiterhin grundlegend verschiedene Haltungen zu seiner Neigung, Frauenkleidung zu tragen. Er hatte aber dennoch sein Verhalten dahingehend verändert, dass er in Anwesenheit seiner Frau selten bis gar nicht Röcke etc. trug, um dieses lang bekannte Streitthema zu vermeiden.

B: Ja! Und der sieht eben derzeit aus, dass es so weitergeht wie bisher, aber doch wieder anders als bisher, weil ich einfach nicht mehr so viel Wert - also Wert darauf lege schon - aber das nicht mehr so provoziere, sondern mich zurückhalte, um sie damit nicht zu belasten. (Pause) Das ist ja grundsätzlich auch so, wir haben ja sonst keine Probleme miteinander. Wir haben ja hier darüber gesprochen, die Interessen, die Hobbies sind etwas verschieden, also es gibt wenig Schnittmengen. Aber es gibt meines Erachtens keine großen Streitereien, geschweige denn irgendwelche anderen Probleme. (Z.239-244)

Trotz vieler Unterschiede, die er zwischen sich und seiner Frau sah, war ihm der Fortbestand der Paarbeziehung wichtig. In den Paarberatungssitzungen hatte Herr B. das Gespräch mit seiner Frau als qualitativ anders empfunden als bei ihren Gesprächen zu Hause. Die ruhigere Art, miteinander zu sprechen hatte ihm ermöglicht, eine andere Perspektive auf seine Frau einzunehmen. Er beobachtete, dass er mit seinem veränderten Verhalten und seiner Rücksichtnahme auf die subjektive Belastung seiner Frau einen Zwischenerfolg erreichte, da Streitsituationen entfielen. Allerdings hätte er sich insgesamt mehr Energie in der Interaktion mit seiner Frau gewünscht.

B: Ja, weil ich einfach in der Beratung gespürt habe, in den Gesprächen, die hier ja wirklich in Ruhe abgelaufen sind - die Zeit nimmt man sich ja zu Hause ganz selten, wir zwei haben das jedenfalls nicht gemacht - gemerkt, dass ihr das sehr wichtig ist, bzw. dass sie das sehr belastet. Und, da ich letztlich ja immer noch einen Funken Sympathie, oder einen Funken, das ist zu wenig, noch Sympathie für sie hege, hab ich gesagt, o.k., dann gehe ich da ein bisschen zurück und werde sie nicht damit provozieren! Und, das war auch bisher so in dem Sinne erfolgreich, also wir hatten seitdem jetzt, aus meiner Sicht, keinen handfesten Streit mehr, seit Monaten. Das

plätschert so vor sich hin, ist aber auch nicht sehr leidenschaftlich. Das ist der einzige Nachteil dabei. (Z. 185-187)

Bei seiner Frau bemerkte Herr B. im Zeitraum der Paarberatung ein verändertes Verhalten ihm gegenüber. Sie reagierte weniger aversiv auf ihn.

B: Im Verhalten vielleicht weniger. Ja gut, letztlich schon, dass sie einfach etwas ruhiger geworden ist, mich nicht zu sehr kritisiert wie schon mal vor Monaten. Ähm, weil ich gemerkt habe, dass sie, wenn ich zu Hause mit dem Rock herumlaufe, einfach aggressiv wird. Das ist einfach nicht schön. Da ist sie etwas zurückhaltender, ruhiger geworden, weil ich das eben auch vermieden habe, dieses Rocktragen. Ansonsten, vom Verhalten her, hat sich da nicht so viel geändert, ehrlich gesagt. Sie ist da weiterhin skeptisch (Z.361-366)

Auf die Frage nach einem Motto oder einem Oberbegriff für seine Erfahrungen im Zeitraum der Paarberatung antwortete er:

B: Ja, gute Frage. Hm. - Neue Erkenntnisse. Oder (Pause) Bewusster miteinander leben, zusammenleben, bewusster als vielleicht vorher. Vorher ging das so, naja, leicht gedankenlos oder eben ohne über die Konsequenzen nachzudenken. Also, bewusster leben und miteinander zusammenleben, das wären zwei Aspekte, die mir spontan dazu einfallen. (Z.280-283)

Für Herrn B. bestand die Veränderung hauptsächlich darin, dass er mit einer aufmerksameren Haltung in den Kontakt zu seiner Frau ging und ihre Perspektive miteinbezog.

Da Frau B. sich über eine weite Strecke in ihrem vorangegangenen Interview mit den aktuellen psychischen Problemen ihres Sohnes befasst hatte, brachte ich die Elternebene im Schlussteil des Interviews mit Herrn B. ein. Im Rahmen des Paarberatungsprozesses spielte diese Ebene für Herrn B. keine besondere Rolle. Die psychischen Probleme des Sohnes sah er als zusätzliche Belastung für seine Frau und ihn auf der Elternebene.

B: Ja nun, das Ganze wird ja überlagert durch die Krankheit unseres Sohnes. Also das ist wirklich so, dass man das einfach als Krankheit anerkennen muss inzwischen, das ist völlig klar. Ähm - aber ansonsten sehe ich da jetzt nichts, keine, also sehe ich keine

Aspekte, die man jetzt darauf übertragen könnte. Es ist gut, dass wir das mal ansprechen konnten, am Anfang in der Paarberatung jetzt hier. Und es hat sich ja auch soweit, es hat sich auch ein bisschen gebessert durch die Therapie, damals in dem Krankenhaus in Y. Und durch die Gesprächstherapie, die er jetzt hat. Aber er ist nicht gesund, das ist uns ganz klar, er ist weiter davon betroffen. Und das macht uns natürlich betroffen. (Z.381-385)

Als Interviewerin bemerkte ich deutlich, dass Herrn B. daran gelegen war, seine Individualität zu leben und zum Ausdruck zu bringen. Mit einem gewissen Stolz trug er zum Interviewtermin einen Jeansrock und wollte mir diese äußere Veränderung unbedingt vorführen. Für ihn hatte dieses Outfit laut eigener Aussage u. a. die Bedeutung, sich anders zu erleben als in seinem stressbeladenen Arbeitsalltag, in dem Leistung und Anpassung gefordert waren. Gleichzeitig betonte er, dass ihm viel daran lag, die Beziehung zu seiner Frau aufrecht zu erhalten. Dafür war er bereit, seine eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und ihr entgegenzukommen, indem er in ihrer Gegenwart keine Frauenbekleidung trug. Er bemühte sich, Konflikte zu vermeiden, indem er Rücksicht auf die Einstellung und Gefühle seiner Frau nahm.

Diese aktive Strategie zur Vermeidung von Konflikten auf der Paarebene war mir bereits im Interview mit Herrn A. begegnet. Daher nahm ich dieses Phänomen als optionale Beobachtungskategorie in die nachfolgenden Interviewsituationen mit.

Visuelle Darstellung der Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung von Paar B.

Unabhängig voneinander schätzten Frau und Herr B. während ihrer Interviews auf einem vorbereiteten Blanko-Diagramm ein, wie zufrieden sie mit ihrer Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung waren bzw. wie sie die Qualität ihrer Paarbeziehung rückblickend einschätzten (Abbildung 3).

Frau B. behielt über den Zeitraum der Paarberatung eine Einschätzung mittlerer Qualität der Paarbeziehung bei. Ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit verschiedenen Konfliktthemen hatte sich nicht verändert. Im Interview legte sie den Schwerpunkt auf ihre veränderte Sichtweise bezgl. der Frage, bei wem die Hauptverantwortung für Veränderungen in der Paarbeziehung und für den Umgang mit damals gegebenen Konfliktthemen lagen. Sie betrachtete im Prozess der Paarberatung

auch ihren eigenen Anteil an den Konflikten und ihre möglichen Handlungsspielräume.

Herr B. startete mit einer Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung, die etwas geringer ausfiel als bei seiner Frau. Im ersten Teil des Paarberatungsprozesses stieg seine Zufriedenheit stärker an. Gegen Ende der Paarberatung und in der Zeit bis zum Interview schätzte er die Qualität der Paarbeziehung auf einem mittleren Niveau ein. Herr B. war nach den ersten Paarberatungssitzungen zunächst euphorisch und erhoffte sich eine Neubelebung der Beziehung zu seiner Frau. Rückblickend betrachtete er, dass er im Lauf der Paarberatung er diese Perspektive zurücknahm und sich für eine eher pragmatisch ausgerichtete Haltung seiner Frau gegenüber entschied.

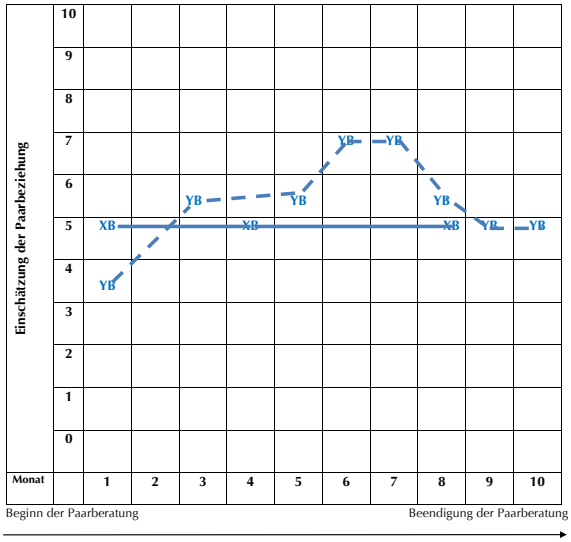


Abbildung 3: Paar B. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XB= Frau B., YB= Herr B.

Synopse der individuellen Ergebnisse der Selbsteinschätzungsfragebogen aus der Studie 1 und Interviewaussagen von Paar B.

Frau B. erreichte in der Problemliste (PL) beim ersten Erhebungszeitpunkt einen Summenwert von 4, wobei sie die Items Zuwendung des Partners und Umgang

mit Alkohol/Medikamenten mit „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“ markierte und die Items Sexualität und Gewohnheiten des Partners mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“. Bei der zweiten Messung erreichte sie einen Summenwert von 8. Sie stufte die Items Attraktivität, Persönliche Gewohnheiten des Partners, Forderungen des Partners, Krankheiten/Behinderungen/psychische Störungen und Umgang mit Alkohol/Medikamenten als „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“ ein. Die Items Freizeitgestaltung, Zuwendung des Partners und Sexualität kennzeichnete sie mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“. Ihre subjektive Belastung durch Probleme hatte sich in der Fragebogenerhebung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt stark erhöht, was sich u. a. in der höheren Zahl von Problembereichen äußerte. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frau B. sich im Zeitraum der Paarberatung mit ihrer ambivalenten Haltung zur Beziehung mit ihrem Mann auseinandergesetzt hatte, während sie vorher Veränderung ausschließlich von ihm forderte. Die Themen Zuwendung des Partners, Gewohnheiten des Partners und Sexualität kehrten bei der zweiten Erhebung wieder, allerdings z. T. mit einer anderen Einstufung. Die Aspekte Zuwendung des Partners und Sexualität schätzte sie am Ende der Beratungszeit als konfliktreich und nicht offen ausgetragen ein. Dies deckt sich mit ihren Angaben im Interview, dass sie und ihr Mann in den Paarberatungssitzungen über die konflikthaften Themen sprachen, diesen Dialog aber im Alltag nicht weiterführten. Sie erzielten keine Einigung zur Gestaltung der gemeinsamen Sexualität und was seine Neigung anging, Frauenbekleidung zu tragen. Beim Thema psychische Störungen könnte sie sich auf die Erkrankung ihres Sohnes bezogen haben, die sich im Zeitraum der Paarberatung manifestierte und die sie - laut ihren Aussagen im Interview - sehr belastete. Inwieweit sie dieses Item auf die Beziehung zu ihrem Mann bezog, blieb offen.

Herr B. erreichte bei der ersten Erhebung in der PL einen Summenwert von 8, zeigte sich zu Beginn der Beratung also wesentlich problembeladener als seine Frau. Die Items Persönliche Gewohnheiten und Forderungen der Partnerin markierte er mit „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“. Die Items Zuwendung der Partnerin, Attraktivität, Vertrauen, Sexualität, fehlende Akzeptanz/Unterstützung der Partnerin und Umgang mit Alkohol/Medikamenten etikettierte er mit „Konflikte, keine Lösungen,

oft Streit“. Bei der Erhebung zum Abschluss der Paarberatung erreichte er einen Summenwert von 9, der sich zusammensetzte aus den Einstufungen „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“ für die Items Persönliche Gewohnheiten der Partnerin, fehlende Akzeptanz/Unterstützung der Partnerin und Forderungen der Partnerin sowie der Einstufung „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ bei den Items Zuwendung der Partnerin, Attraktivität, Vertrauen, Gewährung persönlicher Freiheiten, Sexualität und Umgang mit Alkohol/Medikamenten.

Bei der zweiten Messung zeigten sich Frau und Herr B. darin einig, dass die Themen Zuwendung des Partners/der Partnerin und Sexualität in ihrer Beziehung konflikthaft waren, sie aber vermieden, darüber zu sprechen. Herr B. reflektierte im Interview:

Herr B.: Ich hatte so ein bisschen so eine Art Fenster gespürt, wie man eben, oder wie wir vor 20 Jahren miteinander umgegangen sind. Ganz anders, und sehr viel liebevoller und, äh, leidenschaftlicher letztendlich, das ist ja ganz klar. Und ich dachte mir, das kann ja wiederkommen. Aber das kam eben bis jetzt nicht wieder, weil sie eben weiterhin bisher immer noch, das hat sie auch hier angedeutet mehrfach, abgeschreckt ist oder zu sein scheint von dem einmaligen Bild, das ich ihr mal gezeigt habe, dass sie einfach von daher auch die Schotten dichtmacht, sozusagen. (Z.151-157)

In den Paarberatungssitzungen thematisierten beide ihre Unzufriedenheit mit dem Status ihrer gemeinsamen Sexualität. Allerdings führten sie das Gespräch dazu in ihrem Alltag nicht weiter. Beim Thema Attraktivität sah Frau B. oft Streit zwischen ihnen ohne Lösung, während Herr B. diesbezüglich eine Konfliktvermeidung sah. Dasselbe gilt für das Thema Alkoholkonsum, das im Interview ausschließlich von Herrn B. thematisiert wurde. Ihn beunruhigte der Umgang mit Alkohol, den seine Frau aus seiner Sicht praktizierte. Persönliche Gewohnheiten und Forderungen des Partners/der Partnerin blieben nach Abschluss der Paarberatung für beide zwar offen konflikthafte, aber ungelöste Themen. Im Interview teilte Herr B. dazu mit, dass er sich nach Abschluss der Paarberatungssitzungen zurückhielt, seiner Neigung Frauenkleider zu tragen nachzugehen, wenn seine Frau anwesend war, um Konflikte zu vermeiden. Diesen Weg sah er als konstruktiv an, um die Beziehung zu stabilisieren,

auch wenn der Konflikt zwischen ihm und seiner Frau ungeklärt blieb. Frau B. befasste sich im Interview damit, dass ihr Mann seine Neigung wahrscheinlich nicht aufgeben werde und sie eine Entscheidung treffen musste, ob sie dies tolerierte und die Beziehung aufrechterhielt oder nicht.

Frau B.: Also, die Probleme, die sind da, und die haben sich auch während dieser Paarberatung nicht geändert. Das ist ja eben so grundsätzlich das Problem, ja, weil da – das Problem, das ich mit meinem Mann habe, liegt eben in ihm selber. Und vielleicht eben auch bei mir, von Anfang an, dass ich eben mit dieser Beziehung, ja, eine Vernunftehe eingegangen bin, ne. Ja, und das frag ich mich eigentlich - denk ich eben, dass das wahrscheinlich der Hauptgrund ist. (Z.64-69).

Frau und Herr B. sahen sich in Bezug auf die Items der PL beide am Ende der Paarberatung stärker mit Konflikten belastet als zu Beginn. Während des Zeitraums der Beratung konfrontierten sie sich u. a. mit den Differenzen und Konflikten, die in ihrer Paarbeziehung bestanden. Dies könnte dazu geführt haben, dass sie diese Konflikte deutlicher wahrnahmen.

In der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) erreichte Frau B. bei der ersten Messung einen Gesamtwert von 13 Punkten, bei der zweiten von 44 Punkten. Dieser zweite Wert weist auf eine klinische Relevanz bezüglich Depression hin. Bei 12 Items kreuzte sie die höchste Belastungskategorie an, die sich in Beunruhigung, Konzentrationsproblemen, Niedergeschlagenheit, negativen Gedanken und Weinen äußerte. Gleichzeitig vergab sie hohe Punktzahlen für einen hoffnungsvollen Blick in die Zukunft, fröhliche Stimmung und positiven Selbstwert. Dieses widersprüchliche Antwortverhalten bedarf der Nachfrage bei der Probandin und Erläuterung, was im Rahmen meiner Studien nicht erfolgen konnte. Mit Vorsicht lässt sich annehmen, dass Frau B. sich nach Beendigung der Paarberatung ihrer ambivalenten Haltung bezüglich der Beziehung zu ihrem Mann deutlicher bewusst war als zu Beginn und dies als belastend empfand. Zudem berichtete sie im Interview, dass ihr die psychische Belastung ihres Sohnes sehr zu schaffen machte. Worauf der Anstieg der depressiven Symptome zurückzuführen war, lässt sich retrospektiv nicht erfassen.

Herr B. erreichte in der ADS bei beiden Erhebungen einen Wert von 7. Verändert hatte er seine Einschätzung bei dem Item „Während der letzten Woche kam

ich mir genauso gut vor wie andere.“ Beim ersten Mal antwortete er „kaum“, bei der zweiten Messung „meistens, die ganze Zeit“. Hoffnungsvolle Gedanken an die Zukunft hatten bei ihm zugenommen, während er sich bei der zweiten Erhebung im Unterschied zur ersten manchmal beunruhigt fühlte.

In der Beschwerdenliste (BL) zeigten sich bei Herrn B. Werte von 14 in der ersten und 13 in der zweiten Erhebung. Völlegefühl, Sodbrennen und Reizbarkeit belasteten ihn jeweils mäßig. Frau B. erreichte bei der ersten Messung einen Wert von 18. Bei der zweiten stieg der Wert in der BL stark auf 41 an. Sie litt z.B. stark unter Schwächegefühl, Kurzatmigkeit, Schluckbeschwerden, Übelkeit, Grübelei und innerer Unruhe. Der Anstieg ihrer subjektiven körperlichen Belastung und ihrer Allgemeinbeschwerden ist deutlich. Inwieweit sich auch die Folgen ihres Unfalls, den sie zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt der Studie 1 erlitt, in den Fragebogenantworten ausdrücken, lässt sich im Rahmen meiner Studien nicht nachvollziehen. Frau B. befasste sich im Interview über eine längere Strecke mit den psychischen Problemen ihres Sohnes und seiner Ablösungsprobleme aus dem Elternhaus, die sie persönlich sehr belasteten. Zusammen mit ihren depressiven Symptomen zeigte sich zum Zeitpunkt der Beendigung der Paarberatung bei Frau B. eine Destabilisierung. Da sie sich als eine auf Sicherheit hin orientierte Frau beschrieb, ist anzunehmen, dass sie sich in ihrer damaligen Lebenssituation mit subjektiv erheblich belastenden Ereignissen und mit veränderten familialen Rollen und Rahmenbedingungen auseinandersetzen musste. Ihre bisherigen Bewältigungsstrategien waren möglicherweise temporär nicht ausreichend.

Frau B.: Nein, eigentlich genau so, äh, unsicher bzw. dass ich weiß, letztendlich muss ich die Schritte gehen. Ähm - Ja, und dazu bin ich einfach zu feige, zu sagen, o.k., so, wie wir uns eine Ehe vorstellen, ist es ja nicht. (Z.127-129)

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit sank der Wert bei Herrn B. vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt von 60 auf 53 Punkte und bei Frau B. von 69 auf 36 Punkte. Herr B. war nach Beendigung der Beratung insgesamt mit seinem Leben ziemlich zufrieden, während er bei der ersten Erhebung insgesamt mäßig zufrieden war. Der Beruf war ihm beim zweiten Mal etwas wichtiger als beim ersten, mit seinem Einkommen war er etwas weniger zufrieden. Im Bereich Lebenszufriedenheit

zeigte Herr B. eher eine Stabilisierung. Frau B. hielt bei der ersten Messung alle Lebensbereiche für wichtiger als bei der zweiten. Insgesamt war sie mit ihrem Leben bei der ersten Erhebung ziemlich zufrieden und bei der zweiten eher zufrieden. Im Bereich Gesundheit gab es bei ihr einen großen Einbruch in der Zufriedenheit. Dies könnte im Zusammenhang mit ihrem Unfall und den körperlichen Folgen stehen. In den Bereichen Familienleben/Kinder und Partnerschaft/Sexualität zeigte sie sich bei der Abschlusserhebung jeweils um einen Punktwert zufriedener, wobei sie bei Partnerschaft/Sexualität von „unzufrieden“ (0) auf „eher unzufrieden“ (1) wechselte.

Im Fragebogen Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) stieg der generelle Unzufriedenheitswert bei Frau B. von 75 auf 80. Bei Herrn B. verringerte er sich von 74 auf 72. Im Bereich Affektive Kommunikation (AKO) zeigten sich beide nach dem Paarberatungszeitraum weniger unzufrieden als zu Beginn. Dieser Effekt lief entgegengesetzt zur Gesamttendenz in der Stichprobe in meiner Studie 1, bei der die Unzufriedenheit in diesem Bereich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitraum signifikant gestiegen war (siehe 6.2.2). Herr B. erreichte bei den Messungen in der Skala AKO T-Werte von 84 in der ersten und 73 in der zweiten Erhebung und Frau B. T-Werte von 61 in der ersten und 55 in der zweiten. Wie auch in der Darstellung in den Interviews zeigte sich Herr B. im Fragebogen insgesamt unzufriedener mit der affektiven Kommunikation als Frau B. Er hatte sich zu Beginn einen emotionalen Aufschwung in der Paarbeziehung erhofft, der ausblieb. Dennoch sank seine Unzufriedenheit, was damit zusammenhängen könnte, dass beide angaben, ihre Konflikte in ruhigerer Weise zu behandeln als vor der Paarberatung.

Dieser Effekt zeigte sich auch in der Skala Aggression, bei der die Unzufriedenheit bei Herrn B. von 51 auf 41 und bei Frau B. von 62 auf 57 sank. Frau B. erwähnte ausdrücklich in ihrem Interview, dass sie sich wesentlich weniger aggressiv ihrem Mann gegenüber verhielt. In der Skala Problemlösen stieg bei Herrn B. im Zeitraum der Paarberatung die Unzufriedenheit von 72 auf 80, bei Frau B. von 69 auf 71. In den Interviews wurde offenbar, dass Frau und Herrn B. ihre konflikthaften Themen in der Paarbeziehung klarer geworden waren und sie offener darüber gesprochen hatten. Allerdings zeichnete sich keine Lösung für ihre Probleme auf der Paarebene ab. Sie blieben nach Beendigung der Paarberatung in einer ambivalenten Situation.

In der Skala Sexuelle Unzufriedenheit ergab sich bei beiden keine Veränderung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Frau B. stufte ihre Zufriedenheit mit der gemeinsamen Sexualität bei beiden Messungen bei 61, Herr B. bei 69 ein. Im Blick auf die gemeinsame Freizeitgestaltung erhöhte sich bei Frau B. die Unzufriedenheit von 67 auf 78 und näherte sich damit dem hohen Wert von 81 bei Herrn B. an. Herr B. stellte im Interview heraus, dass er und seine Frau kaum gemeinsame Interessen pflegten. Bemerkenswert erscheint mir, dass die generelle Unzufriedenheit bei Frau B. auf einen sehr hohen Wert angestiegen war und diese auch bei Herrn B. gegen Ende des Paarberatungszeitraumes hoch ausfiel, beide sich aber weniger unzufrieden mit ihrer affektiven Kommunikation zeigten, wenn auch Herr B. ein weiterhin hohes Niveau der Unzufriedenheit auf diesem Gebiet ausdrückte.

Zusammenfassung Paar B.

In den Interviews mit Frau und Herrn B. war ein zentrales Thema der bereits seit Langem andauernde Konflikt auf der Paarebene, bei dem es um die Neigung von Herrn B. ging, Frauenbekleidung zu tragen. Damit verbunden war die Frage nach der gemeinsamen Sexualität. Eine Neuentscheidung über ihre Paarbeziehung stand für beide an, auch vor dem Hintergrund, dass der einzige Sohn auf dem Weg war, das Elternhaus zu verlassen. Die Fragen nach einer möglichen Trennung bzw. der Art der Bindung als Paar in der nachelterlichen Phase blieben im Zeitraum der Paarberatung ungelöst. Wie in dem Interview mit Herrn A. kam auch in dem Interview mit Herrn B. zur Sprache, dass er Rücksicht auf die Wünsche seiner Frau nahm und dies als aktive Form der Konfliktvermeidung verstand.

Paar C.

Frau C. war zum Beginn des Paarberatungsprozesses 54 Jahre, Herr C. war 56 Jahre alt. Das Paar war seit 31 Jahren verheiratet und lebte im eigenen Haus. Ihre drei Töchter waren 27 Jahre und die Zwillinge 26 Jahre alt. Alle drei Kinder waren zwei Jahre zuvor aus dem Elternhaus ausgezogen. Frau C. hatte ihren erlernten Beruf als Einzelhandelskauffrau nur kurz ausgeübt und war danach als Hausfrau und in der Erziehung der Kinder tätig. Sie wollte nach der Beendigung der Familienphase nicht wieder berufstätig sein. Herr C. war als Polizist im Schichtdienst tätig und in seinem

Beruf aufgrund von Umstrukturierungen zum Zeitpunkt der Paarberatung sehr unzufrieden. Beide waren sich einig, dass Herr C. die materielle Absicherung für das Paar übernahm. Das Paar suchte im Vorfeld der Paarberatung die Suchtberatungsstelle auf, da Herr C. seit vielen Jahren abhängiges Verhalten bezüglich Glücksspiel zeigte. Frau C. fühlte sich dadurch sehr belastet. Der Suchtberater hatte Herrn und Frau C. empfohlen, Paarberatung in der EFL-Beratungsstelle wahrzunehmen. Das Paar praktizierte die Regelung, dass Herr C. über keine Bankkarte verfügte und Frau C. ihm das Bargeld zweckgebunden aushändigte sowie seine Ausgaben überprüfte. Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle gab es keine Spielschulden mehr. In der Vergangenheit hatten die Eltern von Frau C. Spielschulden von Herrn C. ausgeglichen. Drei Jahre zuvor hatte das Paar in einer anderen Beratungsstelle Beratung im Paarsetting wahrgenommen. Danach hatte sich die Atmosphäre zwischen ihnen beiden für eine Weile gebessert. Inzwischen sei alles wieder „im Sande verlaufen" (Quelle: Beratungsprotokoll). Das Paar konnte keine gemeinsamen Freizeitinteressen benennen. Ihr gemeinsames Beratungsanliegen war, in der EFL-Beratungsstelle neue Impulse für ihre Paarbeziehung zu bekommen und das Vertrauen, das auf Seiten von Frau C. aufgrund des spielsüchtigen Verhaltens von Herrn C. verlorengegangen war, wieder aufzubauen. Herr C. brachte das Thema gemeinsame Sexualität als Beratungsanliegen ein, worauf Frau C. zögerlich reagierte.

Die Beratung erfolgte ausschließlich im Paarsetting über 11 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils zwischen 60 und 90 Minuten. Der Beratungsprozess erstreckte sich über 16 Monate.

Herr C. nutzte parallel zum Prozess der Paarberatung in unregelmäßigen Abständen Einzeltermine bei einer Psychiaterin und einer Psychologischen Psychotherapeutin, um seine Glücksspielsucht zu bearbeiten. Frau C. begann während des Paarberatungsprozesses eine Einzelpsychotherapie und trat nach Abschluss der Paarberatung einen zehnwöchigen stationären Aufenthalt in einer psychotherapeutischen Klinik an. Herr C. begab sich im Anschluss daran in psychiatrisch-tagesklinische Behandlung. Unmittelbar danach trat er eine Reha-Maßnahme aufgrund seiner Rückenprobleme an. Fünf Monate nach den Interviewterminen meldete sich das Paar erneut in der EFL-Beratungsstelle an und nahm drei Paarberatungssitzungen im Abstand von je vier Wochen wahr.

Die Interviews mit Frau und Herrn C. fanden acht bzw. 14 Tage nach der Beendigung des Beratungsprozesses in der EFL-Beratungsstelle statt.

Frau C. „Und die Wand, die ist hochgegangen, dass ich mein Mann nicht mehr sehen konnte."

Die Tatsache, dass ihre drei Töchter in der Zeit vor Beginn der Paarberatung das Elternhaus verlassen hatten, setzte Frau C. sehr zu. Sie hatte sich in der Familienphase intensiv auf die Aufgabe als Mutter konzentriert und konnte diese Rolle nun nicht mehr im gewohnten Maß ausleben. Sie freute sich auf ihre zukünftige Rolle als Großmutter, da sie dann wieder „gefragt" sei. Ihre Familie und ihr Zuhause hatten für sie eine besonders hohe Bedeutung. Sie fühlte sich nur dort geborgen und wohl. Frau C. beschrieb sich selbst als eher träge, was zu starkem Übergewicht bei ihr führte. Sie nahm an einem Sportkurs teil, zu dem ihre Tochter sie mitgenommen hatte. Andere Aktivitäten und soziale Kontakte außerhalb ihres häuslichen Bereiches mied Frau C. Sie lehnte es sehr deutlich ab, wieder berufstätig zu werden. Frau C. beschrieb ein stark negatives Selbstbild, vor allem in körperlicher Hinsicht.

Frau C. hatte ihrem Mann gegenüber großes Misstrauen wegen seiner Spielsucht. In der Vergangenheit hatte Herr C. Spielschulden im unteren vierstelligen Bereich gemacht, die z. T. von den Eltern von Frau C. ausgeglichen wurden. Frau C. sah sich in Bezug auf finanzielle Themen in einer quasi elterlichen Position ihrem Mann gegenüber, da er sich aus ihrer Sicht häufig kindlich verhielt. Sie war nach mehreren Enttäuschungen, die sie mit ihrem Mann aus ihrer Sicht bezüglich seiner Glücksspielsucht gemacht hatte, emotional sehr aufgewühlt, hatte sich von ihrem Mann emotional zurückgezogen und vermied im täglichen Zusammenleben körperliche Nähe zu ihrem Mann. Parallel dazu beklagte sie sich darüber, dass ihr Mann seit zwei Jahren keine sexuellen Kontakte mehr zu ihr suche.

Aus der Vorgeschichte von Frau C. wurde bekannt, dass ihr Vater bei einem tragischen Arbeitsunfall aufgrund einer Explosion unter Tage starb, als sie 16 Jahre alt war. Alle bei diesem Unglück Getöteten waren so unkenntlich, dass sich die Angehörigen nicht verabschieden konnten. Frau C. erinnerte, dass sie von diesem Tag an wie selbstverständlich zur Stütze ihrer Mutter wurde, Verantwortung für ihre jüngeren Geschwister trug und die Familie auch finanziell stützte. Darin sah sie damals und rückblickend keine Überforderung. Ihr Bruder verstarb mit 20 Jahren bei einem

Verkehrsunfall. Die beiden traumatischen Ereignisse hatte sie laut ihrer eigenen Einschätzung nicht verarbeiten können und konnte sich an eine Trauerzeit nicht erinnern. Selbstfürsorge hatte sie nach ihren Angaben kaum entwickelt, da sie in der Sorge für ihre Familienangehörigen aufging. Zur Abklärung depressiver Symptome suchte Frau C. im Lauf der Paarberatung eine Fachärztin auf und begann eine Psychologische Psychotherapie, in deren Verlauf es laut ihren Aussagen u. a. um ihre Selbstwertprobleme und ihre Ablehnung ihres Körpers ging. Frau C. erhielt im Rahmen der Psychotherapie die Anregung, einen stationären Aufenthalt in einer psychotherapeutischen Klinik anzutreten. Dies erfolgte über einen Zeitraum von 10 Wochen nach Beendigung des Paarberatungsprozesses.

Auf die Frage, in welcher Situation sie sich zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle befand, meinte Frau C.:

B: Ja, wo standen wir? Wie soll man das jetzt erklären? Wir standen da, dass wir eben nicht mehr weiter wussten. Dass wir ziemlich verzweifelt waren und wir nicht mehr zusammen, sondern nebeneinander her gelebt haben. Und wir wollten gerne wieder aufeinander zugehen, und deswegen wollten wir uns Hilfe holen. (Z.26-29)

Das war, da ging gar nichts mehr. Ich sag immer, das war drei Sekunden vor Zwölf. Ich glaube, sonst hätte ich mich getrennt. Da ging gar nichts mehr. (Z.68-69)

Verzweiflung und Hilflosigkeit im Blick auf die Beziehung zu ihrem Mann standen zu Beginn der Paarberatung für sie im Vordergrund. Frau C. attribuiert die Qualität ihrer Beziehung zu ihrem Mann zum damaligen Zeitpunkt als *„neben einander her"*. Ihre Unzufriedenheit und das Gefühl der Belastung waren sehr stark angestiegen, während sie keine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten mehr sah. Der Wunsch, sich ihrem Mann wieder anzunähern, hatte für sie den Ausschlag gegeben, Paarberatung aufzusuchen. Frau C. beschreibt ihren Prozess der allmählichen emotionalen Entfremdung von ihrem Mann über einen langen Zeitraum. Sie distanzierte sich immer mehr von ihm. Dies geschah als Reaktion auf sein Glücksspielverhalten und die damit verbundenen Lügen ihr gegenüber.

B: Speziell war eben dadurch, dass mein Mann gespielt hat und mich immer sehr oft angelogen hat, dass ich mich da verschlossen habe und es immer schlimmer wurde. Ich mein, das ist alles ein Prozess, der über Jahre gegangen ist, aber es wurde eben immer schlimmer. Dadurch, dass mein Mann mich immer sehr oft angelogen hat,

durch die Spielerei, hab ich kein Vertrauen mehr zu ihm gehabt, und dadurch ist das alles ein bisschen – ja, wie gesagt nicht mehr, wir haben nicht mehr miteinander gelebt, sondern – wie sagt man dazu, was sagt man? Ich weiß nicht, wie…
I: Sie machen so eine Handbewegung?

B: Ja! (Lacht)

I: Als ob man sich nicht trifft.
B: Genau! Man trifft sich nicht. Nebeneinander hergelaufen, nicht miteinander. Und deswegen mache ich so die Handbewegung, weil ich nicht weiß, wie ich das sagen soll. (Z.36-46)

Ihre Hände bewegte sie beim Sprechen aufeinander zu, allerdings auf verschiedenen Ebenen, so dass sie aneinander vorbeigingen. Als Ursache dafür, dass sie den Kontakt zu ihrem Mann verloren hatte, nannte sie den Verlust ihres Vertrauens in ihren Mann aufgrund seiner Heimlichkeiten im Zusammenhang mit seiner Spielsucht.
B: Für mich das Ausschlaggebende - mit. Das Spielen, und durch das Spielen die Lügerei, und das war für mich das Ausschlaggebende. Dadurch habe ich kein Vertrauen mehr zu meinem Mann gehabt. Habe ich immer noch nicht, das baut sich ganz, ganz, ganz langsam auf, aber es baut sich auf. Aber sehr sehr langsam. Aber es hat ja auch Jahre gedauert, bis das so schlimm war. (Z.48-51)

Frau C. reflektierte, wie sich der chronische Konflikt zwischen ihr und ihrem Mann zum Zeitpunkt des Beginns der Paarberatung zugespitzt hatte.
B: Ich persönlich vermute, dass es auch viel vielleicht mit den Kindern zu tun hatte, weil meine Kinder zu Hause lange gelebt haben, und die innerhalb von einem halben Jahr alle drei nach Hause – äh - ihre eigenen Wege gegangen sind. Und da konnte ich mich dann mehr gehen lassen. So habe ich mich dann immer wegen meinen Kindern, also, dass ist eine Vermutung von mir, weiß nicht, ob es stimmt, wegen meinen Kindern bin ich dann immer stark geblieben. (Z.52-56)

Der Auszug ihrer drei erwachsenen Kinder innerhalb sehr kurzer Zeit hatte im Familiensystem und in den familialen Rollen große Veränderungen verursacht. Frau C. hatte sich bis dahin hauptsächlich auf ihre Rolle als Mutter konzentriert und sich mit Blick auf ihre Kinder darum bemüht, dass die Kinder von den Konflikten auf der

Paarebene nicht beeinträchtigt wurden. Sie hatte ihre Verletzungen und Zweifel nicht offen gezeigt. Als diese selbst gestellte Aufgabe innerhalb ihrer Familie entfiel, wurde ihr die Belastung durch den Konflikt mit ihrem Mann deutlicher.

B: Und dadurch, also das ist jetzt eine Vermutung von mir, ich weiß nicht, ob es wirklich so stimmt. Nur, wo die Kinder da waren, da wollte man für die Kinder eben stark sein. Und die sollten das alles nicht so mitkriegen. Da hat man sich ein bisschen mehr zusammengerissen. Und wo die weg waren, da waren nur noch wir beide, da brauchte ich mich nicht mehr zusammenreißen, und da hat man sich dann ein bisschen mehr fallen lassen, und da wurde die Kluft immer größer. (Z.62-66)

Der Übergang von der Familienphase zur nachfamilialen Phase als Paar erwies sich aus ihrer Sicht als hoch konfliktreich und krisenhaft, da ihre bisherigen Bewältigungsstrategien für die Konflikte auf der Paarebene nicht mehr ausreichten und sie sich überfordert und von ihren negativen Emotionen überflutet fühlte.

Erste positive Veränderungsschritte sah Frau C. im Zusammenhang damit, dass sie und ihr Mann sich auf ihre je eigenen Anteile an den Problemen besonnen hatten. Dabei ließ sie sich von der Beraterin konfrontieren und zu einer erweiterten Sichtweise herausfordern. Frau C. beobachtete, dass sie und ihr Mann sich dadurch emotional wieder füreinander geöffnet und angenähert hatten.

B: Ja, dadurch, dass wir zu Ihnen gekommen sind und Sie uns - aufgeklärt haben (schmunzelt), *welche Fehler ich gemacht hab, welche Fehler mein Mann gemacht hat, dadurch haben wir uns mehr Gedanken da drüber gemacht. Und dann sind wir uns eigentlich langsam aber sicher wieder näher gekommen (...) Eigentlich immer kontinuierlich, langsam so bis hier Oktober, ging das eigentlich immer so - kontinuierlich höher.* (Z.71-77)

Frau C. berichtete, dass sie die Konflikte in ihrer Paarbeziehung im Laufe des Paarberatungsprozesses mehr und mehr aus einer interaktionellen Perspektive betrachtete und dabei ihren eigenen Anteil einbezog.

B: Vor allen Dingen, ich persönlich habe immer dann auch alles auf meinen Mann abgeschoben. Und natürlich gehören da zwei zu. Natürlich hab ich auch meine Fehler gemacht. Und auch genug, viele Fehler gemacht! Und, das musste man dann eben auch erst beigebracht kriegen, dass eben nicht immer alles nur mein Mann ist, sondern ich genauso meine Fehler mache. (Z.115-119)

Frau C. betrachtete rückblickend die maladaptiven Interaktionszirkel, in denen sie und ihr Mann sich über lange Jahre bewegt hatten. Ein bedeutsamer Schritt im Laufe des Paarberatungsprozesses war für sie die Reflektion solch destruktiven Kreisläufe, die sie gemeinsam mit ihrem Mann über viele Jahre immer wieder durchlaufen hatte. Das offene Gespräch miteinander hielt sie in diesem Zusammenhang für entscheidend.

B: Genauso wie, nicht genau so lange, wie es gedauert hat, um Gottes willen, wie gesagt, ich weiß ja jetzt mittlerweile, dass mein Mann 30 Jahre spielt. Solange nicht. Aber, das ist ja ganz schleichend, das ist ja immer mehr reingekommen, immer mehr reingekommen. Und, da man das selber eben anders gesehen hat, hat uns die Therapie dann geholfen, dass sie uns eben dann auf, ob mich oder mein Mann, was wir falsch gemacht haben, dass sie uns drauf aufmerksam gemacht haben. Und, wie gesagt, dann hat man zu Hause überlegt, und auch wir haben darüber geredet. Und dann „Das war ja so, das haben wir ja so gemacht und so!" Und dadurch wurden wir schon wieder offen. Und das fand ich eben das Schöne. Das hat uns sehr gut geholfen, ne. (Z.252-259)

Durch die Offenheit im Gespräch mit ihrem Mann gewann Frau C. einen zusätzlichen Handlungsspielraum, der ihr Wohlbefinden förderte.

B: Ja nu, indem man versucht hat, auf den Mann zuzugehen, auf meinen Partner und versucht habe, das mal mit anderen Augen zu sehen. Und das hatte ich auch, und darum ging mir auch immer besser. (Z.121-123)

Sie führte in diesem Zeitraum offene und intensive Gespräche mit ihrem Mann und fühlte sich ihm emotional sehr viel näher.

B: Und am Anfang, in dem März, April, Mai haben wir auch unwahrscheinlich viel geredet. Und das war richtig schön! Das war, da sind wir uns sehr, sehr, sehr nähergekommen. Zwar jetzt nicht in punkto Sex, aber in punkto Ehe und Gespräche und Reden. Da sind wir uns sehr nahegekommen. Und das fand ich auch sehr schön. (Z.229-233)

Sie beobachtete, dass sich ihre körperlichen Beschwerden in diesem Zeitraum verringerten.

B: Also, wo - am Anfang, wo wir sehr viel darüber geredet haben, fand ich das von uns beiden, das war toll! Er genauso, er wurde auch immer offener, und das war sehr,

sehr schön. Dadurch fühlte ich mich ja auch immer wohler, und dadurch merkte ich auch, wie mein Körper ganz anders wieder reagierte. Und eben diese Wehwehchen, die man jetzt hat, immer weniger wurden. (Z.264-267)

Sie hatte schrittweise wieder Vertrauen in ihren Mann gewonnen, u. a. weil er sie umgehend informierte, wenn er Geld verspielt hatte, obwohl er sich vorgenommen hatte, Glücksspielverhalten zu vermeiden. Bedeutsam für Frau C. war, dass sie dadurch den Eindruck hatte, Orientierung bzw. Kontrolle zu behalten, selbst wenn ihr Mann spielte. Das erleichterte es ihr, ihre Emotionen selbst zu regulieren. Als sie erfuhr, dass er ihr Informationen zu seinem Spielverhalten vorenthalten hatte, kehrte sie zum früheren Modus der kleinschrittigen Kontrolle zurück.

B: Ich sag ja, am Anfang hat er mir das ja auch immer gesagt. Ich mein, ich hab keine Luftsprünge gemacht, aber ich bin dann ruhig geblieben. Ich war ja froh, dass er mir das überhaupt erzählt hat. Und dadurch hat man immer mehr und wieder das Vertrauen so ein bisschen aufgebaut. Und wo das für mich persönlich das Vertrauen immer mehr reingeschlichen ist, dass ich sagen konnte, ich hab immer mehr Vertrauen zu meinem Mann gehabt, dann kam eben wieder der… dass ich gemerkt habe, ich habe ihn gefragt, „Nein! Hab nicht gespielt". Da hat mir ein anderer gesagt, dass er ihn doch da gesehen hat, und auch vom Geld her habe ich gemerkt, da fehlte wieder was und und und. Darum machen wir das ja jetzt auch ziemlich rabiat, dass ich kontrolliere eben mit dem Geld. Und, ja, vielleicht verkrafte ich das alles nicht so, dieses „totale Kontrolle!". Und, ich mein, schön ist das ja nicht, wenn man das machen muss beim Partner. (Z.148-157)

Durch diese Entwicklung sah sie eine erhebliche Verschlechterung in der Qualität ihrer Paarbeziehung. Entscheidend war für sie, dass ihr Mann ihr etwas verheimlichte. Eng damit verbunden war für sie ihr persönliches Wohlbefinden.

B: Weil bei mir, Spielen, Lügen, das gehört bei mir alles zusammen. Und da hat mein Mann mir das immer alles erzählt, wenn er mal was verspielt hat. Ich mein, natürlich habe ich mich darüber nicht gefreut, aber ich hab versucht, damit umzugehen. Und wo er das dann nachher wieder heimlich gemacht hat, da ist bei mir so richtig, boh (schnauft), *eine Welt zusammengebrochen, und da ist total, langsam aber sicher, abge- wie sagt man das? Abgerutscht eben. Die Gefühle sind - jetzt stehe ich wieder,*

noch nicht ganz so schlimm, wie wir hier angefangen sind, aber schon ziemlich unten. (Z.125-131)

Frau C. benutzte das Bild einer Wand, die sie zwischen sich und ihrem Mann entstehen sah, wenn sie sich von seinem Verhalten enttäuscht fühlte und sich in der Folge emotional von ihm zurückzog.

B: Und, wie gesagt, so Ende des Jahres, wo das dann wieder so krass wurde, dann merkte ich, dass ich immer wieder tiefer wieder in das Loch gefallen bin. Ich persönlich sag immer, das ist ´ne Wand. Und die Wand, die ist hochgegangen, dass ich mein Mann nicht mehr sehen konnte. Und, wo Sie mit uns gesprochen haben, ist die Wand immer so ein bisschen gebröckelt, gebröckelt, die wurde immer wieder kleiner. Und dann hat er wieder gespielt, und dann ist sie eben immer wieder ein bisschen höher geworden, die Wand. (Z.179-184)

Ja, und jetzt ist wieder so mehr ein Nebeneinanderherleben. (Z.188)

Frau C. äußerte sich zur sexuellen Beziehung zwischen ihr und ihrem Mann. Dabei stellte sie für sich selbst eine starke Verbindung fest zwischen dem Vertrauen, das sie zu ihrem Mann hatte und ihrer Bereitschaft zu gemeinsamer Sexualität.

B: Ja, da haben wir beide dann gebockt. Punkto Sexualität, da kamen wir nicht klar. Da war, entweder hat mein Mann gebockt oder ich. Da waren wir einfach zu störrisch. Beide, und das sind wir auch heute noch. Sobald da irgendwie das Thema drauf geht, punkto Sexualität, da ist noch nicht so. Weil eben für mich nicht nur die Sexualität, sondern da gehört das Gesamtbild. Und wenn ich zu meinem Mann kein Vertrauen hab, dann könnte ich mit ihm auch keinen Sex haben. Das gehört für mich alles zusammen. (Z.236-241)

Eigentlich immer wieder das gleiche, das Spielen und das Vertrauen. Das ist für mich einfach immer das Wichtigste. Da spielt sogar die Sexualität eine Nebensache. Für mich ist das das Wichtigste. (Z.322-323)

Selbstkritisch deutete Frau C. ihr abweisendes Verhalten ihrem Mann gegenüber als ihren Lösungsversuch bzw. ihren Ansatz, um Kontrolle über sein Spielverhalten zu erlangen.

B: ...dass ich dadurch so ein bisschen versuche, meinen Mann zu bestrafen. Am Anfang! Jetzt ist das schon so ein - schon so lange her, dass man da jetzt ziemlich schwierig wieder rauskommt, ne. Ich wollte mein Mann wohl – „Du hast gespielt" -

das habe ich aber zu dem Zeitpunkt nicht gesehen. Das habe ich erst durch die Therapie (gemeint ist ihre Einzeltherapie, Anm. d. V.) *rausgekriegt, dass ich das dann als Strafe für meinen Mann gemacht hab und gesagt hab „Ach, wenn du spielst, dann kriegst du eben kein Sex. Und erst recht, wenn Du mich anlügst." Und dadurch ist das Vertrauen immer mehr weggegangen, und dann konnte ich gar nicht mehr.* (Z.244-251)

Frau C. beschrieb, dass sowohl sie als auch ihr Mann in dieser Phase zum über lange Jahre praktizierten Interaktionsmuster zurückgekehrt waren.

B: Ja. Da ist dann mit der Zeit wohl wieder - so ein bisschen - der gleiche Trott wieder reingekommen. Vielleicht auch ein bisschen dadurch, dass man - ich sag ja, ich kann jetzt nicht alles nur auf meinen Mann schieben, aber für mich ist das Schlimme eben das Spielen und dann in Verbindung mit das Lügen, mit dem Lügen. Das ist für mich das Schlimmste. (Z.142-145)

Als ihr Mann sie - aus ihrer Sicht - nach einer positiven Phase als Paar wiederum bezüglich seines Spielverhaltens angelogen hatte, nahmen ihre körperlichen Beschwerden deutlich zu. Nach der Abklärung organischer Ursachen, erhielt sie über eine Psychiaterin in diesem Zeitraum ein Psychopharmakon.

B: Ich wurde total auf den Kopf gestellt, ich kam inne Röhre und was nicht alles. Ich war organisch gesund! Und dann bin ich ja danach zu Frau Dr. X gegangen. Ich hab zu meinem Mann gesagt, du musst mich mal mitnehmen, bei mir stimmt irgendwas nicht. Und dann kriegte ich Tabletten, und vier Wochen später hatte ich die Schmerzen nicht mehr. (Z.171-175)

Im Folgenden entschied sich Frau C., eine andere Einstellung zum Spielverhalten ihres Mannes zu entwickeln. Sie befasste sich mit der Möglichkeit, ihre Erwartungen an ihn sowie ihre Bewertungen zu verändern.

B: Ja. Ich bin im Moment wieder ziemlich - fertig. Ich weiß nicht wie ich das, immer mit Worten ausdrücken kann ich das nicht, ich würde sagen fertig, ja. Darum krieg ich ja jetzt auch die Kur.

I: Mögen Sie dazu noch etwas erklären? Was es mit der Kur auf sich hat.

B: Ja, durch die Kur möchte ich versuchen - damit klarzukommen. Ich meine, mein Mann behauptet ja jetzt, er würde nicht mehr spielen. Was ich mir aber nicht vorstellen kann, wenn er 30 Jahre lang spielt, dass der auf einmal aufhört, glaube ich nicht.

Ich glaube schon, dass das auch wieder mal - dass er mal wieder spielen wird, und dass ich versuche, damit zu leben. Dass ich für mich dann klarkomme, dass er spielt. Darum möchte ich gerne diese Kur, dass die mich mal wieder ein bisschen aufbauen und versuchen, mir eben - ja, Tipps, kann man so nicht sagen, dass ich damit umgehen kann, dass mein Mann eben spielt! Ich mein, ich hoffe, dass er aufhört. Wenn's nach meinem Mann geht, hört er auf. Aber ich glaub, das - das hat er mir schon so oft versprochen. Deswegen glaube ich das nicht. (Z.86-97)

In diesem Prozess, sich selbst zu regulieren und zu stabilisieren, suchte sie räumliche Distanz zu ihrem Mann. Eine Möglichkeit, diesen Abstand temporär herbeizuführen, sah sie in einem stationären Aufenthalt ihres Mannes in einer Suchtklinik. Da er dazu nicht bereit war, wählte sie selbst den Schritt, einen Klinikaufenthalt zu beginnen. Diese Distanz bedeutete für Frau C. eine Chance, das gewohnte – von ihr als negativ empfundene - Interaktionsmuster als Paar zu unterbrechen.

B: Ja! Die sehe ich jetzt für mich. Hundertprozentig, die sehe ich jetzt für mich. Weil, ich hätte gerne gehabt, dass mein Mann weggeht, und der möchte nicht, weil er ja meint, er ist jetzt - darüber hinweg, und er möchte das nicht. Und da hat man mir empfohlen, dass ich das lieber dann machen soll. Da hat meine Ärztin gesagt, ich solle lieber da - dass wir auch mal ein bisschen getrennt sind, und ich versuche, meine Nerven wieder so ein bisschen - ja, wie sagt man? Ich und Worte! Wieder hinkriegen, dass man nicht mehr so fertig ist. (Z.99-104)

Frau C. entwickelte in der Folge die Vorstellung, sich - entgegen ihren bislang praktizierten Lösungsversuchen - ihrem Mann gegenüber innerlich mehr abzugrenzen, ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst zu richten und sich selbst zu regulieren.

B: Ich möchte jetzt einfach nur mal nicht an meinen Mann denken und einfach wirklich nur „Ich"! Dass ich sage jetzt, ich möchte versuchen, meine Nerven zu stabilisieren, dass ich sagen kann – ja, und eben versuchen, damit umzugehen. Und was mir noch nicht, ich mein, Sie haben schon ziemlich viel geschafft, und ich sehe auch vieles schon ganz, ganz anders, aber noch nicht so richtig, dass man damit auch so ohne Probleme umgehen kann. (Z.199-203)

Sie befasste sich damit, ihren eigenen Anteil an den destruktiven Kreisläufen auf der Paarebene zu erkennen und ihre Attributionen und Bewertungen zu verändern, um sich abzugrenzen und Autonomie hinzuzugewinnen.

B: Ich mein, es fällt mir natürlich sehr schwer. Ich weiß auch nicht, wie ich es schaffe, aber wenn ich dahin komme, dass ich einfach nur sage „Ich, was mein Mann sagt, ob er spielt, ich kann nichts dafür, ich bin nicht da, ich kann nicht kontrollieren." Müssen wir sehen. (Z.205-208)

Frau C. wog die gemeinsamen Erfahrungen mit ihrem Mann und die gemeinsame Lebensgeschichte als Paar dagegen auf, dass ihr Mann problematisches Spielverhalten zeigte. Die Bindung und emotionale Beziehung zu ihrem Mann hatte für sie einen höheren Wert als ihr Leiden an den chronischen Konflikten auf der Paarebene.

B: ...dass ich eben versuchen muss - ein Spieler kann nicht von einem Tag zum anderen aufhören und dass mein Mann bestimmt auch eben wieder spielen wird - und dass ich versuchen muss, es gibt nur zwei Möglichkeiten, entweder trennen, was ich nicht möchte, weil alles andere bei uns ja eigentlich, wir haben Kinder großgezogen zusammen, wir haben immer alles zusammen gemacht und deswegen. (Z.299-303)

Ihr neu entwickelter Lösungsansatz bezog sich auf ihre Einstellung dem etwaigen Spielverhalten ihres Mannes gegenüber.

*B: Dass ich eben versuche, damit... einfach zu lernen, dass ich weiß, mein Mann ist ein Spieler, und ich muss damit versuchen umzugehen. Und das fällt mir halt schwer. (*Z.312-314)

Frau C. schildert, dass sie graduelle Veränderungen in dem Glücksspielverhalten und anderen Verhaltensweisen ihres Mannes im Hinblick auf seine beruflichen Stressfaktoren wahrgenommen hatte. Aus ihrer Sicht zeigte er aktuell mehr Selbstfürsorge und Abgrenzung im Beruf. Bei sich selbst nahm sie ebenfalls Veränderungen wahr. Beider Entwicklungstendenzen hätten zu einer Annäherung auf der Paarebene geführt.

B: Und mein Mann hatte auch schon - ich mein, er hat zwar immer noch gespielt, war nicht mehr ganz so krass. Und irgendeinen anderen Rhythmus auch. Das war sonst, wenn er so Probleme auf der Arbeit hatte, dass er dann wieder abgerutscht ist, wo er jetzt auch so ein bisschen dran arbeitet und versucht. Ja, normalerweise, wenn mein Mann Urlaub hat, würde er mindestens einmal in der Woche zur Arbeit gehen. Das interessiert ihn heute nicht mehr. Und dadurch fängt das auch an, alles so ein bisschen besser zu sein. Arbeit haut ihn immer ziemlich um. Und dadurch hatte sich

dann auch positiv verändert. Und dadurch, dass wir uns beide verändert haben, kamen wir uns auch in gewisser Weise, außer Sexualität, aber vom Kopf her kamen wir uns dann ziemlich weit nah. (Z.267-265)

Abschließend beschrieb Frau C., worin für sie die zentrale Veränderung im Zeitraum der Paarberatung bestand. Sie bezog sich dabei auf sich selbst und ein gemeinsames beziehungsorientiertes Entwicklungsziel, das sie mit ihrem Mann teilte.
B: Was ist anders? Anders ist, dass es noch nicht ganz so schlimm ist. Ich möchte mich nicht von meinem Mann trennen. Zu dem Zeitpunkt, wo wir hierhin gekommen sind, habe ich gedacht, jetzt geht nur noch eins, Trennen! Das möchte ich nicht. Ich möchte kämpfen und versuchen, dass das Vertrauen wiederkommt. Und das versuchen wir natürlich. (Z.192-196)

Frau C. wirkte zu Beginn des Interviews aufgeregt und äußerte ihre Unsicherheit, ob sie „*es richtig machen werde*". Bald ließ sie diese Selbstzweifel hinter sich und beschrieb sehr lebendig den gemeinsamen Prozess als Paar, den sie und ihr Mann im Zeitraum der Paarberatung gegangen waren, indem sie die Probleme auf der Paarebene sowie ihre individuellen Entwicklungsschritte einbezog. Deutlich betonte sie das Verbindende zwischen sich und ihrem Mann und ihren Wunsch, eine vertrauensvolle Beziehung zu gestalten. Gleichzeitig hatte sie im Zeitraum der Paarberatung begonnen, ihren eigenen Anteil an den Konflikten auf der Paarebene und ihre Verantwortung für ihr eigenes Wohlergehen differenzierter zu betrachten. So entschied sie z.B., anders als bisher mit den chronischen Konfliktthemen auf der Paarebene umzugehen.

<u>Herr C. „Von mir aus die Erwartung war, dass meine Frau versteht, dass das nicht Hoppladihopp geht."</u>

Herr C. war zum Zeitpunkt des Interviews mit seiner beruflichen Situation sehr unzufrieden. Er plante, nach einer routinemäßig anstehenden Beförderung auf den vorzeitigen Ruhestand zuzusteuern. Herr C. war im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit in mehreren Fällen Erlebnissen ausgesetzt, die er als traumatisch einstufte. Er war bei Unfallaufnahmen mit Schwerverletzten und Toten konfrontiert, wobei für ihn am schwerwiegendsten die Situation war, in der er seinen Schwager bei einem beruflichen Einsatz tot vorgefunden hatte. Er überbrachte damals seiner Frau und seiner

Schwiegermutter die Todesnachricht und realisierte erst im Nachhinein, wie belastend diese Situation für ihn war. Herr C. war in der Folge oft arbeitsunfähig und bemerkte an sich häufig abwehrendes und gereiztes Verhalten und ein großes Ruhebedürfnis. Jahrelang hatte er sich nach eigener Schilderung nach außen stark gezeigt und wollte sich nicht eingestehen, dass die beruflichen Ereignisse ihn sehr belasteten und traumatisiert hatten. Er wollte zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, musste allerdings aus finanziellen Gründen weiterhin in Vollzeit tätig sein. Herr C. hatte sich seiner Frau zuliebe aus einer Großstadt an ihren Heimatort versetzen lassen, was er im Nachhinein bedauerte, da die Arbeitsbedingungen im neuen Einsatzgebiet deutlich schlechter waren und er Probleme hatte, sich Kollegen und Vorgesetzten gegenüber zu behaupten. Aufgrund von Burnout-Symptomen und einer Depression war Herr C. in fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Diese führte er im Zeitraum der Paarberatung weiter. Zuvor hatte er eine Suchtberatungsstelle aufgesucht. Bei einem gemeinsamen Termin mit seiner Frau hatte der Suchtberater beiden empfohlen, Paarberatung wahrzunehmen. Herr C. zeigte seit 30 Jahren Glücksspielverhalten, somit bereits vor seiner Heirat. Seit zwei Jahren bemerkte er bei sich selbst sexuelle Appetenzprobleme, die er sich nicht erklären konnte. Aus seiner Herkunftsfamilie berichtete er, dass sein Vater trockener Alkoholiker und in der Familie wenig präsent gewesen sei. Seine Mutter habe ihm gegenüber häufig abwertend über seinen Vater gesprochen. Es sei ihm schwergefallen, eine positive männliche Identität auszubilden und im Erwachsenenleben für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Nach Beendigung des Paarberatungsprozesses hatte sich Herr C. für eine Einzeltherapie bei einem Psychologischen Psychotherapeuten angemeldet, um konkret zu diesen Themen Entwicklungsschritte zu machen.

Als Anlass für die Anmeldung zur Paarberatung schilderte Herr C., dass es zu einer Eskalation zwischen ihm und seiner Frau gekommen war, die auf der Basis von chronischen Konflikten auf der Paarebene entstanden war.

B: Das war eigentlich, weil die Situation zwischen mir und meiner Frau immer schlimmer wurde, ich mich gar nicht im Griff hatte mit der Spielerei und Lügerei dann dadurch auch, dadurch. Und ich meiner Frau praktisch - wir waren ja schon, ich war ja schon in Behandlung, hatte mich auch in Behandlung begeben, aber alles immer

nur einzeln. Und da hat meine Frau überhaupt gar keinen Einblick gehabt, wie das so ist und wat überhaupt. Die war immer der Meinung, hatte ich so den Eindruck, ich hab mich in Behandlung begeben, und nach einem halben Jahr muss das, muss ich geheilt sein. Und das dat nicht so schnell ging, das hat sie, glaube ich, nicht verkraftet. (Z.23-29)

Die Konflikte auf der Paarebene hatten sich aus seiner Sicht zugespitzt, wobei Herr C. die Überforderung seiner Frau betonte.

B: Ja, da waren wir dann beide dann sofort begeistert. Und für mich war die, die, äh, dass ich begeistert war, dass meiner Frau vielleicht rübergebracht werden kann, dat dat nicht so schnell geht. Wenn man sein halbes Leben, oder nee, dreiviertel seines Lebens am Spielautomaten gespielt hat und gespielt hat, dass das nicht innerhalb von einem halben Jahr oder einem Jahr zu Ende sein kann. (Seufzt) Und deswegen waren wir ja auch, sie war ganz an der Erde, Sie wissen ja, die hat ja hier geheult usw. und so fort, das war ja, die ist ja immer schon ein bisschen nah am Wasser gebaut, aber das war ja ganz schlimm geworden. (Z.402-409)

Bei seiner Einstufung bezüglich der Qualität der Paarbeziehung zum damaligen Zeitpunkt, über die Koordinatenachsen merkte Herr C. an, als Kriterium dafür die emotionale Situation seiner Frau zu wählen.

B: Ich war so, also so im Vierer-Bereich, würde ich mal so sagen im Vierer-Bereich, weil ich gemerkt habe, dass et meine Frau unheimlich schlecht ging! Und dass, äh, dass ich ihr das nicht überbringen konnte, wieder zu, wie ich mich bessern kann oder irgendwie, oder wie sich unser Verhältnis so bessern könnte. Sie hat alles so an der Spielerei aufgezogen. (Z.43-46)

Herr C. befand sich zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle bereits in zwei verschiedenen ambulanten Einzelsettings, Psychologische Psychotherapie und psychiatrische Behandlung. Er verwies zum einen auf frühere eigene Erfahrungen des Paares mit Paarberatung und zum anderen auf Empfehlungen und Hinweise seiner Therapeuten/-innen.

B: Und wir hatten schon mal eine Paarberatung gehabt, ähm, da ging es uns auch besser, äh, ein bisschen besser. Und da hab ich dann angesprochen, ob wir das nicht machen wollten. „Ja, klar!" Uns wurde das auch geraten von Frau Dr. X und von

meiner Frau Y (Einzeltherapeutin, Anm. d. V.) auch, und da haben wir uns Sie ausgesucht, weil Sie empfohlen wurden. Sehr empfohlen wurden. Ja, und dann sind wir praktisch gemeinschaftlich drauf: „Ja, machen wir!", weil wir schon einigermaßen Erfahrungen, äh, gute Erfahrungen mit der vorherigen Paarberatung gehabt hatten. (Z.29-35)

Herr C. benannte als zentralen Konflikt auf der Paarebene sein Glücksspielverhalten, das immer wieder zu heftigen Streitsituationen mit seiner Frau führte.

B: Und das war auch früher, dat - ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, wenn ich, das war so. Wenn ich mich mit meiner Frau mal gezofft hatte und oder sowas, ähm, das war ganz komisch. Wenn ich mich mit meiner Frau gezofft habe, habe ich – äh, nicht nur wegen dienstlichem Ärger, insbesondere wenn ich - Oft ist es so, dann habe ich gespielt, und komischerweise auch, wenn et ganz toll lief, wenn wir im Urlaub in Z. waren, es lief ganz toll. Wir hatten uns wirklich wieder zueinander gefunden, und äh, äh, auch sexuell lief alles wunderbar, ganz große Klasse! Und selbst, wo ich so ganz glücklich war, habe ich dennoch, auch wieder gespielt! (Z.136-142)

Er beschrieb rückblickend seinen Entwicklungsprozess, mehr Verantwortung für sein Spielverhalten zu übernehmen. Dazu gehörte der Zwischenschritt, nicht zu warten, bis seine Frau ihm neuerliches Glücksspiel nachwies und ihm deswegen Vorwürfe machte, sondern sie von sich aus darüber zu informieren. Zunächst fiel es ihm schwer, die Perspektive seiner Frau einzunehmen, die das Verheimlichen als einen großen Vertrauensbruch innerhalb der Paarbeziehung deutete und als Kontrollverlust erlebte.

B: Ja, ich habe, durch eigenes Verschulden natürlich, klar, es - wo ich in Behandlung gegangen bin, bei Ihnen, bei Frau Y. usw., habe ich erst lernen müssen, dass ich meiner Frau, obwohl ich es eigentlich weiß, ich weiß ja wie sie tickt, ich kenne ja ganz genau! Aber ich habe es trotzdem erst lernen müssen, meiner Frau die Wahrheit zu sagen. Und da war es vielleicht schon zu spät. Dass ich also, äh, mittlerweile ist es so, dass ich ihr sage „Ich habe gespielt." Deswegen weiß sie sehr genau, wann ich gespielt habe. Nicht nur durch Kontrolle des Geldes, sondern ich hab's ihr immer gesagt. Bloß, sie fand es zum Schluss, das war auch jetzt, das habe ich dann auch zu spät gesehen, zum Schluss fand sie es schon als Verrat, wenn ich nicht schon während des Spielens oder direkt, wenn ich in die Spielhalle reingegangen, sie angerufen

habe. Wenn ich dann gespielt habe, einen Zehner verspielt habe, bin nach Hause gegangen und hab gesagt „Schatz, ich hab Scheiß gemacht.“, äh, dann war das für mich schon ein Fortschritt und ich, auch eine Erleichterung. Das konnte ich ja früher gar nicht, das hab ich ja immer, ich hab immer so lange gewartet, bis sie es selbst rausgefunden hat und dann das, das zugegeben. Und für sie war es, ist es genau umgedreht. Sie sagt „Du hättest es mir viel eher sagen müssen. Warum hast du nicht sofort angerufen“ Warum hat er nicht das gemacht und das gemacht? Und dieser, da sind wir auch wieder auseinandergegangen. (Z.290-304)

Als einen entscheidenden Faktor für die Qualität der Paarbeziehung benannte er die offene Kommunikation zwischen ihm und seiner Frau. Dazu machte er im Zeitraum der Paarberatung positive Erfahrungen.

B: Das war ja nicht nur die Spielerei, ne, das haben wir ja hier auch so festgestellt. Sie, sie hat durch Ihre Gespräche ganz andere Einsichten bekommen. Auch wir, das muss ich sagen, das ist ja sehr gewesen, dass wir sehr offen gesprochen haben miteinander, gerade auch wenn Sie mit dabei waren. Dann klappte dat (lacht). (Z.46-49)

Im Zeitraum der Paarberatung beobachtete er zunächst eine positive Entwicklung, später dann eine Stagnation. Herr C. differenzierte rückblickend, welche Einflussmöglichkeiten auf die Qualität der Paarbeziehung er für selbst sah, und in welcher Hinsicht er von seiner Frau erwartete, dass sie im Blick auf ihren eigenen Anteil an der Gestaltung der Paarbeziehung aktiv wurde.

B: Und dann ging´s sehr schnell aufwärts, mit uns beiden, mit uns dreien! Ich beziehe Sie da immer ein, Sie waren also ein Glücksgriff, will ich mal so sagen. Und das hat uns unheimlich gutgetan und ihr auch. Bloß, sie wird wohl zum Schluss gemerkt haben, dass das nicht alleine reicht. Weil sie dann, sie, dann hat sie ja eine Einzeltherapie noch bekommen, auch noch dabei, und jetzt diese, diese Kur-Sache. Und äh, ich hab sie mal gefragt, jetzt wo die Kur kam, ich sag „Bist du denn der Meinung, dass ich ganz alleine schuld bin an deinem Zustand, in dem du jetzt bist?“ Da hat sie dann so halbherzig gesagt, nee, da ist auch noch was anderes. Aber wirklich nur halbherzig. Am meisten Schuld gibt sie mir. Ich sag, was soll ich denn noch machen? Wir haben doch alles gemacht! „Ja, aber du besserst dich nicht!“ Gut, ich sag, ich sage dir jetzt, ich bessere mich. „Ja, das hast du bisher immer gesagt!“ Ja, sag ich, ich kann´s dir schlecht verkaufen. Ich kann´s dir sehr schlecht verkaufen. Ich will hoffen,

sag ich, dass, wenn du in der Kur bist, in der Klinik bist, dass ich dir dann beweisen kann, dass ich dann die ganze Zeit lang nicht gespielt hab und dass ich dir ehrlich in die Augen gucken kann und sagen kann „Ich habe nicht gespielt. Und ich habe nicht gespielt! Und ich lüge dich nicht mehr an." So, und das, das, bei diesem Ergebnis sind wir jetzt. Bei diesem Ergebnis sind wir jetzt. Ich bin mal gespannt. (Z.409-423)

Innerhalb der Paarberatungssitzungen erreichten Herr C. und seine Frau eine bislang nicht vorhandene Offenheit im gegenseitigen Austausch. Herr C. bemerkte, dass er und seine Frau über kürzere Zeitspannen diese Veränderung in ihrer Kommunikation im Alltag umsetzten. Allerdings gelang ihnen der Transfer dieser Fähigkeit aus seiner Sicht nicht über einen längeren Zeitraum hinweg.

B: Und, zu Hause - wenn wir direkt danach gesprochen haben, sagen wir mal, wir hatten hier bei Ihnen eine Sitzung, und die nächsten zwei Tage, super, alles ganz große Klasse. Und dann wieder der alte Trott. Dann sind wir immer wieder in den alten Trott. Dann fängt sie „Ach, brauchst mir nichts zu erzählen!". Feierabend, hat sie zugemacht. Oder ich war dann irgendwo beleidigt, und, ne. (Z.49-53)

Nach einem anfänglichen gemeinsamen Aufschwung in der Paarbeziehung, den er wahrgenommen hatte, gingen diesbezüglich die Stimmungen bei ihm und seiner Frau auseinander.

B: Bloß, wo ich jetzt merke, dass meine Frau total fertig ist eigentlich, ich war, ich muss sagen, in den letzten drei, vier Monaten so ab Januar, Februar, äh, das war mir gar nicht klar, wie schlimm das mit meiner Frau war. Ich war immer noch auf dem aufsteigenden Ast. Ich fühlte mich besser, und et wurde immer weniger mit dem Spielen. Und, äh, bei ihr, wenn zehn Euro fehlten, dann war schon sofort Theater! Ja, nicht Theater, sie macht dann ja kein Theater, sie hat dann ganz zugemacht, und das habe ich gar nicht gemerkt! Wie schlimm das war. (Z.66-71)

Herr C. differenzierte zwischen seiner persönlichen Entwicklung hinsichtlich seines Spielverhaltens, die er zu dieser Zeit sehr positiv und optimistisch sah und der individuellen Entwicklung seiner Frau, die zur selben Zeit in eine belastende psychische Krise geriet. Das hatte er erst mit Verzögerung realisiert.

B: Und dat, wat mich am meisten erschreckt hat, ist, dass ich das so die letzten Monate ab Weihnachten gar nicht mitgekriegt hat. Für mich war ich auf dem absteigenden, äh, aufsteigenden Ast, ich hab immer weniger wat gemacht, gespielt. Und wenn

ich gespielt hatte, hab ich die Kontrolle behalten, in Anführungsstrichen, und hab wirklich nicht wie früher alles, was ich im Portemonnaie hab, verzockt, sondern bin rausgegangen. Und dieses, dann hab ich mir irgendwann gesagt, das war, wo ich das erfahren hat, mit meiner Frau, dass sie so fertig ist, hab ich gesagt „Du bist bekloppt! Jetzt hör auf, jetzt hör ganz auf. Das musst du schaffen!" Ich will hoffen, dass es klappt. Bloß, ich kann ihr das natürlich nicht mehr verkaufen. Sie sieht das nicht mehr so. (Z.109-117)

Weil Herr C. die emotionale Qualität der Beziehungen zu seiner Frau verbessern, ihr Sicherheit vermitteln und ihr Vertrauen zu ihm wieder aufbauen wollte, fasste er motiviert den Entschluss, das Glücksspiel vollständig aufzugeben. Er selbst nahm Veränderungen in seinem Verhalten und seiner Einstellung wahr. Gleichzeitig stellte er fest, dass es ihm nicht möglich war, seine Frau von seiner Sicht zu überzeugen.

B: Und seitdem habe ich nicht mehr gespielt. Und für mich auch nicht irgendwie, äh, ich mein, als Spieler merkt man das ja. Wenn ich Gelegenheit habe, oder wenn ich Gelegenheit hätte - ich hab genug Gelegenheiten gehabt. Ich bin, äh, weil meine Frau in letzter Zeit jetzt ein bisschen öfter das Auto braucht, zu der Behandlung, zum Arzt, da habe ich irgendwelche Anwendungen gekriegt, mit dem Bus gefahren. Und bin dann zu Fuß, direkt bei uns beim Busbahnhof in F. sind drei oder vier Spielhallen, nich. Da muss ich eine Stunde warten, bis der nächste Bus kommt, das läuft ja nicht. In normalen Umständen wäre ich da in F. in die Spielhalle reingegangen mal, oder sowas. Mit Sicherheit! Mach ich nicht mehr. Ich habe jetzt wirklich die Hoffnung, äh - ich hab so ein Gefühl wie damals, als ich aufgehört habe zu rauchen. Und ich war ein starker Raucher, hatte wirklich Schwierigkeiten damit aufzuhören. Und dieses Gefühl habe ich jetzt. Ich kann meiner Frau das nicht rüberbringen. (Z.92-102)

Herr C. sah zum Zeitpunkt der Beendigung der Paarberatung keine Möglichkeit, die Haltung seiner Frau ihm gegenüber positiv zu beeinflussen. Er begrüßte daher sehr, dass sie sich dazu entschlossen hatte, selbst psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

B: Deswegen bin ich so unheimlich froh, dass sie jetzt eingesehen hat, sie hat ja vorher nie eingewilligt, in Therapie oder in eine stationäre Behandlung, und dass sie das jetzt gemacht hat. Das ist wie ein Zwiespalt. Ich hab mich erschrocken, dass meine

Frau so fertig war, obwohl ich mich anders gefühlt hatte. Ich hatte mich ja besser gefühlt. Hatte ich mich richtig erschrocken, das hatte ich gar nicht so mitgekriegt. Und allein die Tatsache, dass sie eingewilligt hat, in diese Kur zu gehen, oder das ist jetzt ein Krankenhausaufenthalt sogar, weil, Kur wäre genehmigungspflichtig gewesen. Dann hätte sie zum Amtsarzt gemusst, und das wollte sie nicht. Und da geht sie jetzt in die Klinik rein. Dat sagt mir, dass es wirklich ernst war bei ihr. Ganz ernst! Und dass es kurz vor 0,0 war. (Z.102-109)

Die gemeinsame Sexualität mit seiner Frau nahm im Interview mit Herrn C. einen größeren Raum ein. Er bedauerte, dass sie sich als Paar im Rahmen der Paarberatung nicht deutlich dafür entschieden, dieses Thema zu klären und konkrete Veränderungsschritte anzugehen. Ihm selbst war das Thema der sexuellen Beziehung zu seiner Frau sehr wichtig, so dass er ankündigte, mit seiner Frau ggf. die Paarberatung zu diesem Thema wieder aufnehmen zu wollen.

B: Das bleibt ein offenes Thema, und, ähm, wie ich, ich weiß ja nicht, wie es weitergeht mit meiner Frau, wird es wohl noch ein offenes Thema bleiben. Und für mich, für mich, äh, da kann ich ja auch mit, da kann ich mit meiner Frau noch ganz schlecht drüber sprechen! Deswegen wird es für mich so sein, wenn sich da nicht grundlegend was, nach dem Krankenhausaufenthalt meiner Frau was ändert, werden wir wieder zu Ihnen kommen. Aufgrund dieser Sache. Das möchte ich geklärt haben. Weil ich, für mich selbst hab ich's noch nicht richtig geklärt, ich kann mir das nicht erklären, so, dass ich wirklich - total, fast gar nicht mehr sexuell aktiv bin, das kann ich mir nicht erklären. Weiß ich nicht. (Z.276-282)

Herr C. betrachtete die Entwicklung der gemeinsamen Sexualität zwischen ihm und seiner Frau von Beginn der Beziehung an bis zum Zeitpunkt des Interviews. Er stufte den damaligen Stand ihrer sexuellen Beziehung als stark belastet ein.

B: Aber das liegt daran, weil ich ja unheimliche Schwierigkeiten hab, zu Anfang unserer Beziehung auf sexueller, äh, im sexuellen Bereich. Sie war total verklemmt, absolut! Total verklemmt. Und ich hatte auch vorher keine großartigen Erfahrungen gemacht, aber trotzdem haben wir uns zusammengerauft. Wir haben also das erste Mal richtig miteinander geschlafen nach, nach unserer Hochzeit. Ne ganze Zeit nach unserer Hochzeit. Ansonsten war praktisch nur Petting oder sowas, so ein bisschen, so. Ja, und dann, äh, hat sich das langsam aufgebaut mit der, mit der Sexualität, und wir

waren zufrieden, super toll. Und dann irgendwann, ich weiß gar nicht wie das war, ja, da waren immer große Pausen dazwischen mal, gerade bei den Kindern. Meine Frau ist sehr empfindlich, wenn einer im Haus ist, oder da könnte einer kommen oder so! Dann hat sie sofort zugemacht. Das ist irgendwie so mit spontanem Sex bei meiner Frau, das ging nicht. Nur, wenn sie alkoholisiert war oder sowas mal ein bisschen. Dann konnte ich eventuell was machen. Aber ansonsten, ansonsten nicht, ne. Und da waren immer mal wieder Pausen, zwei, drei Wochen, vier Wochen, fünf Wochen mal Pause oder so. Aber so wie jetzt, so schlimm war das noch nie. (Z. 172-184)

Über lange Zeit der Paarbeziehung hatte Herr C. die Lösungsstrategie verfolgt, seine Frau nach einem Streit zu besänftigen und abzuwarten, bis sie wieder zu einem sexuellen Kontakt mit ihm bereit war bzw. sie dazu zu überreden. In den meisten Fällen ließ sich seine Frau in der Vergangenheit auf seine Initiativen ein. In den letzten Jahren hatte sie ihr Verhalten aus seiner Sicht verändert und sich völlig gegen sexuelle Begegnungen mit ihm gesperrt.

B: Sowas wie Versöhnungssex gab es nie bei uns. Da musste erst wieder eine Vertrauensbeziehung auf. Wenn wir uns gezofft hatten usw., wenn man jetzt sagen würde, wir schreien uns an, und eine halbe Stunde später liegen wir im Bett und schlafen miteinander, dat gab et nicht. Ist sie lange sauer, zwei, drei Tage, vier Tage, und wenn dann alles gut läuft usw., dann, dann kommt es wieder zu sexuellen Handlungen. Sagen wir mal so. Und jetzt kann ich machen was ich will, dann ist wieder irgendetwas. Und wenn ich - ich war, ich hab ein paar Mal gesagt, meine Güte, sei nicht so ein Dickkopf! Und dann fing ich an, mit ihr zu knutschen, und ich kenne sie ja ganz genau, und sie ist sehr, über Küssen und sowas. Und dann hat man so richtig gemerkt, nee, dat, „Wenn ich jetzt küsse, dann kriegt er mich vielleicht rum. Nee!" Da hatte sie dann Feierabend gemacht. Als ob sie zumacht. Die ist jetzt grundsauer. Das Grund-sauer-Sein, sage ich mal jetzt, verhindert jetzt, dass sie sich loslässt und sagt „Ach komm!". (Z.201-211)

Herr C. nahm bei sich selbst das Bestreben wahr, aus einem destruktiven interaktionellen Kreislauf in ihrer sexuellen Beziehung auszusteigen, den er über viele Jahre zwischen sich und seiner Frau beobachtet hatte.

B: Warum ich so ein Dickkopp bin, ich glaube, die wäre eher schon wieder gekommen, wenn ich wirklich gebaggert hätte wie so'n (unverständlich, Anm. d. V.).

Aber da habe ich wirklich keine Lust mehr dran gehabt, weil, wie gesagt, in den ganzen Jahren, die wir uns kennen, ist der Anstoß zu sexuellen Handlungen immer von mir ausgegangen. Immer! Immer, und teilweise geht's wirklich bis in die Bettlerei rein oder so wat. Und, äh, das ist mir sowas von Oberkante Unterlippe gewesen, dass ich gesagt hab, „Nee, mach du! Ich fange erst wieder an, wenn du anfängst.". Das macht sie nicht. (Lacht) (Z.258-264)

Herr C. beschrieb, dass er sich seiner Frau gegenüber schließlich völlig zurücknahm und sich symmetrisch zu seiner Frau verhielt, so dass keine/r von beiden sexuelle Initiative übernahm.

B: Das kann ich nicht einordnen, dass ich so dickköpfig bin. Ich hab so für mich gesagt, dass ich die Schnauze voll hab, jedes Mal um Sex zu betteln. (Pause) So, für mich so. Und dann hab ich gesagt, nee, lass mal, mach du den ersten Schritt! Und sie macht den ersten Schritt nicht! Das hatte sie noch nie gemacht. Und das finde ich nicht gut. (Z.186-189)

Herr C. war aufgebracht, als er den Aspekt des Machtkampfes zwischen ihm und seiner Frau hervorhob. Er äußerte seinen Ärger über Verhaltensweisen seiner Frau. Aus seiner Sicht stemmte sie sich gegen eine positive Veränderung der gemeinsamen sexuellen Beziehung.

B: Da hat sie immer schön gestichelt, und ihre alte Art und Weise, wat ich auch immer so gehasst habe: „Ach, hättste mal! Gestern Abend hätte ich Lust gehabt." Das sagt sie mir dann, ne, „Hast du ja nicht, wolltest ja wieder Fernsehen gucken!", ne, och! Und das ging mir so auf den Senkel, ooch! Das habe ich ihr auch gesagt, und sie hat, nix! Sag doch einfach: „Komm, Schatz, lass uns ins Bett gehen. Ich hab Lust!" Nein, nein, nein! Ich sag, wenn ich das sag, dann bist du auch wieder sauer. Und das war, das hat sich so hochgeschaukelt. Weil sie, ich sag, „Du willst jedes Mal neu verführt werden! Kannst du dir nicht vorstellen, dass ich da manchmal keine Lust drauf hab?! Dat ich mal auch verführt werden will?". Dann sagt sie zwar ja, aber macht et nich. So, und deswegen ist das jetzt total eingefallen. Also wie gesagt, wenn das so weitergeht, wie es jetzt ist, werden wir auch das nächste Jahr nicht miteinander schlafen. (Z.213-223)

Herr C. reflektierte, dass er trotz der unterschiedlichen sexuellen Bedürfnisse, die er und seine Frau über die Zeit ihrer Paarbeziehung gezeigt hatten, keine anderweitigen sexuellen Kontakte gesucht hatte. In dieser Hinsicht gab es aus seiner Sicht ein eindeutiges Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seiner Frau. Flirts mit anderen Frauen hingegen waren für ihn wichtig.

B: Ich - ich hab mit keiner Faser dran gedacht, mir wat anderes zu suchen, oder irgend wat, in den Puff zu gehen oder, ja, weiß ich nicht. Ab und zu ein bisschen Selbstbefriedigung, und dann ist Feierabend! (Pause) Irgendwie ist mir das, mich selbst erschreckt das, wie gleichgültig mir das ist, muss ich sagen. Und ich, dass Einzigste, was ich über diese lange Zeit nie gedacht hätte, dass ich wirklich kein Interesse an anderen Frauen habe, oder so. Ich würde gerne. Ich mache unheimlich, äh, wenn eine, wenn ich ne nette Frau am Telefon habe usw., meine Frau verdreht immer die Augen. Ich flirte, auch so, das haben wir schon immer gemacht im Bekanntenkreis, dass es auffällt, wenn ich da ein nettes Mädchen kennenlerne, dann flirte ich. Das ist, das war aber immer schon so. Und da hat meine Frau auch ein Vertrauen zu mir gehabt, das ist gar keine Frage. Bis zum gewissen Punkt, und dann – wenn ich merke: „Au nee, du hast zu viel geflirtet, da könnte was laufen!", dann fange ich meistens an und sag „Hör mal, ich bin verheiratet, lass mal schön!" und so. (Z.226-237)

Für Herrn C. hängen drei Aspekte zusammen: Sein Glückspielverhalten, das Vertrauen seiner Frau in ihn und die Qualität ihrer sexuellen Beziehung. Dabei nimmt er Bezug auf die Einstufung der Qualität der Paarbeziehung in den Koordinatenachsen, die parallel zum Interview vorgenommen wurde.

B: Weil ich ja bei vier angefangen bin und bin da jetzt allerhöchstens bis in den Siebener-Bereich gegangen. Wenn der Sex auch in Ordnung wäre, dann wäre ich praktisch auf einer Zehnerstufe gewesen oder sowas. So vom - wenn das Spiel nicht gewesen wäre! Wie gesagt. Aber ich bin, bin ein guter Siebener und bin zufrieden damit. Für mich, für mich ist jetzt erstmal wichtig, äh, dass meine Frau wieder, und ich hab den Eindruck, das wird auch so sein, wenn meine Frau wieder so ein Vertrauen zu mir hat, dass sie mir glaubt, wenn ich sage „Du, ich spiele nicht, ich habe nicht gespielt. Das und das ist." Und sie glaubt mir das, dass ich so den Eindruck habe, dass dann auch die Sexualität wiederkommen wird. (Z.250-257)

Während des Interviews sprang Herr C. zwischen länger zurückliegenden Zeiten der Paarbeziehung, der jüngeren Vergangenheit und dem Ausblick auf die kommende Zeit hin und her. Seine angespannte und gleichzeitig hoffnungsvolle Haltung war spürbar. Er befand sich in einer Übergangsphase, in der er einige seiner bisherigen Verhaltens- und Interaktionsmuster in der Paarbeziehung hinter sich lassen wollte. Dennoch hatte er kein klares Bild von seiner zukünftig möglicherweise veränderten Beziehung zu seiner Frau. Dieser Zustand bedeutete für ihn Verunsicherung, ermöglichte ihm aber auch, Erfahrungen mit neuen Verhaltensweisen zu machen. Verschiedene Vorbelastungen wie seine Suchtproblematik, unverarbeitete traumatische Erlebnisse im beruflichen Bereich und Konflikte aus seiner Herkunftsfamilie nahmen Einfluss auf die Gestaltung der Paarbeziehung.

Visuelle Darstellung der Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung von Paar C.

Unabhängig voneinander markierten Frau und Herr C. während ihrer Interviews auf einem vorbereiteten Blanko-Diagramm, wie zufrieden sie mit ihrer Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung waren bzw. wie sie die Qualität ihrer Paarbeziehung rückblickend einschätzten (Abbildung 4).

Frau C. setzte die Einstufung der Paarbeziehung zu Beginn des Zeitraums der Paarberatung beim geringst möglichen Wert an. Sie war damals verzweifelt und fühlte sich überfordert damit, verschiedene Belastungsfaktoren zu bewältigen. Dazu gehörten die Probleme, die sie im Zusammenhang mit dem Glücksspielverhalten ihres Mannes sah und die Veränderungen durch den Auszug aller drei erwachsenen Kinder innerhalb eines kurzen Zeitraums. Sie markierte im Folgenden eine stetig ansteigende Zufriedenheit mit der Paarbeziehung, die einherging mit ihren Schilderungen, dass sie und ihr Mann sich im Rahmen der Paarberatung in einen offenen Austausch begeben hatten, der ihr sehr gut tat. Ihre somatischen Symptome besserten sich, und sie begann eine Psychotherapie. Ihre Einschätzungskurve fiel in den letzten Monaten des Zeitraums der Paarberatung stark ab, um gegen Ende knapp über dem Ausgangswert zu enden. Nach anfänglichem Optimismus war Frau C. sehr enttäuscht, als sie erfuhr, dass ihr Mann wiederum gespielt und ihr dies vorenthalten

hatte, was sie in eine Krise führte. Zu diesem Zeitpunkt stand ihr stationärer Aufenthalt in einer psychotherapeutischen Klinik an, den sie gewählt hatte, um Veränderungen bezüglich ihrer depressiven Symptome und Selbstwertprobleme zu erreichen.

Herr C. startet mit einer Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung, die etwas unter dem mittleren Wert lag. Seine Einstufung stieg parallel zu der seiner Frau an, allerdings nicht so steil, so dass beide sich um die Mitte des Paarberatungsprozesses beim selben höheren Wert trafen. Herr C. blieb mit seiner Einschätzung der Paarqualität bis zum vorletzten Monat des Paarberatungsprozesses auf einem Niveau etwas über der Mitte der Skalierung. Dies war die Zeit, in der er beschrieb, mit seinem Spielverhalten zufriedener zu sein, da er den Eindruck hatte, es steuern zu können. Erst in den letzten beiden Monaten der Paarberatung fiel seine Zufriedenheitskurve stark ab. Im Interview schilderte er, dass er zu dieser Zeit realisierte, wie stark die psychische Belastung seiner Frau war.

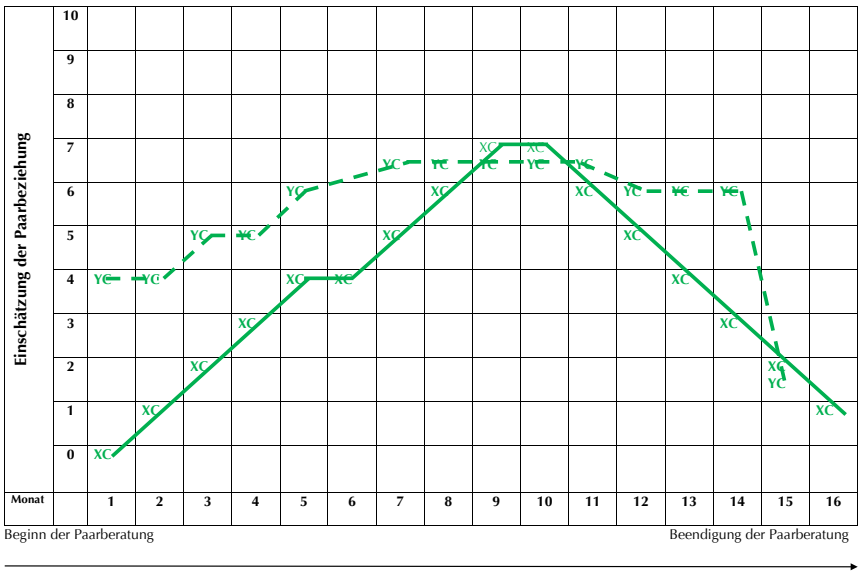


Abbildung 4: Paar C. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XC= Frau C., YC= Herr C.

Synopse der individuellen Ergebnisse der Fragebogen aus der Studie 1 und Interviewaussagen von Paar C.

In der Problemliste (PL) erreichte Frau C. bei der ersten Erhebung einen Wert von 6, Herr C. einen Wert von 8. Dabei vermerkte Herr C. in drei Bereichen „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit", und zwar bei Vertrauen, Verwandte und Kommunikation. Frau C. markierte diese Kategorie nur bei dem Thema Kommunikation. Mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber" belegte Herr C. fünf Bereiche, nämlich Temperament und Zuwendung der Partnerin, Gewährung persönlicher Freiheiten, Sexualität und persönliche Gewohnheiten der Partnerin. Frau C. ordnete diese Kategorie ebenfalls den Bereichen Temperament und Zuwendung des Partners, Sexualität und persönliche Gewohnheiten des Partners zu und zusätzlich dem Thema Vertrauen. In den Interviews beschrieben beide, dass sie seit einiger Zeit eine emotionale Entfremdung auf der Paarebene empfunden hatten und wenig kommunikativen Austausch pflegten. Zeichen gegenseitiger Zuwendung habe es kaum noch gegeben. Trennungsgedanken waren aufgekommen, insbesondere bei Frau C., da sie das Glücksspielverhalten und damit verbundenen Heimlichkeiten ihres Mannes ihr gegenüber nicht mehr ertragen wollte. Bei der Erhebung am Ende des Paarberatungsprozesses mittels der PL lag Frau C. bei einem Summenwert von 5, Herr C. von 6. Die subjektive Belastung durch Probleme in der Partnerschaft hatte demnach bei beiden leicht, aber nicht relevant abgenommen. Die Kategorie „Konflikte, keine Lösungen, oft Streit" fand sich bei beiden nicht mehr. Die Markierung „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber" setzten beide parallel bei Freizeitgestaltung, Zuwendung des Partners/der Partnerin, Vertrauen, Sexualität und Forderungen des Partners/der Partnerin. Herr C. benannte zusätzlich das Thema Berufstätigkeit. In den Interviews betonten beide, dass das Vertrauen untereinander ein zentraler und strittiger Aspekt für ihre Paarbeziehung war und sie dies in den Paarberatungssitzungen thematisiert hatten. Allerdings berichteten beide ebenso, dass sie außerhalb der Paarberatung weiterhin Schwierigkeiten hatten, offen miteinander zu kommunizieren. Die gemeinsame Sexualität wurde in den Interviews am Ende des Zeitraums der Paarberatung als problematisch-verstrickt benannt. Das Paar hatte sich nicht gemeinsam entscheiden können, dieses Thema im Rahmen der Paarberatung anzugehen. Dennoch befassten Frau und Herr C. sich in den einzelnen Interviews mit ihrer Unzufriedenheit

bezüglich ihrer sexuellen Beziehung und möglichen Verbindungslinien zum Thema Vertrauen bzw. Macht in der Paarbeziehung.

Die Ergebnisse des Fragebogens Allgemeine Depressionsskala (ADS) bei Frau C. betrugen 23 Punkte bei der ersten und 21 bei der zweiten Erhebung. Herr C. wies bei der ersten Messung einen Wert von 24 und bei der zweiten von 16 auf. Als kritischer Wert für das Vorliegen einer ernsthaften depressiven Verstimmung kann 23 angenommen werden (siehe 6.1.4). Als statistisch signifikant wird eine Veränderung des Summenwertes zu zwei Erhebungszeitpunkten um mindestens fünf Punkte angesehen (Klann et al. 2003, S.189). Frau C. hatte gegen Ende der Paarberatung einen Wert unterhalb der kritischen Grenze erreicht, allerdings aufgrund einer geringfügigen Verringerung. Bei Herrn C. hatte sich eine relevante Verringerung der depressiven Symptome unter den kritischen Wert ergeben. Dies stimmte überein mit den Aussagen, die beide in den Interviews machten. Frau C. sah sich gegen Ende der Paarberatung in einer persönlichen Krise, in der sie sich mit psychotherapeutischer Unterstützung mit lang verdrängten Themen auseinandersetzte.

Frau C.: da habe ich schon ein bisschen mehr Vertrauen, dass ich so sage jetzt einfach, ich denk jetzt nicht an meinen Mann. Ich möchte versuchen, da ich ziemlich empfindlich bin, und auch Nerven - wenn irgendwie mich einer falsch ansprach, dann fang ich an zu weinen, und das möchte ich einfach nicht mehr.

I: Also, das wäre das Neue, was Sie jetzt für sich suchen?

Frau C.: Ja. Auf jeden Fall. Und, wie gesagt, das traue ich mir jetzt auch zu. Ich sag mir einfach, ich muss das Vertrauen zu meinem Mann haben. Er sagt, er spielt nicht mehr. Und ich muss versuchen, versuchen, ihm das zu glauben und damit umzugehen. Und deswegen hoffe ich, dass mir die Kur, mich so ein bisschen stabilisiert und mich stärker, hört sich so blöd an, und ich weiß nicht, wie ich das formulieren soll, mich ein bisschen stärker macht. (Z.215-224)

Das subjektive Wohlbefinden von Herrn C. hatte sich gesteigert, da er sich bezüglich seines Spielverhaltens als selbstwirksam erlebte und dadurch Hoffnung auf eine positive Entwicklung der Paarbeziehung entwickelte. Dementsprechend stufte er sich als weniger belastet ein, was depressive Symptome angeht.

In der Beschwerdenliste (BL) erreichte Frau C. bei der ersten Messung einen Wert von 44, bei der zweiten von 41 Punkten. Herr C. erreichte 45 bei der ersten

und 39 Punkte bei der zweiten Erhebung. Alle Werte lagen deutlich über dem Grenzwert für auffällige Belastung von 25. Die Abnahme vom ersten zum zweiten Zeitpunkt muss daher relativiert werden. Herr C. litt zu Beginn des Paarberatungszeitraumes u. a. stark unter Schwächegefühl, Mattigkeit, Reizbarkeit, Grübelei, Schwitzen und Rückenschmerzen. Frau C. benannte als stark belastend u. a. Engegefühl im Hals, Schwächegefühl, Mattigkeit, Schwitzen, Grübelei, Schlafstörungen und Nackenschmerzen. Im Wesentlichen zeigten sich bei Herrn C. am Ende der Paarberatung dieselben Belastungssymptome wie zu Beginn. Innere Unruhe und Schlaflosigkeit kamen als stark belastend hinzu. Herr C. war vor, im Zeitraum und nach der Paarberatung u. a. wegen Burn-out und depressiven Symptomen in fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Einige der Beschwerden könnten im Zusammenhang mit diesen psychischen Belastungen gestanden haben. Herr C. berichtete im Interview davon, dass er in seinem Beruf mehreren potentiell traumatisierenden Situationen ausgesetzt war und für ihn zum damaligen Zeitpunkt keine Möglichkeit der Verarbeitung bestanden hatte. Besonders litt er an den Erinnerungen an den Einsatz, bei dem er den Unfalltod eines nahen Verwandten seiner Frau feststellen musste. Möglicherweise zeigte Herr C. Folgestörungen traumatischer Erfahrungen, die sich in körperlichen Beschwerden ausdrückten. Herr C. litt unter Rückenbeschwerden, die nach Beendigung der Paarberatung zu einer Reha-Maßnahme führten. Frau C. benannte bei der zweiten Erhebung Völlegefühl, Reizbarkeit, Schwitzen, Rücken- und Nackenschmerzen und Schlafbedürfnis als stark belastend. Frau C. hatte im Zeitraum der Paarberatung Übergewicht, das evtl. zu einigen der körperlichen Beschwerden beitrug. Im Rahmen ihrer Psychotherapie, die während der Paarberatung begann, wurden depressive Symptome und Selbstwertprobleme diagnostiziert, die sich vor allem darauf bezogen, dass sie ihren Körper ablehnte. Diese Aspekte nahm Frau C. erstmalig bewusst wahr. Frau C. berichtete im Interview, dass sie nach der medizinisch-organischen Abklärung durch die Einnahme von Psychopharmaka Erleichterung bezüglich ihrer somatischen Beschwerden empfand.

Frau C.: Ich merkte, ich war krank – hatte so Gebrechen. Das sind alles Kleinigkeiten, aber ich hatte, ein kleines Beispiel, zwischen der Brust so stechende Schmerzen. Ich wurde total auf den Kopf gestellt, ich kam inne Röhre und was nicht alles. Ich war organisch gesund! Und dann bin ich ja danach zu Frau Dr. X gegangen. Ich hab zu

meinem Mann gesagt, du musst mich mal mitnehmen, bei mir stimmt irgendwas nicht. Und dann kriegte ich Tabletten, und vier Wochen später hatte ich die Schmerzen nicht mehr. Und jetzt fängt das auch wieder an, dass mir da am Bein was weh tut und hier. Aber ich traue mich nicht, zum Arzt zu gehen, weil man da ja so auf den Kopf gestellt wird, und wenn nachher wieder nichts rauskommt, kommt man sich ja auch ein bisschen dumm vor, ne. Und deswegen gehe ich eigentlich auch schon gar nicht mehr zum Arzt. Aber ich merkte, dass mir das von der Psyche und vom Körper her, dass es mir immer besser ging. Und, wie gesagt, so Ende des Jahres, wo das dann wieder so krass wurde, dann merkte ich, dass ich immer wieder tiefer wieder in das Loch gefallen bin. (Z.170-181)

Frau C. brachte die Besserung ihre körperlichen Beschwerden damit in Verbindung, dass sich die emotionale Situation zwischen ihr und ihrem Mann zwischenzeitlich entspannt hatte. Nach der für sie neuerlich enttäuschenden Erfahrung, dass ihr Mann Glücksspielverhalten zeigte und ihr dies verschwieg, seien ihre Belastungssymptome auf der körperlichen Ebene wieder angestiegen.

Im Fragebogen zur Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) erreichte Herr C. in der Subskala Globale Unzufriedenheit (GUZ) T-Werte von 54 bei der ersten und 50 bei der zweiten Erhebung. Seine Unzufriedenheit verringerte sich demnach auf einen tendenziell klinisch unauffälligen Wert. Bei Frau C. verringerte sich die globale Unzufriedenheit von 62 auf 52. Werte zwischen 50 und 60 weisen auf signifikante Konflikte in der Paarbeziehung hin. Die Probleme sind meist lang andauernd, und Lösungen gestalten sich schwierig. Dennoch ist die Partnerschaftsqualität ausreichend, um gemeinsam Paartherapie aufzusuchen (vgl. Klann et al., 2006, S. 12ff.). Höhere Werte über 60 zeigen gravierende Unzufriedenheit und länger bestehende Konflikte in mehreren Bereichen der Partnerschaft an. Trennungsgedanken aufgrund von Ärger über negativ kritisches Verhalten des Partners/der Partnerin und über zu wenig positive Zuwendung sind festzustellen. Frau C. befand sich zum ersten Messzeitpunkt in diesem Unzufriedenheitsbereich und verringerte ihre Unzufriedenheit im Zeitraum der Paarberatung erheblich.

In der Skala Unzufriedenheit mit der Affektiven Kommunikation (AKO) zeigten sich bei Frau und Herrn C. entgegengesetzte Veränderungen. Der T-Wert stieg bei Herrn C. von 55 auf 59, während er bei Frau C. von 62 auf 41 fiel. In meiner

Studie 1 zeigten die zusammengefassten Ergebnisse über alle Paare hinweg einen Anstieg der Unzufriedenheit mit der affektiven Kommunikation. Die positive Entwicklung bei Frau C. war dazu gegenläufig. Die Werte zwischen 50 und 60 bei Herrn C. wiesen darauf hin, dass er sich sowohl zu Beginn als auch am Ende des Zeitraums der Paarberatung von seiner Frau emotional abgeschnitten und unverstanden fühlte. Die gegenseitige Öffnung, die ihnen zwischenzeitlich gelang, war wiederum gestört. Der erste Wert bei Frau C. zeigte, dass sie ihren Mann zu Beginn des Paarberatungsprozesses als emotional nicht erreichbar und nicht unterstützend einschätzte und Misstrauen und Entfremdung empfand. Diese Fragebogenergebnisse spiegeln sich in den Beschreibungen beider in den Interviews wider, in denen sie ein „Nebeneinanderherleben" zu Beginn des Zeitraums der Paarberatung schildern. Herr C. war am Ende des Beratungsprozesses erschrocken über die Erkenntnis, dass seine Frau sich psychisch stark belastet fühlte und von ihm abgrenzte. Daher war seine Unzufriedenheit mit der affektiven Kommunikation angestiegen. Frau C. hingegen erlebte am Ende der Paarberatung wesentlich mehr emotionale Intimität in ihrer Paarbeziehung als zu Beginn. Werte unter 50 weisen auf positive Gefühle, Vertrauen und die Bereitschaft hin, sich auch in konflikthaften Themen dem Partner gegenüber zu öffnen. In der Subskala AKO hatte Frau C. bei der zweiten Messung im Gegensatz zur ersten fast alle Items positiv beantwortet, in denen es um das Gefühl ging, vom Partner ernst genommen, wertgeschätzt und emotional unterstützt zu werden. Möglicherweis hatten die Erfahrungen, die Frau C. in ihrer Einzelpsychotherapie machte, einen förderlichen Einfluss auf ihre Sicht auf die emotionale Intimität in der Paarbeziehung. Frau C. formulierte dazu im Interview als Ausblick auf ihren nächsten Entwicklungsschritt: *Frau C.: Dass ich mich da so ein bisschen, dass ich das nicht immer alles so super ernst nehme und versuche, mich davon so ein bisschen - abzukapseln ist auch der falsche Ausdruck. Dann bin ich ja wieder bei meinem Mann nicht dabei. Abkapseln ist auch falsch, ich weiß nicht ich es sagen soll. Dass ich eben versuche, damit einfach zu leben, dass ich weiß, mein Mann ist ein Spieler, und ich muss damit versuchen umzugehen. Und das fällt mir halt schwer... Und da erhoffe ich mir natürlich jetzt von der Therapie ein bisschen. Ich weiß es nicht, ich kenne das nicht, ich weiß nicht, was da geschieht, ich hoffe. Ich geh da auch jetzt ziemlich offen hin. Ich mein, Angst*

hab ich, aber ich geh da ziemlich offen hin und hoffe, dass mir geholfen wird. (Z.310-319)

Herr C. markierte bei der zweiten Erhebung im EPF Items als problematisch, bei denen es darum ging, ob er in belastenden Situationen von Seiten seiner Frau Verständnis und Zuneigung empfand und sich ernst genommen fühlte. Dies korrespondiert mit seinen Interviewbeiträgen, in denen er bedauerte, dass seine Frau sein Bemühen, im Bereich Spielverhalten mehr Selbstkontrolle zu erlangen, nicht genügend wertschätzte.

In der Subskala Problemlösen (PBL) geht es darum, wie effektiv die Partner ihre Probleme angehen und lösen. Bei Frau und Herrn C. nahm die Unzufriedenheit mit diesem Bereich über den Zeitraum der Paarberatung stark ab. Frau C. hatte einen T-Wert von 69 bei der ersten und 42 bei der zweiten Messung, Herr C. einen T-Wert von 88 bei der ersten und 56 bei der zweiten Messung. Werte über 60 weisen auf ungelöste Paarkonflikte hin, die langanhaltend und von negativer gegenseitiger Kommunikation begleitet sind. Dem Partner/der Partnerin werden negative Absichten unterstellt, ein Perspektivwechsel scheint unmöglich, und eine Trennung wird in Betracht gezogen. Bei der zweiten Erhebung markierte Herr C. Items positiver, bei denen es darum ging, dass er brisante Themen mit seiner Frau ansprechen konnte, ohne dass unmittelbar eine heftige Streitsituation entstand, die mehrere Tage anhielt. Eine konstruktive Begrenzung auf konkrete Konfliktthemen war ihnen als Paar aus seiner Sicht ebenso möglich wie die Entgegennahme von Kritik. Frau C. beantwortete die Items in ähnlicher Weise. Als Herr C. wiederholt Geld verspielte und seiner Frau dies mit Verzögerung mitteilte, bedeutet das einen Rückschlag für sie. Das Paar kehrte daraufhin zu einem Kontrollprocedere zurück, dass sie aufgrund des Glücksspielverhaltens bei Herrn C. in der Vergangenheit entwickelt hatten. Herr C. gab in finanzieller Hinsicht sämtliche Handlungsfreiheit an seine Frau ab, die ihm Geld für den Alltagsbedarf zuteilte. Das Paar C. zeigte im Gegensatz zu den Ergebnissen meiner Studie 1 in der Subskala PBL eine deutliche Verminderung ihrer Unzufriedenheit. Offensichtlich war es ihnen gelungen, Überreaktionen bei chronischen Konfliktthemen wie dem Glücksspielverhalten von Herrn C. einzudämmen und mehr Verständ-

nis für die Position des/der anderen zu entwickeln. Dabei handelte es sich um interaktionelle Probleme bzw. Probleme in der Beziehungsgestaltung und nicht um die Bewältigung von außen auftretender Probleme.

In der Skala Aggression (AGG) ergab sich zum ersten Zeitpunkt bei Frau C. ein Wert von 57, der auch beim zweiten Zeitpunkt bestehen blieb. Herr C. hatte zunächst einen Wert von 51 erreicht, der auf 56 anstieg. In dieser Skala ergibt sich ab zwei bestätigten Items einen T-Wert über 50. Bei zwei Items hatte Herr C. geringe körperliche Aggression seiner Frau ihm gegenüber angegeben. Frau C. hatte Items benannt, in denen es um ihre Sorge ging, dass ihr Mann ihr aus Wut wehtun könnte und dass er sie verbal attackierte, wenn er wütend war. In den Interviews hatte keiner von beiden verbale oder körperliche Gewalt in der Paarbeziehung benannt. Allerdings sprachen beide von Schwierigkeiten in der Emotionsregulation im Hinblick auf das chronisch belastende Thema Vertrauen in der Beziehung. Frau C. fühlte sich dem Spielverhalten ihres Mannes gegenüber ohnmächtig und litt unter dem Verlust von Kontrolle, wenn er ihr Informationen diesbezüglich vorenthielt. Sie stellte einen engen Zusammenhang her zwischen seinem Spielverhalten und seiner Wertschätzung ihrer Person. Herr C. schwankte in Bezug auf das Konfliktthema Glücksspiel zwischen Resignation, Vermeidungsverhalten und Optimismus, wobei er zunehmend weniger Möglichkeiten sah, seine Frau positiv zu beeinflussen.

Die Unzufriedenheit mit den Konflikten um Finanzen (KOF) stieg bei beiden vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt an, und zwar bei Herrn C. von 59 auf 66 und bei Frau C. von 55 auf 61. Da der Umgang mit Geld und Herrn C.s Glücksspielverhalten ein chronisches Konfliktthema des Paares war und sie am Ende des Zeitraums der Paarberatung diesbezüglich keine Einigung erzielt hatten, erscheinen die hohen Unzufriedenheitswerte nicht überraschend. Sie hatten sich zu diesem Thema in den Paarberatungssitzungen offen konfrontiert und bezüglich ihrer Positionen sowie zu ihren darunter liegenden Bedürfnissen ausgetauscht. Die bewusste Auseinandersetzung ließ die Unzufriedenheit deutlicher hervortreten, eine beide zufriedenstellende Lösung hatten sie nicht erreicht.

In der Skala Sexuelle Unzufriedenheit (SUZ) ergab sich ein ähnlicher Effekt. Bei beiden stieg der Wert vom ersten zum zweiten Zeitpunkt an, bei Herrn C. von 57 auf 64, bei Frau C. von 61 auf 66. Die gemeinsam geteilte Unzufriedenheit führte

nicht dazu, dass beide Sexualität zum Thema der Paarberatung machen wollten. Frau und Herr C. beschrieben in den Interviews ihre Ambivalenz zu diesem Bereich der Paarbeziehung und schilderten eine Verstrickung mit den Themen Vertrauen und Macht. Herr C. meinte, seine Frau habe das Thema gemeinsame Sexualität im Paarberatungsprozess blockiert.

Herr C.: Das ist ja, das ist nur, wir hatten das ja schon mal bei Ihnen angesprochen, und dann sind ja wieder andere Probleme dazwischengekommen. Sie hatten sich vorgenommen, dass wir darüber mal sprechen sollten und so. Das ist eigentlich jedes Mal untergegangen. Das ist jedes Mal untergegangen, und ähm, ich hab schon fast den Eindruck, dass meine Frau das so regelmäßig gesteuert hat, dass das untergeht. Weil sie da nicht drüber sprechen will oder wat, ich weiß es nicht. Weil das jedes Mal, äh, wir hatten die letzte Sitzung abgeschlossen. Ja, nächste Mal sprechen wir über das Sexuelle, und dann sitzt sie hier, und erzählt was ganz anderes, und, äh, wat Schlimmes, und dann ist das Thema wieder gegessen erst mal! (Z.191-198)

Frau C. beschrieb einen interaktionellen Kreislauf in Bezug auf Sexualität zwischen ihr und ihrem Mann folgendermaßen:

Frau C.: ...dass ich das dann als Strafe für meinen Mann gemacht hab und gesagt hab „Ach, wenn du spielst, dann kriegst du eben kein Sex. Und erst recht, wenn Du mich anlügst." Und dadurch ist das Vertrauen immer mehr weggegangen, und dann konnte ich gar nicht mehr. (Z.248-251)

Frau C. teilte in den Paarberatungssitzungen nach ihrem Klinikaufenthalt mit, dass sie sich in ihrer Einzelpsychotherapie mit ihrer ablehnenden Einstellung zu ihrem Körper befasst hatte. Sie sah einen Zusammenhang zwischen diesem Thema und den sexuellen Problemen in ihrer Paarbeziehung. Durch die Beschäftigung mit ihrem Selbstbild als Frau bzw. Mann und Sexualität im Verlauf der Paarberatung und der Einzelpsychotherapie wurden Frau und Herrn C. ihre jeweils problematischen Punkte bewusst. Somit spürten sie auch ihre Unzufriedenheit auf der Paarebene deutlicher. Herr C. hatte sich damit auseinandergesetzt, ob ausschließlich er sexuelle Initiative in der Beziehung zu seiner Frau übernehmen wollte wie bislang. Ein erhöhter Unzufriedenheitswert in der Subskala SUZ ist bei dem Paar C. daher möglicherweise als Hinweis auf Bewusstwerdungsprozesse und als konstruktive Entwicklung zu werten.

In der Skala Konflikte mit der Ursprungsfamilie (KUF) zeigte Herr C. zu beiden Zeitpunkten hohe Unzufriedenheitswerte von 69 und 65. Herr C. näherte sich dem Thema seiner Erfahrungen in der Herkunftsfamilie im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung, die er in der Zeit nach dem Interview aufgrund einer längeren Dienstunfähigkeit absolvierte.

In der Skala Inkonsistenz (IKO) sanken die T-Werte bei Herrn C. von 54 auf 50 und bei Frau C. von 46 auf 38, was darauf hinweisen kann, dass sie die Fragen bei der zweiten Erhebung sorgfältiger beantworteten.

Der Summenwert im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) betrug bei Frau C. 32 in der ersten Erhebung und 39 bei der zweiten. In den Bereichen Gesundheit und Einkommen sank ihre gewichtete Zufriedenheit. Freunde und Bekannte waren ihr bei der zweiten Erhebung um zwei Punkte wichtiger, Einkommen und Partnerschaft/Sexualität um einen Punkt wichtiger. Der Bereich Familienleben/Kinder hatte zu beiden Zeitpunkten für Frau C. gleich hohe Wichtigkeit. In den Bereichen Freunde, Familie, Partnerschaft/Sexualität stieg ihre Zufriedenheit an. Im Feld Familienleben/Kinder war bei der zweiten Messung ihre Zufriedenheit um einen Punkt geringer und im Feld Partnerschaft/Sexualität um einen Punkt höher. Eine leichte Verschiebung der Prioritäten könnte sich darin andeuten. Frau C. hatte im Interview davon gesprochen, dass sie nach dem Auszug aller drei erwachsenen Kinder eine neue Orientierung finden müsse. Herr C. erreichte bei der ersten Messung einen FLZ-Summenwert von 25 und bei der zweiten von 17. In den Bereichen Gesundheit und Einkommen sank seine gewichtete Zufriedenheit. Im Beruf stieg sie hingegen an. Das Berufsfeld hatte für ihn bei der ersten Messung die höchste und bei der zweiten die niedrigste Wichtigkeit. Hier hatte er offensichtlich eine Umbewertung vorgenommen. Der Bereich Partnerschaft/Sexualität war ihm zum zweiten Erhebungszeitpunkt um einen Punkt weniger wichtig als beim ersten, während es bei Thema Gesundheit umgekehrt war. Mit dem Bereich Gesundheit war Herr C. bei der zweiten Messung sehr unzufrieden und mit der Partnerschaft/Sexualität zu beiden Zeitpunkten eher unzufrieden. Mit seinem Einkommen war er beim zweiten Zeitpunkt um einen Punkt weniger zufrieden. Zu den Veränderungen in der Haltung zu seinem Einkommen und Beruf gab es keine Hinweise von Herrn C. in seinem Interview.

Zusammenfassung Paar C.

Das Paar C. stand zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung im Übergang zum Lebensabschnitt nach der Familienphase. Multiple Vorbelastungen und individuelle Erkrankungen bestanden bei beiden seit geraumer Zeit. Frau C. sah für sich keine Möglichkeit mehr, die Probleme in der Paarbeziehung im Zusammenhang mit dem Glücksspielverhalten ihres Mannes zu bewältigen. Ihre Fähigkeit zur Emotionsregulation war erschöpft. Um weitere Verletzungen zu vermeiden, war sie zu ihrem Mann auf emotionalen Abstand gegangen. Herr C. kämpfte darum, dass seine Frau ihm vertraute und sich ihm emotional wieder annäherte. Die Schwierigkeiten des Paares spiegelten sich insbesondere in ihrem Umgang mit der gemeinsamen Sexualität. Herr C. stand zudem beruflich unter Druck. Im Rahmen des Paarberatungsprozesses begannen sie offener über Konflikte und Probleme auf der Paarebene zu sprechen und setzten sich mit ihrem je eigenen Anteil daran auseinander.

Paar D.

Frau D. war zum Zeitpunkt der Beratung 55 Jahre alt, Herr D. war 59 Jahre alt. Sie waren seit 36 Jahren verheiratet und hatten zwei erwachsene Kinder im Alter von 33 und 35 Jahren, die in eigenen Haushalten lebten. Frau D. hatte vor einigen Jahren zwei Krebserkrankungen erfolgreich überwunden. Diese Erkrankung traten kurz nacheinander auf und bedeuteten für sie und ihren Mann eine große Belastung. Frau D. übernahm in der Familienphase die Hausarbeit und die Erziehung der Kinder. Herr D. war als Kraftfahrer im Fernverkehr tätig und wurde ca. sechs Jahre vor Beginn der Paarberatung aufgrund einer psychischen Erkrankung berentet. Die Frühberentung brachte für das Paar erhebliche finanzielle Probleme mit sich. Herr D. war in der Zeit unmittelbar vor Beginn der Paarberatung zu einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, während Frau D. in diesem Zeitraum eine mehrwöchige Rehabilitationsmaßnahme absolvierte. Beide litten an rheumatischen Erkrankungen. Aus finanziellen Erwägungen hatte sich das Paar vor Beginn der Paarberatung entschieden, das eigene Haus zu verkaufen. Der Versuch, über den Verkauf des Hauses die finanzielle Situation zu entspannen, brachte gleichzeitig für Frau und Herrn D. weitere körperliche und psychische Anforderungen mit sich, da sie viele Eigenleistungen in den Umzug einbrachten. Der Umzug fiel in den Zeitraum der Paarberatung und war noch nicht abgeschlossen, als die Interviews mit ihnen stattfanden. Anlass

für die Anmeldung zur Paarberatung war der Zusammenbruch aller Bewältigungsmöglichkeiten des Paares. In der psychiatrischen Klinik, in der Herr D. stationär aufgenommen wurde, wurde das Paar darauf hingewiesen, dass eine anschließende ambulante Paarberatung für sie hilfreich sein könne. Frau und Herr D. hatten zunächst in einer anderen Beratungseinrichtung Beratung im Paarsetting wahrgenommen. Da sie mit dem Prozess dort unzufrieden waren, brachen sie die Beratung ab. Als die Belastungen wiederum zunahmen, meldeten sie sich in der EFL-Beratungsstelle an.

Der Paarberatungsprozess erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten und umfasste sieben Sitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer. Die Paarberatungstermine fanden in einem ca. 14tägigen Abstand statt.

Die Interviews wurden ein Jahr nach Beendigung der Paarberatung in den Räumen der EFL-Beratungsstelle geführt und erfolgten an einem Tag kurz nacheinander.

Frau D. „Es war perfekt - und dann brach alles zusammen."

Frau D. hatte ihre Rolle als Hausfrau und in der Erziehung der Kinder über viele Jahre ausgesprochen selbständig ausgefüllt, da ihr Mann als Kraftfahrer im Fernverkehr während der Woche unterwegs und somit zu Hause nicht präsent war. Die Wochenenden verliefen aus ihrer Sicht mit gemeinsam gestalteter Zeit harmonisch.
B: Also, das Problem bei uns war immer, dass ich, mein Mann war 18 Jahre im Fernverkehr, oder 17 Jahre, *und ich sehr eigenständig bin und immer alles alleine machte. Wo er dann anfing, in den Nahverkehr zu gehen, wo er dann anfing krank zu werden, das war, also das Zusammenspiel war ganz schwierig. Ich war immer, ich hab alles alleine gemacht, ich hab alles selbst in die Hand genommen, und da kamen enorme Probleme.* (Z.70-74)

Herr D. wechselte in einen anderen beruflichen Tätigkeitsbereich und war damit häufiger zu Hause anwesend. Dadurch veränderten sich die Rollen, die Herr und Frau D. über viele Jahre eingenommen hatten. Darüber hinaus brachten die Erkrankungen beider Partner und die Folgeprobleme ihre Lebensorganisation aus dem Gleichgewicht.
B: Ja, wir hatten einfach immer feste Regeln. Das war das Gute. Ich hab mich um Haus und Kinder gekümmert, mein Mann ist die ganze Woche unterwegs gewesen. Und wir haben unheimlich viel geredet, weil die Zeit, wenn er da war, haben wir nie

für Streitereien oder irgendwie - es war immer eine ausgefüllte Zeit. Es war perfekt! Und dann brach das alles zusammen mit der - mit beiden Krankheiten und dem Finanziellen. Und wir haben dann gedacht, auch das hat jetzt über fast 30, sind 36 Jahre jetzt verheiratet, das hat so gut geklappt, das kriegen wir in den Griff! Das war nicht so einfach, und das ist auch nicht so einfach. (Z.90-96)

Die Krebserkrankung von Frau D. war ein deutlicher Einschnitt, der die Balance im Paarsystem veränderte. Frau D. beobachtete, dass ihr Mann in der Folge depressive Symptome zeigte, die auch mit Mobbing- bzw. Bossingphänomenen (Köllner & Söllner, 2016; Kolodej, Klug und Kallus, 2012) in seinem Beruf zusammenhingen. Als er aufgrund seiner psychischen Erkrankung frühberentet wurde, ergaben sich zudem finanzielle Probleme für das Paar. Aufgrund der zeitweiligen Suizidgefährdung ihres Mannes nahm Frau D. eine veränderte, eher besorgt-kontrollierende Rolle ihm gegenüber ein, die sie als belastend erlebte.

Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung sah Frau D. verschiedene Faktoren, die ihre Paarbeziehung erheblich belasteten.

B: Ja, wir waren doch, äh, die Situation bei uns war relativ verfahren, und ich hab – wir sind in Z. schon zur Paarberatung mal gegangen, das hat uns aber beiden gar nicht gefallen, und mein Mann ist vor – jetzt muss ich überlegen – sechs Jahren aufgrund psychischer Erkrankung in Rente gegangen. Ich bin an Krebs erkrankt, und von da an ist eigentlich alles - ging es ziemlich den Berg ab. Aus dem einfachen Grunde, weil, ich hab versucht, mit meiner Krankheit fertigzuwerden. Er hat zu der Zeit noch gearbeitet, ist aber mit dem Ganzen nicht klargekommen, und dann ist irgendwann die Luft rausgegangen. Dass wir, das, das Miteinanderreden, das ging einfach nicht mehr so wirklich. (Z.43-49)

Die gesundheitlichen und finanziellen Belastungen kumulierten und erreichten einen Punkt, an dem die bisherigen Bewältigungsstrategien von Frau und Herrn C. nicht mehr ausreichten.

B: Da hat sich unheimlich viel, es hat sich alles verändert! Es war finanziell ganz schlecht, es war gesundheitlich bei beiden ganz schlecht, und die Kinder waren dann mehr oder weniger schon aus dem Haus. Ja, und dann ist das Ganze so - so diese Durchhaltetaktik: Wir kriegen das schon hin, sowohl finanziell, wir hätten das Haus

Jahre eher verkaufen müssen, wir hätten Jahre eher losgehen müssen. Aber jetzt ist es halt so gewesen, dass wir zu lange oder so lange gewartet haben. (Z.78-82)

Der Auszug der erwachsenen Kinder stellte einen familiären Übergang dar, den sie aus Sicht von Frau D. hätten nutzen können, um die finanzielle Situation zu stabilisieren. Ein Verkauf des Hauses hätte ihrer Meinung nach eine große Belastung von ihnen genommen. Frau und Herr D. fühlten sich im Vorfeld der Paarberatung durch somatische und psychische Krankheiten beeinträchtigt und versuchten, ihre Probleme je einzeln zu bewältigen.

B: Er hat sich natürlich durch diese Depression verändert. Mehr als ich mich verändert habe, und ich sollte - das haben die mir in Y. (Psychiatrische Klinik, Anm. d. V.) auch gesagt - ich sollte mir endlich mal die Zeit nehmen und zu so einer Selbsthilfegruppe für Angehörige gehen, um das einfach besser zu verstehen. Weil ich manchmal denke, mein Gott, stell dich nicht so an! So denke ich wirklich leider manchmal, weil ich dann denke, mir tun die Knochen auch so weh. Jetzt hat er natürlich die starke Rheuma noch dazwischen, und er fühlt sich natürlich - er ist mit 56 in Rente gegangen. Und dadurch hat er sich natürlich erst recht als Versager gefühlt. (Z.470-476)

Frau D. beschrieb eine Kaskade von Belastungen und Verlusterlebnissen, die sie und ihr Mann in den vergangenen Jahren erlebt hatten und die sich in negativer Weise verstärkten.

B: Aber mein Mann war ja jetzt schon, der ist ja durch Mobbing am Arbeitsplatz, der ist eigentlich krank geworden durch meine Krankheit. Und hat dann seinen Job verloren, Gott sei Dank war er, also, sie haben ihn rausgemobbt, und der ist seitdem schon fünfmal weg gewesen. (Z.407-410)

Die Versuche, aus eigener Kraft die Probleme zu lösen, sah sie rückblickend als Überforderung an.

B: Und da hätten wir eigentlich ansetzen müssen und sagen, da holen wir uns jetzt mal Hilfe, wie wir das fachlich – aber wir haben immer gedacht, kriegen wir alles in den Griff! Das kriegen wir alles - in den Griff. (Z.74-76)

Frau D. spürte die depressiven Symptome ihres Mannes im Zusammenleben mit ihm sehr deutlich, während er sich bei sozialen Kontakten mit anderen Menschen bemühte, diese zu verbergen.

B: Was mich so entsetzt daran, ist, wenn wir irgendwo sind, merkt man ihm nichts an. Und dann denkt man, dem geht es aber gut! Aber nicht zu Hause. Er versucht einfach nach außen immer, ein Bild auch so zu halten, was er nicht, dass es ihm alles nichts ausmacht. Und das ärgert mich. Und das versuche ich ihn immer wieder zu erklären, dass er auch außerhalb sagt, mir geht es richtig schlecht. Und nicht immer außen sagt, mir geht's gut, und zu Hause geht's ihm nur noch schlecht. (Z.479-484)

Als besonders belastend empfand Frau D. die Suizidtendenzen ihres Mannes. Sie fühlte sich in solchen Zeiten verantwortlich, die entsprechend notwendige psychiatrische Behandlung für ihn zeitnah zu organisieren.

B: Und ich erlebte dann die Seite, dass er einfach wenig sagt und sich zurückzieht. Ja, letztes Mal, wo's nach Y. ging, da ging es dann soweit, dass er zu mir gesagt hat, ein Morgen, da ist er rausgegangen und hat gesagt: „Dir würd es viel besser ohne mich gehen". Also, da habe ich gemerkt, er hatte schon öfter diesen Suizidgedanken, und dann habe ich den Arzt angerufen, und dann ist der nachmittags sofort nach Y. gekommen. Und da habe ich mich so schlecht gefühlt, weil ich gedacht habe, dem irgendwo das Gefühl gezeigt, dass er jetzt eingewiesen wird oder so. Aber der Arzt hat mit uns gesprochen, das war immer noch auf freiwilliger Basis. (Z.499-505)

Äußerer Stress führte ihrer Ansicht nach vor dem Hintergrund seiner depressiven Erkrankung dazu, dass ihr Mann mehrmals stationär in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde. Sie selbst fühlte sich durch die Pläne, das gemeinsame Haus zu verkaufen und die Umzugssituation ebenfalls überlastet. Diese Stressfaktoren riefen häufig negative Interaktionssituationen und Streit zwischen Herrn und Frau D. hervor.

B: Stationär, ja. Also schon häufig. Und insgesamt jetzt, glaube ich, schon fünfmal, fünfmal 6 bis 10 Wochen. Und ich weiß einfach, es ist für ihn zu viel, es ist für mich zu viel. Aber wir müssen das jetzt durchziehen. Alles abgeben, kleiner machen. Aber wir kommen noch nicht dazu, weil wir noch nicht fertig sind, und weil die Kraft halt einfach nachlässt. Und dann gibt es ständig Reibereien, und dann ist man immer in so einem Fahrwasser drin. Und da ist, also im Moment ist man dann wieder ganz unten. (Z.348-353)

Frau D. sieht rückblickend, dass sie und ihr Mann sich durch die langjährigen Belastungen und die je separaten Bewältigungsversuche emotional voneinander entfernten.

B: Da kam dann irgendwann, es war jeder so mit sich selbst beschäftigt - und das hat, es hat einfach irgendwie nicht richtig funktioniert. (Z.98-99)

Den Anstoß, sich Unterstützung durch Paarberatung zu suchen, erhielt das Paar während eines stationären Aufenthaltes von Herrn D.

B: Und dann hab ich gesagt, oder auch in der Klinik, da wurde mehrfach geraten, wir sollten eine Paarberatung auch anfangen, damit wir da besser klarkommen. Und das war eigentlich so der Auslöser, der Grundgedanke, warum wir das gemacht haben. (Z.49-52)

Zunächst war Frau D. vorsichtig bis misstrauisch gegenüber der Beratungssituation im Paarsetting eingestellt.

B: Und das war dann schon, ja so am Anfang bin ich dem skeptisch gegenüber getreten. Habe ich gedacht, ach Gott, ich hab mehr meinen Mann beobachtet, was macht der? Wie geht er darauf ein? Und mich selbst. (Z.113-115)

Zu Beratungsbeginn standen die jeweiligen Erkrankungen beider und ihr Umgang damit im Mittelpunkt. Der EFL-Berater bot ihnen einen erweiterten Blickwinkel an, den Frau D. bereitwillig annahm.

B: Alles, was nicht funktionierte, haben wir, weil wir ja eben: „Weil du Depressionen hast, weil ich den Krebs hatte und auch noch andere diverse Kleinigkeiten". Das hat bei uns, glaube ich, unheimlich viel Raum eingenommen. Die Krankheit, und da hat er uns erst mal, als erstes drauf hingeführt, uns zu zeigen, die ist nicht mehr ausschlaggebend. Die ist zwar da, die ist gewesen, aber die kann man nicht für alles verantwortlich machen, was schiefläuft. (Z.129-133)

Im Laufe des Beratungsprozesses war Frau D. positiv davon überrascht, dass ihr Mann sich in den Paarsitzungen öffnete und von seinen Gedanken und Gefühlen sprach.

B: Ja, weil er eigentlich in solchen Sachen, ja, sich einfach oft nicht getraut hat, über so etwas zu reden. Er ist sehr zurückhaltend, in der Form. Darum war ich immer so total überrascht und hab das immer so auf mich bezogen, weil ich mir gesagt hab, ihm ist das wichtig, das Ganze, die Ehe zu retten, das Ganze aufrechtzuerhalten,

sonst würde er es nicht tun. Es ist für ihn wirklich eine Schwierigkeit. Das weiß ich. (Z.257-261)

Gleichzeitig kämpfte Frau D. mit ihrer Enttäuschung, dass ihr Mann im Zweiergespräch mit ihr diese Offenheit bis dahin nicht gezeigt hatte. Die Gesprächssituation im Paarberatungssetting war für sie insofern ambivalent, als sie Hoffnung auf eine positive Veränderung schöpfte und sich durch seine Zurückhaltung im Alltag gekränkt fühlte.

B: Aber im Moment war ich so ein bisschen sauer und hab gedacht, wie können die mir das so sagen, oder wie man kann mein Mann mich hier so angreifen? Warum sagt er mir das zu Hause nicht? So, das hat mich so geärgert, dass er – zu Hause, da muss schon richtig was sein, bevor er überhaupt noch einmal sagt, ne: „Das will ich nicht, und das mache ich nicht." Aber warum kann er das hier, warum macht er das zu Hause nicht?

I: Das haben Sie beobachtet, das hat einen Unterschied gemacht, dass Ihr Mann sich hier offener geäußert hat?

B: Ja, auf alle Fälle! Ich hatte so das Gefühl, dass er sich irgendwie so ein bisschen unterstützt fühlte. Obschon Herr X. ihn nie das Gefühl gegeben hat, also wir miteinander jetzt mal drauf. Aber trotzdem hatte ich das Gefühl, er fühlte sich so ein bisschen unterstützt. Und hab mich dann, habe ihm auch draußen zu verstehen gegeben, „Boh, dass du mir das zu Hause nicht gesagt hast! Warum sagst du mir das jetzt erst?!". „Ja, ich will dir nicht weh tun. Ich will dich nicht verletzen.". Und dann sage ich: „So tust du mir noch viel mehr weh, wenn ich da jetzt so sitze und plötzlich etwas von dir zu hören bekomme, was ich vorher durchaus hätte vertragen können, aber nicht gehört habe." Und das hat mich dann so erstaunt, ein bisschen wütend gemacht. Aber ich bin nie aufgestanden und rausgegangen, weil er irgendwo, irgendwo war es vielleicht auch interessant. (Z.293-308)

Frau D. fühlte sich von einigen Interventionen des Beraters herausgefordert und sah dies rückblickend als konstruktiv an. Die Beziehung zum Berater war für sie vertrauensvoll, so dass sie bereit war, sich mit kritischen Punkten auseinanderzusetzen.

B: Obschon ich einige Dämpfer gekriegt habe hier, die aber nicht negativ waren. Die mehr so gedanklich gesagt haben, halt, bist du wirklich so schwierig, redest du so

viel? Bremst du ihn so viel aus? Also das hat, das habe ich nicht als negativ - im Moment war ich also manchmal so ein bisschen ärgerlich und hab auch mal geweint und auch gedacht, also irgendwie wollen mir alle was. Aber so im Nachhinein, wenn ich dann weiter drüber nachgedacht habe oder mit meinem Mann drüber gesprochen haben, dann habe ich doch gedacht, na ja, ich glaube, da ist schon was Wahres dran. Was man selber gar nicht merkt. Man ist ja einfach so, und macht dann auch so weiter. (Z.106-113)

Im Lauf des Paarberatungsprozesses befasste sich Frau D. kritisch reflektierend mit ihren eigenen Verhaltensweisen, die zu negativen Interaktionsschleifen mit ihrem Mann beigetragen hatten.

B: Ja, manchmal denke ich, bin ich eigentlich verrückt, warum hab ich das denn jetzt gesagt?! Ist doch alt genug, soll doch anziehen, was er will oder so. Aber das ist dann einfach wieder die negative Art von mir, dass ich einfach immer sofort losplappere. Ich red eigentlich erst, und denk dann. Und ich sollte ja eigentlich erst denken und dann reden. Aber dann wird mir alles zu viel, und dann habe ich es schon gesagt, bevor ich darüber nachdenke. Dann gehe ich oft hin und sagt, habe ich nicht so gemeint. Aber das ist ja dann, gesagt ist erstmal gesagt. (Z.561-566)

Frau D. fiel es im Setting der Paarberatung nicht leicht, eine andere als ihre gewohnte subjektive Perspektive einzunehmen. Sie fühlte sich infrage gestellt und reagierte zunächst mit Abwehr.

B: Ja, also ich hab am Anfang mich sehr häufig angegriffen gefühlt, auch von meinem Mann. Aber, wie gesagt bei mir kommt das, ich kann dann auch immer sehr spontan und heftig reagieren. Aber im Nachhinein hab ich das immer verstanden. Ich brauch einfach immer - ich lass mich ungerne überreden zu irgendetwas. Ich brauch dann immer ein bisschen länger, darüber nachzudenken und für mich zu überlegen, ob das wirklich so ist. Bin ich so? Ich kann ungerne zugeben in dem Moment, ja, eigentlich haben sie recht, so bin ich. Sondern erst versuche ich immer mich zu verteidigen. Und im Nachhinein, und da sind so einige Punkte haften geblieben, wo ich gedacht habe, gleich stehe ich auf und gehe. Und die beiden, die können das machen, aber ohne mich. Ich gehöre hier nicht hin. Ich lass mich doch nicht, ich sag das jetzt einfach so mit meinen Worten, ich lass mich doch jetzt nicht immer wie den Schuldigen dahinstellen! Aber es war ja nicht so. Das habe ich dann auch realisiert. Aber im

Moment, es gab da so einige Punkte, da wäre ich am liebsten aufgestanden und rausgegangen. Sollen die beiden das doch alleine machen! (Z.278-289)

Eine entscheidende Veränderung für sie war, dass sie sich - in selbstkritischer Weise - ihrer bisherigen Verhaltensweisen ihrem Mann gegenüber bewusstwurde. Sie nahm zwischen ihren individuellen Verantwortungsbereichen und denen ihres Mannes Abgrenzungen vor.

B: Ich will einfach, oder nicht immer so dieses Gefühl haben, ich muss darauf achten. Das geht dann nämlich zu weit. Dann mach ich nämlich auch: „Mach das doch so, und mach das doch so.“. Weil ich dann irgendwo schon in diesem blöden Verantwortungsgefühl drin bin und dann natürlich auch über das Ziel hinausschieße. Ihm dann auch irgendetwas sage, was er eigentlich tun soll, wo ich dann denke, ich bin nicht deine Mutter, das musst Du selber wissen. Und das hat Herr Y. auch oft zu mir gesagt. Ich geh so oft in die Mutterrolle rein. Genau, so hat er das immer genannt, in die Mutterrolle. (Z.451-557)

Die Polarität und Balance von Autonomie und Bindung in ihrer Paarbeziehung beschäftigte Frau und Herrn D. auch in anderen beraterischen und psychotherapeutischen Settings.

B: Und da fangen für uns dann die Schwierigkeiten schon an. Wenn ich jetzt für mich losgehe, so zu Kur oder so, dann heißt es natürlich: „Abgrenzen, einhalten, immer erst an sich denken!“ Dann geht er in die Klinik: „Abgrenzen, einhalten!“. Und das wieder zusammenzubringen, ist ganz schwierig. Für mich jedenfalls, ich finde das ganz schwierig. Beiden wird ja gesagt: „Du musst zuerst mal an dich denken.“. Und das dann in die Beziehung rein zu kriegen, ist schon sehr schwer. (Z.158-163)

Frau D. empfand es als schwierig, sowohl Fürsorge für sich selbst zu entwickeln und sich abzugrenzen als auch die Beziehung und Bindung zu ihrem Mann bewusst zu gestalten.

B: Ja, das ist jetzt das Problem. Wir sind da am Anfang gut mit umgegangen, und bei den weiteren Sitzungen hier, weil, es ging auch um Nähe, weil, ich kann Nähe eigentlich ganz schlecht zulassen. Ich hatte dann auch so richtig meinen Bereich, wo ich dann gesagt hab, also da kommt keiner mehr ran. Ich kann es nicht gut haben, wenn mich einer in den Arm nimmt, wenn mich einer anfasst. Und auch daran haben wir hier gearbeitet, dass wir uns näherkommen, berühren. Und das hat alles ganz

schnell ganz hervorragend funktioniert. Dass wir also, dass wir gemerkt haben, wir können uns da ganz schnell wieder drauf einlassen. (Z.142-148)

Ein damit verwandtes Thema, das Frau D. ansprach, war die Gestaltung von und ihr Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Sexualität in der Beziehung zu ihrem Mann.

B: Für mich weniger wichtig. Ich glaube, mein Mann leidet dann mehr drunter. Da, weil ich, das hab ich in der Kur schon immer gesagt, ich kann also gar nicht mehr gut haben, wenn mir einer irgendwo zu nahe kommt. Im Moment geht es einigermaßen besser. Es ist so unterschiedlich, aber im Großen und Ganzen halte ich also alle gerne auf Distanz. (Z.155-158)

Umso erstaunlicher war für sie, wie leicht es ihr fiel, sich auf erlebnisaktivierende Interventionen in der Paarberatung einzulassen, und wie hilfreich sie die Wirkung von körperorientierten Übungen empfand.

B: Was ich so ganz positiv an dieser Beratung fand, das war dieses, wie schnell er (der Paarberater, Anm. d. V.) uns dazu gebracht hat, die Nähe wiederzufinden, das Berühren. Also das fand ich so toll, das hat uns so gutgetan, beiden. Und da war ich einfach total überrascht drüber, wie schnell das - könnte gar nicht mal genau sagen, wie er das immer gemacht hat. Aber das ist, ich kann mich nur ganz intensiv an dieses Gehen durch den Raum, mit den Händen berühren. Und wie wohl - ich kann das ja jetzt nur für mich, ich denke, mein Mann hat das genauso gesehen – wie wohl ich mich dabei gefühlt habe. (Z.582-588)

Begeistert berichtete sie, dass sie und ihr Mann dadurch emotionale Nähe zueinander wiedergefunden hatten. Dieser Aspekt der emotionalen Verbindung und des flexiblen Austausches hatte für sie im Prozess der Paarberatung die höchste Bedeutung.

B: Das war für mich einfach das absolut Tollste, die tollste Erfahrung, die ich in der ganzen Zeit gemacht hab. Einfach durch dieses Berühren, wie wohl ich mich gefühlt habe, dass mein Mann mich führt, und dass wir uns nur in die Augen - und ohne was zu sagen weiß, aha, jetzt übernimmt der andere die Rolle. Und das war eine unheimlich tolle Erfahrung. Das hat mir auch wirklich gezeigt, es lohnt sich auf alle Fälle, da weiter zu machen. (Z.611-615)

Durch diese Erfahrung erhielt sie wieder Zugang zur emotionalen Bindung an ihren Mann und konnte eine hoffnungsvolle Perspektive auf ihre Paarbeziehung einnehmen.

B: Was mir einfach vollkommen klar war, und beiden eigentlich, aber für mich vor allen Dingen, dass ich gedacht habe, das ist nicht kaputt! Das ist ja noch da! Aber, wie Sie schon sagen, der Alltag hat einfach verdeckt. Das ganze Sorgenpaket ist da drauf geschüttet, und da müssen wir jetzt buddeln, dass wir da wieder rauskommen. Und weil ich einfach fest davon überzeugt war, wenn das nicht mehr da wär, hätte das nicht so schnell funktioniert. (Z.604-608)

Der Aspekt, dass sie Hoffnung entwickelte, sich ihrem Mann emotional wieder anzunähern, stand für Frau D. im Mittelpunkt des Paarberatungsprozesses.

B: Für mich ist es einfach so ausschlaggebend, dass mir das gezeigt hat, es lohnt sich auf alle Fälle, für die Ehe zu kämpfen. Das ist nicht kaputt. Wenn's kaputt wär, dann wär das anders. Dann hätte das alles so nicht, dann wäre ich nach Hause gegangen und hätte gesagt, naja, die können mir erzählen was sie wollen, ich weiß es eh besser. Oder irgendwie so in der Richtung. Ich denke, das ist ja schon eine ganze Menge wert, wenn einem so eine Beratung im Nachhinein noch zeigt, da ist noch genug da. Da lohnte sich für zu kämpfen. (Z.655-670)

Im Zuge dieser Entwicklungsschritte kam es zu einer körperlichen Wiederannäherung des Paares.

B: Ja, das hat mir erstmal für die Zeit danach geholfen, ich konnte einfach wieder Nähe zulassen. Ich konnt's haben, wenn mein Mann mich in den Arm nahm, ich hab im Bett mich an ihn gekuschelt und alles, was ich ewig nicht gemacht hab. Was wir beiden auch darauf bezogen haben, wir haben auch darüber geredet, dass das ausschlaggebend war dafür. Also das hat schon, das hat richtig was bewirkt! (Z.623-627)

Zu Beginn des Zeitraums der Paarberatung hatten Frau und Herr D. Erfahrungen in den Beratungssitzungen genutzt, um in ihrem alltäglichen Kontakt Veränderungen vorzunehmen. Dazu gehörten Gespräche darüber, wie sie beide miteinander umgingen. Gegenseitige Rücksichtnahme erschien ihr destruktiv, wenn sich ihr Mann und sie darüber nicht offen austauschten.

B: Das hat erst, eigentlich hat das sehr gut funktioniert. Wir haben da also beide zu Hause sehr viel drüber gesprochen, und das war uns relativ schnell klar, dass das

schon mal ein großer Punkt bei uns ist, der einfach nicht in Ordnung ist. Weil jeder sagt: „Hör mal, ich kann das und das nicht machen, weil's dem andern ja nicht gut geht.“. Von beiden Seiten, so diese Rücksichtnahme war einfach zu viel des Ganzen. Das ist uns eigentlich auch relativ schnell bewusst geworden. (Z.136-140)

Zunächst zeigte sich für Frau D. eine schnelle positive Veränderung der Stimmung zwischen ihr und ihrem Mann.

B: Auf alle Fälle, da hatten wir das Gefühl, wir haben alles super im Griff. Wir sind da rausgegangen, ganz fröhlich und haben gesagt, wow, es hat uns gutgetan, es war klasse. Also das war – absolut. Das hat auch funktioniert. Was bei uns überhaupt nicht funktioniert ist, sobald Belastung dazu kommt, weil wir körperlich beide vollkommen fertig sind, und wenn dann Belastung dazu kommt, dann geht alles - also dieser Umzug hat unheimlich viel kaputt gemacht. (Z.335-339)

Dieser Zugewinn an Intimität ging ihnen verloren, sobald äußere Belastungsfaktoren und Überforderungssituationen auftraten. Dann gelang ihnen die Emotionsregulation in ihrem Alltagskontext nicht mehr im selben Maß.

B: Aber es hat im Privaten, zu Hause nicht so funktioniert. (Pause) Da, warum auch immer, ich... Wir haben also viel drüber geredet, es war auch oft, dass wir noch gesagt haben, aha, er hat aber gesagt, wir sollen das und das beobachten. Aber der Alltag war zu schnell wieder da. Das ist das Problem. (Z.148-151)

Frau D. unterschied zwischen ihrem Wissen um konstruktive Verhaltensweisen und Einstellungen in der Paarbeziehung und der Fähigkeit, dieses Wissen in Stresssituationen umzusetzen.

B: Es gibt sicher einiges, was wir besser wissen wie vorher, nur, wir setzen es nicht um. Das ist das Problem. Also es sind sicherlich einige Sachen - oder ich spreche schon mal an, mein Mann vielleicht weniger, aber ich glaube schon, dass er das genauso sieht wie ich, aber wir setzen es nicht um. Weil wir uns einfach die Zeit dafür nicht nehmen. Wenn uns im Moment keine Zeit - wenn wir Zeit haben, sind wir beide so was von fix und fertig. Und, der Alltag frisst uns auch im Moment. Man kommt nicht zum Reden. (Z.380-385)

Bei einem höheren Stresslevel konnten sie und ihr Mann nicht mehr an die neu gewonnenen positiven Erfahrungen miteinander anknüpfen und griffen auf ihr gewohntes Bewältigungsverhalten zurück.

B: Dann übertreibe ich total, wenn ich dann einmal drin bin. Und das hat Herr X. mir dann natürlich auch ganz deutlich gezeigt, runterkommen und nicht die Mutterrolle übernehmen und nicht ihm immer, er hat, genau, so hat er es mal genannt: Nicht dieses Mutter-Sohn-Verhältnis oder Vater-Tochter-Verhältnis, sondern als Ehepaar miteinander reden.". Und nicht auf unterschiedlichen Ebenen. Auf gleichen Ebenen, so hat er das immer genannt, genau. Und das hat eine Zeit lang, da haben wir uns dann wirklich dran gehalten, und haben Stopp gesagt, wie er es gesagt hat. Und dann runterkommen. Wir sind Ehepaar und nicht Mutter/Sohn. Nur jetzt, desto mehr Belastung dann kommt, desto mehr fällt es wieder weg. Dass man eigentlich, jetzt nach der Belastung nochmal starten müsste, das wieder aufarbeiten, um dann da wieder reinzukommen. (Z.568-576)

Frau D. benennt deutlich die Herausforderungen, die innerhalb der Paarberatungssitzungen auf sie und ihren Mann zukamen. Sie hat diese Interventionen des Beraters als sehr hilfreich empfunden, da sie und ihr Mann dadurch angeregt wurden, Stress in ihrer Paarbeziehung zu vermeiden und sich in kurzer Zeit emotional und körperlich einander anzunähern.

B: Und wo wir dann gesagt haben, eigentlich können wir das so abbrechen, wir wissen, wir haben wirklich beide drüber gesprochen und gesagt: „Was machen wir denn jetzt? Wenn wir dahin gehen, worüber sollen wir denn jetzt noch reden?". Und wir waren auch davon überzeugt, dass das funktioniert. Ich konnte es auch wieder zulassen, wenn er mich in den Arm genommen hat, wenn wir gekuschelt haben oder irgend so. Wir haben damit, das hat funktioniert. Also haben wir gedacht, dann können wir uns das ersparen. Was wollen wir da noch? Ihm seine Zeit stehlen, unsere Zeit stehlen? Und haben wirklich gedacht, das ist o.k. Aber, das war ein Fehler, definitiv. (Z.207-214)

Frau D. meinte, dass sie und ihr Mann nach dem anfänglichen Aufschwung in ihrer Paarbeziehung die Beratungssitzungen zu früh beendet hätten.

B: Wir haben dann ein - einen Fehler haben wir sicherlich gemacht hier. Das hat also hier so gut funktioniert und wir sind uns auch - er hat dann so Spiele gemacht, Spiele

würde ich das jetzt nicht nennen, aber so durch den Raum gehen, mit Händen anfassen und so. Das hat alles so schnell so gut funktioniert, dass wir beiden also nach relativ kurzer Zeit, er war selber ganz erstaunt, wo wir gesagt haben, wir haben das eigentlich, wir wissen gar nicht mehr…. Wir hätten auch beide nicht gewusst, was sollen wir jetzt noch weiter reden. Es ist ja o.k., und wir wissen es ja auch. Und, aber es war zu früh. Es war zu früh abzubrechen, definitiv! (Z.172-178)

Sie hielt es rückblickend für notwendig, die Unterstützung durch die Paarberatung länger fortzusetzen, weil ihnen als Paar der Transfer der Veränderungen in den Alltag nicht gelang. Belastende Faktoren in ihrem Lebensumfeld führten dazu, dass sie zu destruktiven Interaktionsmustern zurückkehrten.

B: ...und irgendwo haben wir das so positiv gewertet, dass wir gedacht haben, ja, wirklich naiv gedacht haben, das kriegen wir schon hin, wir wissen ja jetzt wie's geht. Aber es war verkehrt. Es war definitiv verkehrt. Weil der Alltag einfach, dann kam natürlich, es - dieser ganze Anfang, das hatten wir damals schon gesagt, dass wir dabei sind das Haus zu verkaufen. Und dann ist, wo das dann alles losging Anfang des Jahres, dann ist das ganze also komplett wieder verloren gegangen. (Z.198-203)

Zum Zeitpunkt der Beendigung des Paarberatungsprozesses befanden sich Frau und Herr D. noch in einer Übergangsphase. Sie hatten den Hausverkauf und Umzug noch nicht vollzogen, standen daher unter großer Anspannung und hatten sehr viele Aufgaben zu bewältigen, die sie an den Rand ihrer körperlichen und psychischen Belastungsfähigkeit brachten.

B: Weil einfach beide körperlich so schlecht drauf sind und dann nur noch, nicht miteinander, sondern nur noch gegeneinander. Jeder ist kaputt, genervt, will aber seine Arbeit fertigmachen. Wir haben unheimlich viel selber gemacht, wir haben selber tapeziert. Wir haben wirklich viel gearbeitet seit Anfang des Jahres, sind auch noch nicht ganz fertig, aber körperlich so am Ende, dass sein Therapeut ständig sagt: „Herr D., Sie müssen wieder raus.“. Mein Mann ist über Weihnachten auch wieder sechs Wochen in Y. gewesen, also schon das dritte Jahr über Weihnachten. (Z.341-346)

Jeder versucht, sich das noch zu schaffen, was er schaffen kann. So nach dem Motto, lass uns bloß nicht groß miteinander reden, weil wir beide nicht mehr können. Und

das wollten wir eigentlich abschaffen, die Belastung, die finanzielle Belastung drücken, was uns ja auch alles gelingt, wenn wir mal auf diesen Punkt drauf kommen. Und da sind wir im Moment noch nicht. Und darum ist es für uns, für mich noch unheimlich schwierig im Moment. (Z.367-371)

Als Alternative zur Beendigung der Paarberatungssitzungen zu diesem Zeitpunkt nannte sie eine Art Probezeit mit der Option, die Paarberatung bei Bedarf wiederaufzunehmen.

B: Und da haben wir uns wieder zu schnell auf dieses „Himmelhoch" eingestellt und hätten sagen sollen, dann machen wir halt vier Wochen länger Pause und warten mal ab, was kommt. Wie lange es hält, und wenn nicht, dann rufen wir an und machen weiter. (Z.639-642)

Frau D. nutzte nach dem Ende des Paarberatungsprozesses die Interventionen des Beraters zur Selbstinstruktion, um sich selbst emotional zu regulieren.

B: Das ist immer noch präsent! Also, wir sind immer noch dabei, wenn irgendwas ist, drüber zu reden und zu sagen: „Weißt du noch, was der gesagt hat?". So sollten wir es nicht machen. Also es ist ganz viel hängen geblieben. Mein Mann spricht eigentlich nie drüber. Er hat noch nie gesagt, irgendwie: „Aber der hat doch gesagt wir sollen…". Aber das wundert mich nicht, weil ich ihn einfach kenne und seine Art kenne. Aber ich hab das sehr häufig angesprochen. (Z.227-231)

Nach Beendigung der Paarberatung schlug Frau D. ihrem Mann häufiger vor, in für sie schwierigen Situationen wieder Kontakt zu dem Berater aufzunehmen.

B: Ja, wir haben ganz oft - so dass ich gesagt habe, ich ruf einfach in N. an und wir nehmen das wieder auf, und ja, das ist immer so ein auf und ab. Dann ging es wieder ein paar Wochen gut, und dann haben wir gesagt, dann ist das irgendwie gar nicht mehr zur Sprache gekommen. Und wenn dann irgendwo mal wieder ein Tiefpunkt ist, dann sag ich mal wieder, lass uns doch mal nach N. gehen, dass wir da wieder anfangen. Und bevor ich dann angerufen habe und irgendetwas gemacht habe, dann ist das irgendwie schon wieder weg. (Z.216-221)

Die Regulierung von Distanz und Nähe in der Paarbeziehung war für Frau D. auch nach dem Ende der Paarberatung ein wichtiges und nicht gelöstes Thema. In gemeinsamen Urlaubstagen mit ihrem Mann hatte sie Sorge, ob sie ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen könne. Sie benannte das Bedürfnis, Zeit für sich allein zur

Verfügung zu haben, um sich zu regenerieren. Ihr Mann tendierte aus ihrer Sicht dazu, solche abgesprochenen Zeiten, in denen sie räumlich getrennt waren, abzukürzen.

B: Wir haben also jetzt einen Urlaub geplant, und ich hab diese Tage wirklich gesagt, soll nicht jeder für sich fahren? Wäre das nicht sinnvoller? Einfach damit man mal zu sich kommt. Ich bin ja nun mehr so ein Typ, der gerne alleine ist. Und mein Mann, weiß ich gar nicht, das kann ich gar nicht mehr so einschätzen. Und dann denke ich immer, oh Gott, wenn wir jetzt 14 Tage in Urlaub sind, dieses typische Urlaubsgefühl, dann wollen wir ja versuchen, das soll hier alles toll werden. Eigentlich will ich das überhaupt nicht! Eigentlich will ich nur meine Ruhe haben und machen, was ich will. Und damit fängt die Schwierigkeiten schon wieder an. Weil einfach diese Ausgeglichenheit nicht da ist. Theoretisch müsste jetzt jeder von uns wieder drei Wochen Kur machen. Ich habe ja zwischendurch versucht, meinen Mann zu überreden, wieder für ein paar Wochen nach Y. hinzugehen (Psychiatrische Klinik, Anm. d. V.). Aber, da müsste ich mit dem Arzt reden, das tue ich dann auch so ungerne. Das ist dann immer so, als wenn ich ihn dann zwangseinweisen wollte, und das will ich ja überhaupt nicht. Dann hat der Arzt letztes Jahr selber darüber gesprochen, er müsste mal raus. Ja, das ist so die Kehrseite, dann ist er zwei Tage zu seinem Freund gefahren, und ich hab momentan so Probleme mit dem Bein und dem Rücken, hab ihn angerufen und gesagt, ich weiß nicht, ob ich das schaffe, mit dem Laufen und mit dem Hund. Und dann ist er sofort den anderen Tag nach Hause gekommen und hat das abgebrochen. Also der würde alles für mich tun! Aber ich will das manchmal gar nicht. (Z.385-400)

Sie meinte, ihr Mann konzentriere sich zu sehr auf sie und könne seine Zeit allein nicht gut gestalten. Für Frau D. war der Aufenthalt ihres Mannes in einer psychiatrischen Klinik eine Möglichkeit, der Belastung, die sie durch seine depressive Erkrankung empfand, für eine begrenzte Zeit zu entkommen. Eine räumliche Trennung wäre ihr ansonsten nicht möglich erschienen.

B: Eigentlich mehr der räumlichen Trennung, zum Luft holen.

I: Und das wäre anders, als wenn Sie ihm sagen würden, fahr doch mal alleine in den Urlaub? Oder ich fahre?

B: Nee, das würde auch reichen, aber das macht er nicht (lacht)! (Z.425-428)

Ähnlich wie in vorherigen Interviews begegnete mir im Interview mit Frau D. das Phänomen, dass einer oder beide Partner/-innen Einrichtungen des Gesundheitssystems wie Kliniken oder Krankenhäuser sowie Ärzte bzw. Psychotherapeuten dazu nutzten, um räumlichen Abstand voneinander und damit persönliche Entlastung in einer akut überfordernden Situation herbeizuführen.

B: Wenn alles normal läuft, und alles gut ist, dann ist er ja auch ganz anders drauf. Dann brauche ich mir da auch keine Gedanken drum machen. Dann ist das auch weg. Aber wenn ich merke, dass er körperlich oder einfach psychisch sehr belastet ist, ja dann denke ich immer, mein Gott, wenn der Arzt jetzt sagen würde, wollen Sie nicht sechs Wochen nach Y. gehen, dann würde es mir auch besser gehen. Das ist einfach das große Problem dabei. (Z.537-541)

Während des Interviews weinte Frau D., als sie von der Suizidgefährdung ihres Mannes sprach. Der Druck der Verantwortung lastete sehr auf ihr. Sie betonte insgesamt das Thema Abgrenzung von ihm und seinen psychischen Problemen, das für sie persönlich relevant. Außerdem benannte sie es als Entwicklungsaufgabe für sich selbst, ihre Emotionen zu regulieren. Frau D. sah es als wenig hilfreich an, dass sie und ihr Mann über längere Zeit bei den anstehenden Aufgaben eine "Durchhaltetaktik" verfolgten. Diese Lösungsstrategie führte zu einer emotionalen Entfremdung des Paares, da jede/r von beiden aufgrund der Überlastung zunächst mit sich selbst befasst war. Frau D. betonte, dass sie in den vergangenen Jahren körperliche Nähe zu ihrem Mann immer weniger gesucht bzw. sogar vermieden hatte. Sie wusste, dass ihr Mann sich mehr sexuelle Kontakte mit ihr wünschte, war ihm gegenüber aber eher auf Abwehr eingestellt. Die Strategie, ohne Absprache gegenseitig Rücksicht aufeinander zu nehmen, führte zu einem gegenseitigen emotionalen und kommunikativen Rückzug. Diese beiden Faktoren verstärkten aus Sicht von Frau D. den Stress innerhalb der Paarbeziehung. Für Frau D. waren die wesentlichen Entwicklungsthemen im Rahmen des Paarberatungsprozesses der positive Körperkontakt, den beide wieder zueinander fanden und in der Folge die emotionale Wiederannäherung als Paar sowie offene Austausch über konfliktträchtige Themen oder Differenzen innerhalb der Paarbeziehung.

Herr D. „Und innen drin bricht das ganze Kartenhaus zusammen“

Herr D. hatte über einen langen Zeitraum als Fernfahrer in einer Firma gearbeitet, in der er sich sehr wohl fühlte. Dort erhielt er von seinem Arbeitgeber und von seinen Kollegen Wertschätzung. Als er durch einen Bandscheibenvorfall mehrere Monate arbeitsunfähig war, zeigte sich sein damaliger Arbeitgeber solidarisch. Herr D. überwand die Krisenzeit und konnte wieder in seinem Beruf tätig sein. Diese Bedingungen waren für ihn ebenso stabilisierend wie die damalige Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen ihm und seiner Frau. Er kam nur am Wochenende nach Hause, war vom Familienalltag entlastet und konnte sich während der Woche auf seinen Beruf konzentrieren. Als er den Arbeitgeber wechselte, um in der Nähe seines Wohnortes arbeiten zu können, begegnete ihm ein anderes Betriebsklima, das ihn sehr belastete. Er vermisste die Wertschätzung seiner Arbeitsleistung und langjährigen Berufserfahrung und fühlte sich durch Mobbing bzw. Bossing-Phänomene sehr stark belastet. Die Optimierungsvorschläge, die er seinem Chef vortrug, wies dieser in für ihn verletzender Weise zurück. Zudem zeigte sein neuer Arbeitgeber kein Verständnis für seine private Situation, als seine Frau schwer erkrankte. Die Konflikte im beruflichen und privaten Umfeld spitzten sich zu. Schließlich traten bei Herrn D. Burn-out und depressive Symptome auf, die zu seiner Frühberentung führten. Seitdem hatte Herr D. sechs stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich und war kontinuierlich in psychiatrischer und einzelpsychotherapeutischer Behandlung. Nach seinen eigenen Angaben hatte er in suizidaler Absicht zwei Verkehrsunfälle bewusst herbeigeführt. Diese Unfälle gingen glimpflich aus. Bei einer weiteren suizidalen Krise verständigte seine Frau seinen Arzt, woraufhin Herr D. sich zu einem erneuten psychiatrischen Klinikaufenthalt entschloss. Zum Zeitpunkt des Interviews sah sich Herr D. wiederum in einer stark depressiven Phase.

Als Anlässe, eine EFL-Beratungsstelle aufzusuchen und Paarberatung anzufragen, nannte Herr D. multiple Belastungen bei sich selbst und bei seiner Frau.

B: Ja, da ging's uns ziemlich mies und ziemlich dreckig, gebe ich ehrlich zu, ne. Denn da kamen viele Faktoren aufeinander. Das war damals erst die Erkrankung von meiner Frau und das, o.k., das dauerte auch eine Zeit. Dann ging es bei mir nervlich, psychisch ziemlich bergab, ne, und da hatte ich auch schon, bis wir hier angefangen

sind, hatte ich, glaube ich, schon drei Klinikaufenthalte hinter mir. Also, es ist immer noch nicht so hundertprozentig, wie ich es gerne haben wollte. (Z.25-29)

Besonders belastend waren für Herrn D. die Krebserkrankungen seiner Frau und seine Probleme am Arbeitsplatz.

B: Meine Frau hatte ja mit dem ganzen Krebs, das war 2004/2005, um die Jahreswende, da kam's ziemlich - am Jahresende 2004 der Darmkrebs und dann sofort im Januar 2005 mit ihrem Brustkrebs. Und dann kam noch diese psychische Sache mit der Arbeit hinzu, bei mir. Weil ich gesagt habe, ich wollte weniger machen. Und da war der Chef ja überhaupt nicht mit einverstanden. Und mit dem Mobbing ging das im Großen und Ganzen dann ja richtig los, ne. (Z.50-54)

Einige Monate bevor seine Frau die Krebsdiagnose erhielt, hatte Herr D. sich entschieden, seinen langjährigen beruflichen Kontext zu verändern und näher an seinem Wohnort zu arbeiten, damit seine Frau nach dem Auszug der erwachsenen Kinder aus dem Elternhaus nicht allein zu Hause war. Dieser Wechsel in eine andere Firma hatte für ihn massive negative Folgen.

B: Ja, ja, ich hatte, ein Jahr vorher hab ich gesagt, ich geh aus dem Fernverkehr raus, weil die Kinder aus dem Hause raus waren. Ich sag: „O.k., was nutzt das, wenn ich die ganze Woche unterwegs liege, und du bist alleine hier.". Da wollte ich es sehr gut machen, ne, war natürlich dann Tritt im Eimer. Im Fernverkehr, da hatte ich meine geregelte Arbeitszeit. Ich war zwar nicht zu Hause, aber psychisch, alles in Ruhe gelassen. Das war wirklich gut, ne. Da war, der Chef war wirklichen Ordnung, der hat gesagt: „Wenn du hier vom Hof gehst, dann kann ich mich auf dich verlassen. Alles in Ruhe, Du machst das schon.". Da wurde man anerkannt für die Arbeit, die man gemacht hatte. (Z.59-65)

Die beruflichen Rahmenbedingungen, die ihn stabilisiert hatten, wandelten sich mit dem Wechsel der Firma in das Gegenteil. Er beschrieb, wie er im früheren Betrieb große Unterstützung bei einer gesundheitlichen Krise erfuhr und diese erfolgreich überwand. Im Gegensatz dazu standen verletzende und kränkende Erfahrungen in seinem neuen beruflichen Umfeld, die sich in den Jahren vor dem Beginn der Paarberatung gehäuft hatten und ihn psychisch sehr belasteten.

B: Aber daran kann man sehen, dass Krankheit und ein unmöglicher Chef, dass einem das mehr oder weniger das ganze Leben zerstören kann. Und vor allem diese ganzen

krassen Gegensätze. Wenn ich so daran denke, bei der vorherigen Firma, da habe ich damals den schweren Bandscheibenvorfall gehabt. Da war ich, ein Jahr lang war ich krank. Laut Ärzten durfte ich nicht mehr auf den LKW, überhaupt nicht. Aber ich hab gekämpft. Ich hab gesagt: "O.K., hilft ja nichts, du hast zwei Kinder, es muss weitergehen.". Und man wurde anerkannt von der Firma. Was normalerweise überhaupt gar nicht typisch ist, nach sechs Wochen Lohnfortzahlung, da kam der Chef und der Disponent, die kamen persönlich nach mir zu Hause hin. Die haben mir einen riesengroßen Genesungskorb gebracht. „Komm, nimm dir alle Zeit der Welt.". Und wie es so langsam wieder ging, da kam der Chef selber an und hat gesagt: „Komm, die erste Zeit, du kriegst nen zweiten Mann mit auf den Wagen. Lass langsam gehen. Wenn's nicht mehr ist, setzt dich daneben". Und alles war möglich, wurde anerkannt, die Arbeit, die man gemacht hatte. Und das hat auch so gut funktioniert, ich bin dann auch wieder fit geworden und alles da, ne. Und dann plötzlich da die krassen Beispiele daneben, wenn man denkt, man will es nochmal richtig machen. Und genau das kommt dagegen, ne. Und man wird nur, auf Deutsch gesagt, im Arsch getreten und nur als Idioten hingestellt, obwohl man schon über 25 Jahre Berufserfahrung hatte und alles. (Z.479-493)

Herr D. war bemüht, seine Frau in ihrer akuten Krankheitsphase zu unterstützen und wollte mit seinem damaligen Arbeitgeber entsprechende Arbeitszeiten vereinbaren. Dieser setzte ihn daraufhin stark unter Druck und drohte mit einer Kündigung.

B: Jetzt bin ich hier nach Z., bei einer Firma... Aber da war alles genau contra. Alles, was ich gemacht habe, war alles „Blödsinn", ne, war alles nicht in Ordnung. Und wie das so mit der Krebsgeschichte ging, da habe ich gesagt o.k., ich sag: „Ich schaff das nicht mehr, jeden Tag 15, 16, 17 Stunden zu machen". Ich sag: „Ich reduziere die Sache auf 12 Stunden.". Ich sag: „Ich will wohl gerne nachts eine Stunde eher losfahren, aber nachmittags beizeiten Feierabend machen.". Und da kriegte man nur zu hören: „Was interessiert mich Deine Frau? Entweder bist Du hier angestellt, oder, ne?". Ich sag: „Ihr könnt mich mal, ich mach das nicht mehr.". „Ja, o.k., wenn du das nicht machst, kannst Du Montag zu Hause bleiben.". Und da war ich schon Anfang Mitte 50. (Z.75-82)

Herr D. sah keinen Ausweg aus dieser Situation und unternahm in der Folge einen Suizidversuch.

B: Bloß in der Drohung, dann ist in mir dann auch der Gedanke losgegangen, du hast das Haus, die kranke Frau und dann arbeitslos, wie willst Du das noch schaffen? Dann war's in mir am Brodeln und ging nicht mehr... Und dann hab ich gesagt, o.k., das hat alles keinen Wert. Da habe ich die Karre vor den Brückenpfeiler gesetzt. Aber, wie der dumme Zufall, ich war noch nicht dran, es sollte noch nicht sein. (Z.88-92)

Er fühlte sich zu diesem Zeitpunkt völlig überfordert, und seine Bewältigungsmöglichkeiten waren erschöpft.

B: Ich hab gesagt, ich schaff das nicht mehr nervlich, es geht nicht mehr. Schluss, aus, ich tu's nicht mehr. Da habe ich den Druck, zu Hause, ne, willst du alles recht machen. Ging nicht mehr, ich stand mitten zwischen Himmel und Hölle. Da habe ich gesagt, O.K., ich hab's satt, um allem Ärger aus dem Weg zu gehen, machste Schluss. Dann habe ich es zweimal versucht, zweimal danebengegangen. (Z.96-99)

In dieser Zeit übernahm seine Frau Verantwortung für ihn und setzte sich aufgrund seiner akuten Suizidgefährdung mit seinem behandelnden Arzt in Verbindung. Dieser veranlasste die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik.

B: Zwei Unfälle! Der erste hat nicht geklappt, 14 Tage später habe ich es nochmal versucht, ging auch nicht. Da hat meine Frau gesagt: „Jetzt ist Schluss. Feierabend, Schluss, aus, Ende.". Morgens, da wollte ich aus dem Haus hab mich verabschiedet, aber auf irgendeine komische Art und Weise, wo sie sagte: „Halt, Stopp!". Da gingen alle Alarmglocken an, ne. Da hat sie mich gleich zum Arzt und dann gleich in die Klinik sofort. (Z.101-104)

Herr D. sah rückblickend, dass er durch eine Kaskade von zeitnah aufeinander folgenden belastenden Ereignissen im privaten und beruflichen Umfeld überfordert war und seine Fähigkeiten zur Stressbewältigung erschöpft waren.

B: Vor allem zwei hintereinander, so krass, ne! Wenn das zwei, drei Jahre später gewesen wäre, und mit meiner Frau alles wieder in Ordnung gewesen wäre, und dann mal so einer dann, ne. O.k., das könnte man dann vielleicht noch verkraften. Aber, innerhalb von einem halben Jahr zwei solche Schläge dann mitzukriegen, das ist ein bisschen heftig. Das kann man nicht verdauen. (Z.513-516)

Zu diesen Stressfaktoren kam zum damaligen Zeitpunkt die Entscheidung von Herrn und Frau D. hinzu, ihr Haus zu verkaufen und umzuziehen. Dieses Projekt forderte einen hohen Kraftaufwand von beiden.

B: Und dann kam auch noch, nachher haben wir uns dann entschlossen, unser Haus zu verkaufen. Das zog sich ja auch über zwei Jahre hin, bis wir es jetzt doch endlich geschafft haben, ne. Und dann haben wir immer dran gearbeitet und geglaubt, jetzt geht es aufwärts, ne. Wieder ein großer Ballast von einem weg. Denn das große Haus mit zwei Personen nur drin - Kinder waren aus dem Haus, die wollten es nicht haben, die haben jeder ein Eigentum. Nur, und jetzt haben wir ja hier in Z. auch etwas Kleineres. Und wir sind jetzt, wir arbeiten jetzt dran, dass es so ruhiger und besser wird und was, ne. Aber so richtig den - großen Aha-Effekt, der ist immer noch nicht so richtig gekommen, ne. (Z.31-37)

Ihre jeweiligen körperlichen und psychischen Belastungen hatten seiner Meinung nach unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Beziehung zwischen ihm und seiner Frau. Konflikte und Spannungen zwischen ihnen traten vermehrt auf.

B: Ja, ja, Depression und so, körperlich auch, Burn-out. Körperlich, ich merk das selber, auch jetzt so bei den ganzen Renovierungen, wenn ich am Tag so drei Stunden etwas mache, dann merkte ich selber, die Kraft ist raus, die Konzentration lässt nach. Man kriegt es nicht mehr so richtig hin, ne. Und das macht meine Frau auch sehr zu schaffen. Ich merke das, die Reibereien zwischen uns dadurch, ne. (Z.117-120)

Herr D. nahm wahr, dass seine Frau ebenfalls die Grenze ihrer Belastbarkeit erreichte, so dass beide zunehmend gereizt reagierten.

B: Wie so ein Hamsterrad, man dreht sich und dreht sich und dreht sich. Aber man kriegt nicht mehr so richtig hin. Dann kommen so die Reibereien zwischen mir und meiner Frau dann auch immer zustande, ne. Sie hat dann auch mittlerweile so die Nerven, sie schafft das auch nicht mehr so richtig, was sie gerne alle möchte, ne. Und dann kommt eins zum anderen. (Z.127-130)

Besondere Bedeutung im Zeitraum der Paarberatung hatten für Herrn D. seine Erfahrungen im Kontakt mit dem Paarberater. Herr D. hatte sich auf Interventionen des Beraters eingelassen, die seine Selbstöffnung im Kontakt mit seiner Frau förderten.

B: Ja, er hat es, so nach der zweiten, dritten Stunde finde ich, hat er herausgefunden bei mir, wie er mich anpacken muss. Wo er mich dann bei mir, auf Deutsch gesagt, kitzeln muss, um das rauszukriegen, ne. Die ersten ein, zwei Stunden habe ich wohl gemerkt, der kommt an mir auch nicht dran, weil ich auch ziemlich verschlossen bin. Das war auch die ganzen Klinikaufenthalte, dass die Ärzte da gesagt haben, ne, das haben sie zu meiner Frau gesagt: „An Ihren Mann kommt man gar nicht richtig dran. Der ist total verschlossen." (Z.279-283)

Herr D. beschrieb, dass er innerhalb der Paarberatungssitzungen zu seiner eigenen Überraschung sein gewohntes Interaktionsverhalten zugunsten einer offenen Kommunikation mit seiner Frau aufgab.

B: Ich weiß nicht, wie er das hingekriegt hat. Ich hab mir selbst nachher ertappt, wo ich mir selbst gedacht habe, ich denk. „Wieso kannst du solche Sachen eigentlich sagen? Sagst Du normalerweise eigentlich gar nicht.". Der hat das, irgendwie hatte das taktisch klug - im passenden Moment das zu fragen, mich mehr oder weniger überrumpelt, dass es doch rauskam. (Z.286-289)

Diese Veränderungen auf der Verhaltensebene empfand Herr D. als sehr wohltuend und konstruktiv. Auf diese Weise gelang ihm eine wesentlich bessere Emotionsregulation.

B: Es war, in mir war ich befreiter. Ist doch jetzt raus, der Ballast, ne, fühlte ich mich innerlich doch beruhigter und besser, dass es raus war. (Z.293-294)

Herr D. beschrieb, dass ein entscheidender Entwicklungsschritt im Rahmen der Paarberatung für ihn darin bestand, zu seinen Wünschen und Bedürfnissen zu stehen und diese seiner Frau gegenüber offen zu machen. Besonders bedeutsam war für Herrn D., dass er sich seiner Frau gegenüber abgrenzte und sich gleichzeitig selbstfürsorglich verhielt.

B: Ich hab da mehr über mich persönlich nachgedacht und auch ein bisschen mehr für mich persönlich auch getan. Dann auch frühzeitig, wo ich gemerkt habe, da mit dem Urlaub, ne, mach ganz ruhig und jetzt nicht weiter, sonst eskaliert die Sache wieder und was, ne. Das habe ich auch öfter dann gesagt. Meine Frau sagt, lass uns doch dies oder das, ich sag: „Nee, da habe ich keine Lust dran". Ich konnte mehr für mich auch dann entscheiden, frei entscheiden und sagen: „Nee, das mache ich jetzt nicht. Ich hab da keine Lust. Ich mach jetzt was für mich. Und, können wir nachher

auch noch machen", sowas, ne. Und das hat auch sehr gut funktioniert. Meine Frau hat auch öfter dann gesagt: „Ach nee, komm, ich möchte jetzt mehr dies und jenes machen.". Man hat, man ist offener mit sich umgegangen. Man hat mehr über sich persönlich geredet. Seine eigenen Wünsche auch mal öffentlich gesagt, ne. Und das kam sehr gut an. Und das passiert jetzt überhaupt gar nicht mehr. (Z.235-243)

Durch diese Selbstöffnung auf beiden Seiten entstand zum einen Klarheit auf der Paarebene. Zum anderen gewann Herr D. einen größeren persönlichen Handlungsspielraum und erlebte Selbstwirksamkeit. Diese Veränderungen wirkten sich positiv auf die Beziehung zu seiner Frau aus.

B: Frühzeitig, frühzeitig anfangen zu reden. Nicht erst die ganze Sache eskalieren zu lassen. Frühzeitig, und sich dann auch mehr und besser in die Augen gucken, mehr angucken und sagen: „Halt, stopp!". (Z.195-196)

Das Ritual zur Unterbrechung, das Herr und Frau D. - einer Intervention aus der Paarberatung folgend - bei einer beginnenden Eskalation einsetzten, führte dazu, dass sie sich selbst und ihre Emotionen jeweils regulierten und dann eine Lösung für den Konflikt fanden, die beide mittragen konnten.

B: Ich glaub, das Stopp im Moment, das hat uns damals immer sehr viel geholfen, und da haben wir uns beide voll drauf eingelassen. Und da war auch Ruhe, ne, und eine Viertelstunde konnte man dann wieder vernünftig drüber reden und sagen, ne. Das war immer sehr gut. (Z.412-414)

Das Wohlbefinden beider nahm während des Beratungsprozesses zu. Herr D. fühlte sich seiner Frau in der Folgezeit emotional näher und entwickelte Hoffnung, dass sich diese Annäherung fortsetzen würde.

B: Hat sich ein bisschen, man ist man ist sich ein bisschen nähergekommen. So richtig optimal, so richtig, wie man's sich erwartet, nicht. Das überhaupt nicht, nein, nein. Aber, ich hatte da Hoffnung, man kam sich schon ein bisschen näher, und so alles da, ne. Das wohl schon besser, ne. Aber dann ist es nachher wieder, ne, ist wieder dermaßen wieder zurückgegangen. (Z.72-175)

Aus seiner Sicht konnten seine Frau und er zunächst an frühere gute Erfahrungen miteinander wieder anknüpfen.

B: Ja, durch die Gespräche sind viele Sachen wieder angeregt worden, vom Kopf her, die man vorher schon so richtig verbaggert hatte und gar nicht mehr dran gedacht

hat. Da sind wieder sehr viele Sachen im Kopf wieder aufgewühlt worden, und da haben wir gesagt: „Mensch, verdammt noch mal, der hat recht, da haben wir gar nicht mehr dran gedacht!“, ne. (Z.190-193)

Diese positive und hoffnungsvolle Atmosphäre und Zufriedenheit mit der Paarbeziehung hatten Herr D. und seine Frau allerdings nicht dauerhaft in ihren Alltag transferieren können. Die Klärungsprozesse im Rahmen der Paarberatung führten nach der Einschätzung von Herrn D. dazu, dass sie als Paar positive Veränderungen initiierten. Ihre Bewältigungsmöglichkeiten reichten jedoch noch nicht aus, um die vereinbarten Veränderungen dauerhaft umzusetzen. Schließlich hätten sie auf ihre gewohnten Bewältigungsmuster zurückgegriffen.

B: Ja, ja, frühzeitig zu erkennen, auch beim Partner zu erkennen, hier, es geht nicht mehr, ne. Und dann zu sagen, komm, stopp, nicht weiter.

I: Dass Sie dann Stopp gesagt haben?

B: Ja. - Und das hat man total aus den Augen verloren nur den Tunnelblick, ne, und gar nicht gucken rechts und links, was passiert da überhaupt. (Z.198-202)

Herr D. plädierte rückblickend dafür, den Beratungsprozess weiterzuführen, auch nachdem Paarzufriedenheit bei beiden angestiegen war.

B: Nein, nein, während der Beratung und die ganze Zeit war es gut und es ging ziemlich weit nach oben. Man hat da sehr viel daraus gelernt und sehr viel ... (unverständlich) draus gemacht und alles, aber das ging nachher wieder - da haben wir auch nachher gesagt: „Wir hätten's noch nicht so früh wieder aufgeben sollen!“. Man hätte noch länger hierhin kommen sollen, länger noch reden und noch mehr, da wär's vielleicht noch besser gewesen. Wir haben vielleicht zu früh abgebrochen. Wir haben gesagt: „O.K., das schaffen wir schon. Wir sind auf einem guten Weg, wir kriegen das schon hin.“. Aber es war längst noch nicht so richtig gefestigt. (Z.179.184)

Nach der Beendigung der Paarberatung nutzten Herr und Frau D. in ihrer Interaktion als Paar die Impulse aus dem Beratungsprozess zunächst erfolgreich, um Stresssituationen zu bewältigen. Später verloren sie den Zugang zu diesen Coping-Fähigkeiten wieder.

B: Ja, da haben wir auch die ganzen Ratschläge von hier immer mitgenommen. Und wenn es dann soweit war, dann haben wir uns wieder zurück daran erinnert und uns gesagt: „Komm, jetzt mal ganz ruhig! Lass uns mal drüber reden“. Alles in Ruhe, aber

- na, das ging vielleicht ein dreiviertel Jahr, sowas, ein Jahr ging das dann gut. Dann haben wir uns wieder drauf besonnen. Und mal ist wieder der Alltag, dann denkt man nicht mehr daran und dann schaukelt man sich wieder so richtig so hoch und alles dann, ne. (Z.137-141)

Zum Zeitpunkt des Interviews erlebte Herr D. eine deutliche Verschlechterung sowohl seines subjektiven Wohlbefindens als auch der Qualität der Paarbeziehung. Er berichtete, dass er verstärkt depressive Symptome an sich wahrnahm.

B: Meine Frau sagt auch immer: „Du fährst so gerne Motorrad. Dann fahr doch mal ein paar Tage da hoch, und nimm dir mal Auszeit." Heißt doch nicht, die Arbeit, die können wir nachher immer noch machen, oder wat, ne. Aber solche Sachen, da denk ich im Moment nicht, die sind für mich belanglos. (Z.224-227)

Aus seiner Sicht hatten seine Frau und er sich nach der Beendigung der Paarberatung emotional wieder voneinander entfernt. Während er im Zeitrahmen der Paarberatung eine positive Bindung zu seiner Frau empfand, fühlte er sich zum Zeitpunkt des Interviews eher von ihr instrumentalisiert und bevormundet. Der Austausch untereinander beschränkte sich auf Fragen der Alltagsorganisation, wobei es für ihn schwierig war, sich auf die Anliegen seiner Frau tatsächlich einzulassen.

B: Ja. Ich fühlte mich bestätigt, ich fühlte mich anerkannt. Und das ist jetzt im Prinzip, ich fühle mich nur im Großen und Ganzen, dass ich zum Arbeiten da bin: "Mach mir dies, mach mir das". Und alles andere: „Bleib mir bloß vom Leib", ne. (Z.460-462)

Von ihrer Seite erlebte er zum Zeitpunkt des Interviews ebenso emotionalen Rückzug. Gemeinsame freudige Erlebnisse, wie während der Zeit der Paarberatung, waren später aufgrund der negativen angespannten Atmosphäre zwischen ihnen kaum möglich.

B: Ja, ich sag, nach der Beratung, man konnte zu Hause befreiter miteinander umgehen, ganz anders reden. Was im Moment, im Moment der Stand es, also ich komm so richtig an meiner Frau nicht dran und meine Frau schon mal gar nicht an mich dran, ne. Irgendwie so, man kann so über Sachen reden, was gemacht werden muss und dies und jenes, ne. Genau, wir hams ein paarmal jetzt schon wieder versucht, über den Urlaub zu reden. Dass wir ein paar Tage wegfahren, also mir ist es, mir ist das belanglos. Ich sag dann höchstens immer: „Mach doch, ist mir egal.". Also, das

ist mir alles nicht so richtig wichtig. Und das war letztes Jahr, wo wir die Beratung gemacht haben, ganz anders. Man konnte über gewisse Dinge, man konnte sich beim Gespräch auch mehr lachen, mehr Freude haben, ne, mal scherzen. Und auch wenn es über Urlaubssachen oder sowas ging, man konnte da besser diskutieren: "Was möchtest du gerne?". Man hat freier über sich geredet und gesagt, ne, „Das wünschte ich mir gerne.". Und da kann man besser Kompromisse finden, oder was, ne. Und im Moment sind wir wieder so tief am Punkt, also, ne. Wenn sie was entscheidet, ob's in die Berge geht oder an der See geht, mir ist das so... (Z.339-350)

Die emotionale und körperliche Wiederannäherung, die Herr und Frau D. im Beratungsprozess begonnen hatten, war ihnen verloren gegangen. Er empfand eher Ablehnung von Seiten seiner Frau.

B: Durch das Aktuelle, alles Mögliche, die ganze körperliche Nähe, ist alles im Moment total zurück, und es ist im Moment da gar nichts mehr so richtig. (Z.168-169)

Nee, das Einzigste, was ich jetzt wohl so gemerkt habe, die ganze letzte Zeit und so, also die persönliche Nähe zueinander, die ist ja total weggebrochen, ne. Und das war jetzt in den ganzen Beratungsgesprächen hier - man kam sich immer näher, man kam sich immer näher. Und das hat auch gutgetan. Aber jetzt die letzte Zeit und sowas, ne, das ist im Prinzip so also, ne, „Komm mir nicht näher wie zwei Meter Umgang", kann man das sagen, ne. (Z.444-447)

Sein Fazit zu seiner Paarbeziehung zum Zeitpunkt des Interviews war deutlich negativ geprägt.

B: Im Moment machen wir alles falsch, wat nur falsch zu machen ist. (Z.430)

Herr D. sah aufgrund der guten Erfahrungen in der Vergangenheit die Chance, diese Situation durch einen erneuten Paarberatungsprozess zu verändern und erwog, sich erneut Unterstützung zu suchen.

B: Doch, im Moment würde ich sagen also, die Beratung damals, die hat sich sehr gelohnt! Ganz gut, ne. Und im Moment, da sind wir an einem Punkt, da würde ich sagen, man könnte sie wieder voll und ganz aufnehmen. (Z.261-262)

Ohne beraterische Begleitung traute er sich noch nicht zu, sein Verhalten seiner Frau gegenüber zu verändern und sich zu öffnen, um ihr seine Positionen und Gefühle mitzuteilen.

B: Ich würde an der ganzen Sache wieder voll anknüpfen, wo es letztes Mal aufgehört hat, um das noch weiterhin zu befestigen, dass es oben mehr im Kopf reinkommt. Und wirklich die ganze Sache zu festigen! Nochmal wieder richtig aufzuarbeiten. Nach meiner persönlichen Erfahrung hat das wirklich sehr gut getan. Das war natürlich für mich am Anfang auch unheimlich schwer, über die ganzen Sachen zu reden, ne. Aber von Stunde zu Stunde ist es mir leichter gefallen, auch mal, obwohl wir nebeneinander gesessen haben, die negativen Sachen auch von meiner Frau da frei rauszureden. Denn im Moment würde ich da jetzt ja gar nicht drüber reden. (Z.267-273)

Zum Zeitpunkt des Interviews sah sich Herr D. erneut durch depressive Symptome wie den Verlust von Interesse, Appetit und Energielosigkeit stark belastet.

B: Deswegen, jetzt in dem letzten Jahr, kann man fast sagen, da hab ich fast 20 kg abgenommen, ne, also. Essen ist für mich im Moment belanglos. Ich denk auch an verschiedene Sachen. Ich bin letzte Woche auch eingeladen worden, mal wieder zu meinem alten Bekannten nach Q. da oben hin. Den habe ich schon lange nicht mehr gesehen, der rief ein paarmal an: „Nun kommt doch vorbei, dass man mal ein paar Tage, kannst mal hier". Vor zwei Jahren, als es hier auch war, da bin ich da oben hoch gewesen. Das war auch super toll. Und jetzt, ich denk ich, ach was. (Z.219-224)

Seine Selbstbewertung und sein Selbstbild entwickelten sich in dem Zeitraum nach der Beendigung der Paarberatung extrem negativ.

B: Ich will es versuchen, ich zwinge mich mehr oder weniger, ne, das zu machen. Aber ich schaff's nicht mehr, dann geht es in die Hose. Dann fängt meine Frau auch an: „Dann lass es doch sein, ruh dich aus!". Aber ich will das auch, ich sag: „Ich schaff das schon.". Und dann kommt dann wieder, dann merkst du auch dann: „O.k., du versuchst alles Mögliche, kriegst es nicht mehr hin", ne. „Du taugst zu nichts mehr", ne. Das ist dann auch immer so ein Kampf. Man möchte gerne, kann aber nicht mehr. (Z.120-125)

Er beobachtete bei sich u. a. Gereiztheit und Rückzugstendenzen in seinen nahen sozialen Beziehungen.

B: Auch so wie letztes Wochenende, meine Enkelkinder waren alle da, ne, o.k. ich - beschäftige mich wohl mal ne halbe Stunde mit denen, oder was, ne, und dann

merke ich schon selber, es steht mir bis hier oben hin. Dann muss ich raus, dann muss ich weg, das nervt mich dann alle. Und ich merke, ich fühle mich selber im Moment wie auf dem Pulverfass, und die Lunte ist vielleicht noch drei Zentimeter lang. (Z.361-364)

Herr D. stand nach Abschluss der Paarberatung zunehmend wieder unter Druck und war angespannt. In dieser Situation konnte er auf die sozialen Kompetenzen, die er sich zuvor im Austausch mit seiner Frau angeeignet hatte, nicht zurückgreifen. Er zog sich stattdessen aus dem Kontakt zu seiner Frau zurück, was er selbst als Flucht bezeichnete. Sein Gefühl, auf einem „*Pulverfass*" zu sitzen spiegelte seine Suizidgedanken wider.

B: Ja. Und ich merke es eben auch, so wie gestern Abend auch, da kam eine Diskussion auf. Und dann merkte ich, bevor ich dann total eskaliere oder irgendwie ne, dann denke ich: „Bloß nicht noch mehr Diskussion. Es kommt nachher etwas aus der raus, was der nachher leidtut.". Und dann flüchte ich dann einfach dann. Ich will die ganze Sache, weil ich weiß, meine Frau ist auch mit den Nerven fertig, und durch ihre Krankheit hat die auch sehr viel mit sich zu tun, weil ich will ihr dann nicht auch noch mehr aufbürden, und noch mehr erzählen, und noch mehr rausbringen. Dann flüchte ich immer, dann hau ich lieber mal ab, ne. Das kann sie auch nicht haben, dann hat sie Angst, was ich auch verstehe. Aber ich denke, ich sitz auf dem Pulverfass, und ich will das nicht zum Explodieren bringen. (Z.393-400)

Herr D. benannte als weiteren wichtigen Schritt für sich selbst und im Blick auf die Beziehung zu seiner Frau, dass sie gemeinsam wieder Paarberatung in Anspruch nehmen sollten. Die langjährige Bindung aneinander war für ihn sehr wichtig. Er wünscht sich, mit seiner Frau wieder in einem harmonischen Kontakt zu leben.

B: Und was nutzt das, wenn ich da ein schönes Heim habe, und alles ist super gut nach außen, und innen drin bricht das ganze Kartenhaus zusammen. Das will man ja auch nicht. Dafür ist man ja auch schon 37 Jahre schon zusammen, ne. Und ich möchte ja gerne, dass es wirklich wieder so ist wie vor fünf, sechs Jahren! (Z.474-477)

Das Interview mit Herrn D. war geprägt durch seine starke depressive Symptomatik, die zum damaligen Zeitpunkt akut bestand. Er sah die gegenwärtige Bezie-

hung zu seiner Frau durchweg negativ, erinnerte sich aber an die positiven Erfahrungen, die er mit seiner Frau im Zeitraum der Paarberatung gemacht hatte. Er benannte sehr deutlich seine eigenen Anteile an den destruktiven Interaktionszirkeln mit seiner Frau und reflektierte belastende wie förderliche Bedingungen für die Qualität in ihrer Paarbeziehung. Seine depressive Erkrankung drückte sich zum damaligen Zeitpunkt u. a. in Suizidgedanken aus.

Als er davon im Interview berichtete und sein aktuelles Bild eines Pulverfasses mit sehr kurzer Lunte benutzte, trat für mich kurzfristig die Frage auf, ob ich in der Rolle der Interviewerin bleiben sollte oder ggf. eine beraterische Krisenintervention bzw. Vermittlung gefragt war. Aufgrund der Informationen, die Herr D. mir zu seiner engmaschigen Anbindung an psychiatrische und psychotherapeutische Hilfesysteme gab und seiner Aussage, dass er die Interviewsituation nicht als belastend empfand und gern fortsetzen wollte, führten wir das Interview weiter.

Herr D. sah Zusammenhänge zwischen seiner Belastung durch die Erkrankung seiner Frau, den erheblichen Kränkungen an seinem neuen Arbeitsplatz, seiner eigenen psychischen Erkrankung und den Problemen und Konflikten in der Paarbeziehung. Rückblickend meinte er, dass er und seine Frau überfordert waren, da die Belastungen sehr groß waren und kurz nacheinander auftraten. Sie hatten damals beide keine Ressourcen mehr zur Verfügung, diese Stresssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen. Deutlich wurde, dass Herr D. auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung zum Paarberater die Beratungssituation genutzt hatte, um mit einem anderen als seinem gewohnten Interaktionsverhalten zu experimentieren. Er fühlte sich ermutigt, im Kontakt mit seiner Frau authentisch zu sein und seine Wünsche zu äußern. Bis dahin hatte er sich in für ihn schwierigen Situationen aus dem Kontakt mit ihr zurückgezogen. Von dieser destruktiven Variante unterschied er die sogenannte „Stopp-Regel“, die er als konstruktive Art der Konfliktvermeidung verstand, da sie negative emotionale Erfahrungen zwischen ihm und seiner Frau verhinderte und ihnen die Möglichkeit gab, gemeinsam Lösungen zu finden. Aus seiner Sicht wäre es unterstützend gewesen, die Beratung nach der ersten Verbesserung der Qualität der Paarbeziehung weiter fortzuführen, damit sie als Paar die Veränderungen in der Interaktion im Alltag festigen und bei auftretenden Stressoren die in der Paarberatung erarbeiteten Strategien hätten einsetzen können.

Visuelle Darstellung der Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung von Paar D.

Frau und Herr D. markierten während ihrer Interviews - unabhängig voneinander - auf einem vorbereiteten Blanko-Koordinatenkreuz, wie zufrieden sie mit ihrer Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung waren bzw. wie sie die Qualität ihrer Paarbeziehung rückblickend einschätzten (Abbildung 5).

Zu Beginn des Paarberatungsprozesses sahen Herr und Frau C. die Qualität ihrer Beziehung als gering an. Aufgrund der multiplen Belastungsfaktoren, die in der Zeit vor der Anmeldung in der Beratungsstelle auf sie zukamen, waren ihre eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung erschöpft. Die massiven körperlichen Krankheiten bei beiden, die psychische Erkrankung bei Herrn D., seine beruflichen Probleme und damit verbunden seine Existenzängste trafen das Paar innerhalb weniger Jahre und veränderten ihre bisherige Paarbalance. Ihre Lösungsstrategie, die Belastungen je einzeln zu tragen und zu bewältigen, führte zur emotionalen Entfremdung des Paares. Beide zogen sich in der Folge im Bereich der gemeinsamen Kommunikation sowie auf körperlicher bzw. sexueller Ebene zurück. Damit sank ihre Zufriedenheit mit der Paarbeziehung.

Nach Beginn der Paarberatung empfanden Herr und Frau D. innerhalb kurzer Zeit eine wesentliche Verbesserung der Qualität ihrer Paarbeziehung. Ihre jeweilige Zufriedenheit – retrospektiv visualisiert im Koordinatensystem - stieg parallel auf einen wesentlich höheren Wert an. Die Qualität ihrer Paarbeziehung schätzten Herr und Frau D. am Ende des Zeitraums der Paarberatung als gut ein. Diese Zufriedenheit hielt einige Monate nach Beendigung der Paarberatung an, sank dann aber wieder ab. Für diesen Zeitraum wurde von beiden keine Einschätzung im Koordinatenkreuz vorgenommen. Während der Interviews ergab sich, dass sowohl Frau als auch Herr D. unabhängig voneinander jeweils einen zusätzlichen Zeitpunkt im Koordinatenkreuz wählten, nämlich den des Interviews und dazu ihre Einschätzung der Paarbeziehung markierten. In den Monaten dazwischen nahmen sie keine Markierungen vor, so dass in der Abbildung 5 die Linie, die die Markierungen verbindet, nicht durchgezogen ist. Bei beiden zeigte sich hier eine sehr niedrige Einstufung der Partnerschaftsqualität. Frau D. ging auf den von ihr zu Beginn der Paarberatung gewählten Wert zurück, Herr D. wählte den geringsten möglichen Wert auf der Skala.

Diesen Verlauf der Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung kommentierte Frau D. mit einer bildhaften Beschreibung.

Frau D.: Ja, und so ist das immer, unsere Ehe ist so eigentlich im Moment so eine Achterbahn... Ja, so zwischen Hoffen und Bangen irgendwie. Das ist im Moment, ja, so ein Auf und Ab. Das ist also, wir hatten uns eigentlich erhofft - was wir uns beide wünschen, das ist so ein etwas ruhigeres Schema. Dass Ruhe einkehrt und dass man das alles so ein bisschen in den Griff kriegt. Aber da sind wir noch nicht ganz angekommen. (Z.267-274)

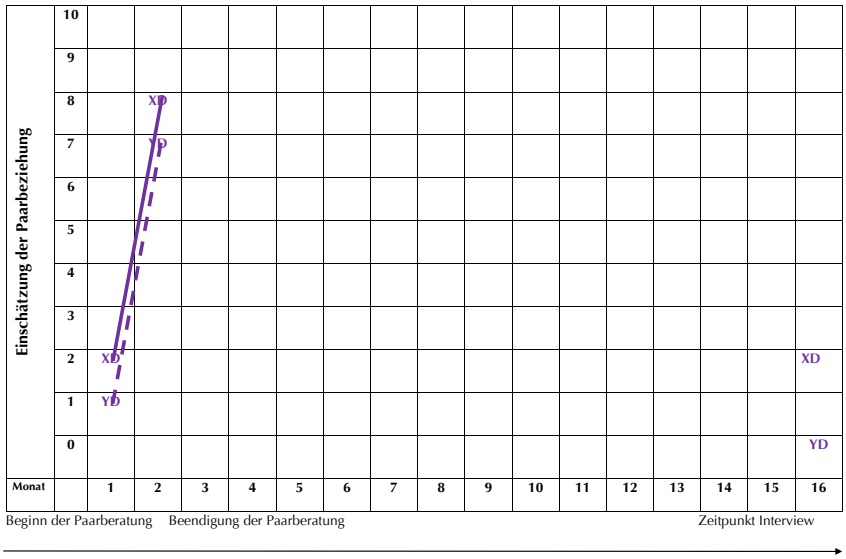


Abbildung 5: Paar D. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XD = Frau D., YD= Herr D.

<u>Synopse der individuellen Ergebnisse der Fragebogen aus der Studie 1 und Interviewaussagen von Paar D.</u>

In der Problemliste (PL) wies Herr D. zu Beginn und am Ende der Paarberatung jeweils einen Punktwert von Null auf. Er hatte überwiegend die Kategorie „keine Konflikte“ angekreuzt und bei 10 Items die Kategorie “Konflikte, erfolgreiche Lösungen“ gewählt. Darunter fanden sich u. a. die Bereiche Freizeitgestaltung, Tempera-

ment der Partnerin, Sexualität, Kommunikation, Forderungen der Partnerin und psychische Störungen. Bei der zweiten Messung war seine Selbsteinschätzung bezüglich der Problembelastung der Partnerschaft fast identisch, allerdings wechselte er im Bereich Forderungen der Partnerin zur Kategorie „keine Konflikte“. Es lässt sich nicht nachvollziehen, wie er zu dieser Einschätzung der Probleme in der Paarbeziehung kam. Aus seinem Interview ergeben sich Hinweise, dass Herr D. sich als sehr verschlossen bezeichnete und daher evtl. auch über einen Fragebogen keine kritischen Punkte in der Paarbeziehung benennen wollte. Im Interview zeichnete er ein vollständig anderes Bild der Situation zwischen ihm und seiner Frau zu Beginn der Paarberatung. Er hatte seine Gefühle von Überlastung und Hilflosigkeit als zentral geschildert.

Herr D.: Ja, da ging's uns ziemlich mies und ziemlich dreckig, gebe ich ehrlich zu, ne. Denn da kamen viele Faktoren aufeinander. Das war damals erst die Erkrankung von meiner Frau und das, o.k., das dauerte auch eine Zeit. Dann ging es bei mir nervlich, psychisch ziemlich bergab, ne, und da hatte ich auch schon, bis wir hier angefangen sind, hatte ich, glaube ich, schon drei Klinikaufenthalte hinter mir. (Z.25-28)

Das war natürlich für mich am Anfang auch unheimlich schwer, über die ganzen Sachen zu reden, ne. Aber von Stunde zu Stunde ist es mir leichter gefallen, auch mal, obwohl wir nebeneinander gesessen haben, die negativen Sachen auch von meiner Frau da frei rauszureden. (Z. 269-272)

Frau D. kreuzte in der Problemliste (PL) bei der ersten Messung sieben Bereiche als „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ an. Dazu gehörten Freizeitgestaltung, Temperament und Zuwendung des Partners, Sexualität und Kommunikation. Bei der zweiten Erhebung hatte sie insgesamt null Punkte erreicht, d.h. sie erlebte die Problembelastung am Ende der Paarberatung als stark vermindert. Sie wählte nur die Kategorien „keine Konflikte“ und “Konflikte, erfolgreiche Lösungen“, wobei sie die letztgenannte Kategorie u. a. den Bereichen Freizeitgestaltung, Gewährung persönlicher Freiheiten, Sexualität, Kommunikation und psychische Störungen zuordnete. Diese Verminderung und geringe Problembelastung, wie sie über die PL erhoben wurde, deckt sich mit ihren Aussagen im Interview, dass sie und ihr Mann

im Zeitraum der Paarberatung mehr Offenheit in ihrer Kommunikation und damit Lösungswege für konflikthafte Themen in der Paarbeziehung gefunden hatten.

Die Ergebnisse der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) lagen bei Herrn und Frau D. in der ersten Erhebung über dem kritischen Wert. Frau D. erreichte 22 Punkte, Herr D. 38 Punkte. Als kritischer Wert für das Vorliegen einer ernsthaften depressiven Verstimmung kann 23 angenommen werden (siehe 6.1.4). Herr D. war demnach zu Beginn des Paarberatungsprozesses stark depressiv belastet. Die Items zu den Symptomen Beunruhigung, Gefühl der Anstrengung, Angst und mangelnder Antrieb belegte er mit der höchsten Belastungskategorie. Im Vorfeld der Paarberatung traten die Krebserkrankungen seiner Frau, seine psychische Erkrankung und Frühberentung sowie nachfolgende finanzielle Probleme zeitlich nah nacheinander auf. Im Interview berichtete Herr D., dass er durch die Erfahrungen im Rahmen der Paarberatung zu mehr Offenheit seiner Frau gegenüber und zu mehr Autonomie gefunden hatte. Dadurch fühlte er sich freier, und sein Wohlbefinden stieg an. Als statistisch signifikant wird in der ADS eine Veränderung des Summenwertes bei zwei Erhebungszeitpunkten um mindestens fünf Punkte angesehen (Klann et al. 2003, S.189). Bei Herrn D. ergab sich in der ADS vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine deutliche Verringerung um 24 Punkte auf einen Wert von 14. Damit lag er bei Beendigung der Paarberatung in seiner Selbsteinschätzung unter dem kritischen Wert für depressive Symptome. Bei der ersten Messung markierte Frau D. in der ADS die Items Anstrengung, Schlafstörungen, und mangelnde Initiative mit der höchsten Belastungskategorie. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sah sie bei den Items Hoffnung in die Zukunft, fröhliche Stimmung und Genussfähigkeit keine subjektive Belastung. Frau D. erreicht bei der zweiten Erhebung zum Zeitpunkt der Beendigung der Paarberatung einen Wert von 10, der ebenfalls klinisch unauffällig war und um 12 Punkte geringer ausfiel als bei der ersten Messung. Diese Ergebnisse stimmen mit ihren Beschreibungen im Interview zu den positiven Schritten in der Beziehung zu ihrem Mann überein.

In der Beschwerdenliste (BL) zeigten sich bei Frau D. Werte von 44 bei der ersten und 36 Punkten bei der zweiten Messung. Beide Ergebnisse lagen über dem auffälligen Wert, wobei Frau D. im Unterschied zum ersten Messzeitpunkt beim zweiten Zeitpunkt einige Items von „leide stark darunter“ zu „leide mäßig“ oder

„leide kaum darunter“ umbewertete. Dazu gehörten Schwächegefühl, Schmerzen in der Brust und innere Unruhe. Andere Beschwerden wie Rücken- und Nackenschmerzen, Mattigkeit, Empfindungsstörungen in den Händen und Füßen und starkes Schwitzen blieben für sie gleich belastend. Anhand des Fragebogens lässt sich nicht differenzieren, ob diese Beschwerden mit ihrer rheumatischen Erkrankung zusammenhingen und/oder ob sie als Folgen der Behandlung ihrer Krebserkrankungen und -therapie zu werten sind. Herr D. erreichte zu beiden Messzeitpunkten auffällige Werte, bei der ersten Erhebung 44 und bei der zweiten 41 Punkte. Das Engegefühl im Hals, über das er im Interview sprach, trat bei ihm am Ende der Paarberatung nicht mehr auf. Andere Items wie Reizbarkeit, Grübeln, Schwitzen, innere Unruhe und Schlaflosigkeit blieben gleich belastend für ihn. Im Interview berichtete er von einer deutlichen subjektiven Entlastung innerhalb der Paarbeziehung, die er im Lauf des Paarberatungsprozesses erfahren hatte. Die somatischen Beschwerden veränderten sich offensichtlich nicht parallel dazu. Im Zeitraum bis zum Interview machten Herrn und Frau D. ihr Umzug und die damit verbundenen Renovierungsarbeiten sehr zu schaffen.

Frau D.: Weil einfach beide körperlich so schlecht drauf sind und dann nur noch, nicht miteinander, sondern nur noch gegeneinander. Jeder ist kaputt, genervt, will aber seine Arbeit fertigmachen. Wir haben unheimlich viel selber gemacht, wir haben selber tapeziert. Wir haben wirklich viel gearbeitet seit Anfang des Jahres, sind auch noch nicht ganz fertig, aber körperlich so am Ende (Z.341-344)

Besonders Herr D. fühlte sich körperlich überlastet und litt darunter, dass seine körperliche Leistungsfähigkeit nicht so hoch war, wie er es sich wünschte.

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) zeigte sich bei der ersten Erhebung bei Frau D. ein Summenwert von 3 und bei Herrn D. von -25. Bei der Erhebung am Ende des Beratungszeitraumes ergab sich bei beiden eine deutliche Verbesserung der Lebenszufriedenheit, nämlich bei Frau D. ein Summenwert von 15 und bei Herrn D. von 34. Frau D. waren bei der ersten Messung die Bereiche Gesundheit, Wohnen und Familienleben sehr wichtig, wobei sie bezüglich Gesundheit, finanzieller Sicherheit und Arbeit unzufrieden war. Mit der Partnerschaft/Sexualität war sie eher zufrieden. Für Herrn D. waren die Bereiche finanzielle Sicherheit, Wohnen, Familienleben

und Partnerschaft/Sexualität extrem wichtig. Er war mit Gesundheit, finanzieller Sicherheit und Arbeit unzufrieden. Bei der zweiten Messung nach Beendigung der Paarberatung kennzeichnete Frau D. dieselben Bereiche wie bei der ersten und zusätzlich die finanzielle Sicherheit als wichtig. Die Kategorie „unzufrieden" nutzte sie nicht mehr, eher unzufrieden war sie mit der finanziellen Sicherheit und dem Bereich Arbeit. Für Herrn D. waren zum zweiten Messzeitpunkt die Bereiche Freizeit, Gesundheit, Familienleben und Partnerschaft/Sexualität extrem wichtig. Unzufrieden war er mit der Gesundheit und eher unzufrieden mit Freunden und finanzieller Sicherheit. Im Bereich Partnerschaft/Sexualität war Herr D. beim Abschluss der Paarberatung ziemlich zufrieden. Diese Ergebnisse decken sich mit dem, was Frau Und Herr D. in den Interviews zu ihrem jeweiligen subjektiven Wohlbefinden beschrieben. Dieses war zu Beginn der Paarberatung sehr niedrig und stieg innerhalb kürzerer Zeit steil an.

Im Fragebogen Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) lag die globale Unzufriedenheit (GUZ) in der ersten Messung bei Herrn D. bei einem T-Wert von 54 und sank bei der zweiten Messung auf 50. Bei Frau D. zeigte sich eine Verringerung in der Skala GUZ von 58 auf 46. T-Werte von unter 50 weisen darauf hin, dass die Partnerschaft einen größeren Anteil an der Lebenszufriedenheit der Betreffenden hat. Dies bestätigten Frau und Herr D. in den Interviews, indem sie von mehr Leichtigkeit durch die größere Offenheit in ihrem Kontakt berichteten, die sie im Lauf des Paarberatungsprozesses erlebten.

In der Skala Affektive Kommunikation (AKO) finden sich T-Werte über 60 bei Menschen, die in ihrer Paarbeziehung Anerkennung vermissen, sich emotional entfremdet fühlen und Misstrauen empfinden. Herr D. erreichte bei der ersten Messung einen sehr hohen Unzufriedenheitswert von 77. In seiner Paarbeziehung waren Selbstöffnung, Unterstützung und gegenseitige Empathie für ihn nicht gegeben. Die Ergebnisse lagen zum ersten Zeitpunkt bei Herrn und Frau D. weit auseinander. Frau D. erreichte einen Wert von 52 und lag damit im mittleren Bereich der Zufriedenheit mit der affektiven Kommunikation. Sie fühlte sich emotional getrennt von ihrem Mann und wünschte sich von ihm mehr Selbstöffnung. Auch sich selbst beschrieb sie im Interview als zurückgezogen und auf Abstand bedacht, als die Paarberatung begann. Bei der zweiten Messung zeigte sich bei Herrn D. mit einem T-Wert von 59

eine deutliche Verminderung der Unzufriedenheit in der Skala AKO. Er fühlte sich befreit und erleichtert, weil er mit seiner Frau im Rahmen des Paarberatungsprozesses offener über seine Wünsche und Gedanken gesprochen hatte. Bei Frau D. sank der Unzufriedenheitswert am Ende der Paarberatung auf 38 und lag somit unter dem kritischen Wert. Für sie war ausschlaggebend, dass sie und ihr Mann Gedanken und Wünsche teilten und konflikthafte Themen und ihre Gefühle ansprechen konnten. In der Skala AKO zeigte sich bei dem Paar D. kein Anstieg der Unzufriedenheit, sondern im Gegenteil eine deutliche Verringerung. Das Gesamtergebnis in der Studie 1 wurde in diesem Fall nicht bestätigt.

Die Skala Problemlösen (PBL) erfasst die Unzufriedenheit mit den Kompetenzen, Konflikte und Differenzen in der Paarbeziehung zu lösen. Herr D. erreichte in der ersten Messung einen T-Wert 72, Frau D. von 64. Diese Werte weisen auf langanhaltende Konflikte und unzureichende Bewältigungsmöglichkeiten hin. Einige problematische Bereiche der Partnerschaft werden nicht offen angesprochen. Frau D. beschrieb im Interview, dass dieser Punkt ein zentrales Veränderungsthema innerhalb des Beratungsprozesses war. Der Berater gab Impulse für einen offenen Austausch zu konflikthaften Themen des Paares, woraufhin Herr D. mehr Selbstöffnung zeigte und seine Frau konfrontierte. Diese für beide ungewohnte Interaktionsform erlebte Frau D. zunächst als sehr herausfordernd.

Frau D.: Wie man kann mein Mann mich hier so angreifen? Warum sagt er mir das zu Hause nicht? So, das hat mich so geärgert, dass er – zu Hause, da muss schon richtig was sein, bevor er überhaupt noch einmal sagt, ne, das will ich nicht, und das mache ich nicht. Aber warum kann er das hier, warum macht er das zu Hause nicht? (Z.294-297)

Letztlich bewertete Frau D. es als konstruktiv, dass ihr Mann sich in bestimmten Situationen ihr gegenüber deutlich positionierte. Auch Herr D. sah dies als positive persönliche Entwicklung, die sich auch auf die Paarbeziehung förderlich auswirkte.

Herr D.: Das habe ich auch öfter dann gesagt. Meine Frau sagt, lass uns doch dies oder das, ich sag: „Nee, da habe ich keine Lust dran". Ich konnte mehr für mich auch dann entscheiden, frei entscheiden und sagen: „Nee, das mache ich jetzt nicht. Ich hab da keine Lust. Ich mach jetzt was für mich. Und, können wir nachher auch noch

machen", sowas, ne. Und das hat auch sehr gut funktioniert. Meine Frau hat auch öfter dann gesagt „Ach nee, komm, ich möchte jetzt mehr dies und jenes machen.". Man hat, man ist offener mit sich umgegangen. Man hat mehr über sich persönlich geredet. Seine eigenen Wünsche auch mal öffentlich gesagt, ne. Und das kam sehr gut an. (Z.237-243)

In den Ergebnissen der Skala PBL zeigten sich am Ende der Paarberatung bei Herrn und Frau D. unterschiedliche Tendenzen. Herr D. erreichte bei der zweiten Erhebung einen T-Wert von 64, Frau D. von 49. Bei Herrn D. lag der Wert wie bei der ersten Messung im höchsten Bereich, seine Unzufriedenheit hatte sich aber graduell verringert. Er sah Schwierigkeiten in der emotionalen Überreaktion bei sich und seiner Frau, wählte allerdings auch Items, die bestätigten, dass sie sich bei Konflikten auf ein Thema begrenzen konnten. Frau D. erreichte bei der zweiten Messung in der Skala PBL einen Zufriedenheitswert, der im unauffälligen Bereich lag.

In der Skala Sexuelle Unzufriedenheit (SUZ) ergab sich bei Herrn D. zu beiden Erhebungszeitpunkten ein T-Wert von 62. Er stimmte Items zu, die die Unzufriedenheit in der Häufigkeit der sexuellen Kontakte sowie den mangelnden verbalen Austausch zum Thema gemeinsame Sexualität erfassten. Zärtlichkeit und Abwechslung fehlten ihm im sexuellen Kontakt mit seiner Frau. Bei der ersten Erhebung zeigte sich bei Frau D. ein Wert von 63, ähnlich hoch wie bei Herrn D. Sie stimmte Items zu, bei denen es um die Genussfähigkeit ihres Mannes und ihre Befriedigung sowie den verbalen Austausch mit ihrem Mann über die gemeinsame Sexualität ging. Bei der zweiten Messung lag ihr Unzufriedenheitswert in der Skala SUZ hingegen bei 47, war also stark gesunken. Im Interview war sie mit der körperlichen Nähe und Sexualität mit ihrem Mann am Ende der Paarberatung zufrieden. Die Einschätzung zur Entwicklung der sexuellen Zufriedenheit vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt fiel bei beiden sehr unterschiedlich aus. Herr D. sah im Interview Fortschritte in diesem Bereich der Paarbeziehung und war nach Beendigung der Paarberatung zufriedener mit der körperlichen Nähe zwischen ihm und seiner Frau als zu Beginn der Paarberatung. Er wünschte sich aber häufiger sexuelle Kontakte mit seiner Frau.
Herr D.: Hat sich ein bisschen, man ist man ist sich ein bisschen nähergekommen. So richtig optimal, so richtig, wie man's sich erwartet nicht. Das überhaupt nicht, nein, nein. Aber, ich hatte da Hoffnung, man kam sich schon ein bisschen näher, und

so alles da, ne. Das wohl schon besser, ne. Aber dann ist es nachher wieder, ne, ist wieder dermaßen wieder zurückgegangen. (Z.172-175)

Frau D. bemerkte im Interview, dass ihr Mann mehr unter den fehlenden gemeinsamen sexuellen Kontakten litt als sie. Das Thema gemeinsame Sexualität war demnach auch bei Beendigung der Paarberatung konflikthaft für Herrn und Frau D. Einen Konsens hatten sie (noch) nicht gefunden. Allerdings hatten Frau und Herr D. sich im Zeitraum der Paarberatung körperlich angenähert, und es gab mehr Berührungen und Umarmungen, die ihre emotionale Annäherung begleiteten.

In der Skala Aggression (AGG) hatte Frau D. in der ersten Erhebung einen T-Wert von 42 und Herr D. von 46 erreicht. Bei der zweiten Messung am Ende des Paarberatungsprozesses blieb das Ergebnis bei Frau D. gleich, während der T-Wert bei Herrn D. 51 betrug und somit höher ausfiel als beim ersten Mal. Sein Ergebnis kam durch zwei Items zustande, die sich auf die Besorgnis von Herrn D. bezogen, seine Frau könnte ihre Emotionen nicht unter Kontrolle halten und seine Bestätigung, dass sie ihn angeschrien hatte, als sie wütend war. Insgesamt waren alle Werte im unteren Bereich der Unzufriedenheit. Frau D. beschrieb im Interview den möglichen Zusammenhang zwischen der emotionalen und körperlichen Überforderungssituation und einer aggressiven Stimmung zwischen ihr und ihrem Mann.

Frau D.: Ja. Das ist ja das Verrückte daran, wir wissen das auch! Wir wissen beide, dass, ich hab also heute Morgen noch gesagt, lass uns heute mal ein Tag Pause machen, weil ich gemerkt habe gestern Abend, meinem Mann ging es wieder ganz schlecht. Und dann bin ich reingekommen und hab was gesagt. Er ist gleich hochgesprungen, der wird dann immer richtig aggressiv, was eigentlich überhaupt nicht seine Art ist. Aber einfach, weil er nicht mehr kann. Und ja, dann kommt er mit dem Argument, ja, wie lange soll das denn hier noch dauern? Wir müssen ja fertig werden. Ja denke ich, hat er ja auch Recht. Also werden wir wieder was tun, und das, wir sind noch nicht auf diesem Punkt, wo wir eigentlich hinwollen. (Z.172-174)

Frau D. beschrieb, dass ihr und ihrem Mann in Situationen, in denen beide weniger Arbeitsbelastung und körperliche Überforderung erlebten, konstruktive Strategien zur Emotionsregulation und Problemlösung zur Verfügung standen. Einige davon hatten sie im Lauf des Paarberatungsprozesses kennen gelernt und eingeübt. Bei

übermäßigem Stresserleben verfügten sie nicht mehr die Möglichkeit, diese Kompetenzen in belastenden Situationen einzusetzen.

Zusammenfassung Paar D.

Im Vorfeld der Paarberatung waren bei Frau und Herrn D. mehrere schwere gesundheitliche Belastungen innerhalb weniger Jahre aufgetreten. Massive körperliche und psychische Erkrankungen bei beiden sowie berufliche und finanzielle Probleme überstiegen die Bewältigungsfähigkeiten des Paares. Herr D. litt stark unter dem Druck, den er von Seiten seines Arbeitgebers erfahren hatte und der Kränkung, die dessen Verhalten ihm gegenüber für ihn bedeuteten. Eine Folge dieser Überlastung waren Isolationstendenzen und die emotionale Entfremdung zwischen Herrn und Frau D. Im Rahmen des Paarberatungsprozesses nahmen Herr und Frau D. ihre je eigenen konstruktiven und destruktiven Verhaltensweisen in der Paarinteraktion in den Blick und erweiterten ihre Handlungsspielräume im Umgang mit externem Stress. Sogenannte Ankersätze des Beraters nutzten sie, um die Kenntnisse und Fertigkeiten, die sie in den Paarberatungssitzungen erworbenen hatten, in ihren Alltag zu transferieren und zu festigen. Wichtig war beiden, dass sie sich emotional wieder nähergekommen waren. Die Differenzen bezüglich der gemeinsamen Sexualität waren nicht geklärt. Insbesondere Frau D. meinte, dass sie nach den ersten positiven Schritten die Paarberatung zu früh beendet hätten. Beide zogen in Erwägung, die Paarberatung in Zukunft wiederaufzunehmen.

Paar E.

Herr E. war zum Zeitpunkt des Interviews 59 Jahre alt, Frau E. 60 Jahre. Sie waren seit 37 Jahren verheiratet und hatten drei erwachsen Kinder im Alter von 36, 32 und 28 Jahren. Herr E. gab im soziodemografischen Fragebogen in Studie 1 an, dass kein Kind mehr im Haushalt lebte. Frau E. vermerkte, dass die jüngste Tochter noch bei ihnen lebte. Der Auszug der jüngsten Tochter erfolgte im Laufe des Jahres, in dem die Paarberatung stattfand. Der Kontakt zu den beiden älteren erwachsenen Kindern wurde von beiden als gut beschrieben. Die jüngste Tochter war zeitweilig in die Paarkonflikte ihrer Eltern verwickelt. Herr E. war früher in Vollzeit beruflich in der Buchhaltung eines Betriebes tätig und befand sich zum Zeitpunkt der Paarbera-

tung im Ruhestand. Frau E. war Pflegekraft und im Verwaltungsbereich einer Krankenhausstation teilzeitbeschäftigt. Herr E. war vor Beginn des Paarberatungsprozesses einige Jahre in psychotherapeutischer Behandlung, da er infolge betrieblicher Umstellungen unter Problemen in seinem Arbeitsumfeld litt. Zudem hatte Herr E. gesundheitliche Beschwerden. Bei Frau E. waren in den vergangenen Jahren ebenfalls diverse gesundheitliche Einschränkungen aufgetreten. Sie litt u. a. unter Schwerhörigkeit. Sie war zudem als Pflegeperson ihrer Mutter belastet.

Die Beratung erfolgte ausschließlich im Paarsetting über acht Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten. Die Beratungstermine fanden im Abstand von ca. zwei Wochen statt. Der Beratungsprozess erstreckte sich über vier Monate. Die Interviews fanden zwei Wochen nach Beendigung der Paarberatung nacheinander an einem Tag in den Räumlichkeiten der EFL-Beratungsstelle statt.

Herr E. „Es kam alles mal zu Tage, es kam hoch, das Ganze."

Herr und Frau E. führten in der Familienphase eine Partnerschaft mit eindeutig aufgeteilten Rollen. Frau E. war für den Familienalltag, die Haushaltsführung und die Kindererziehung zuständig. Herr E. arbeitete in einer Vollzeitanstellung und sorgte für die finanzielle Absicherung der Familie. Später nahm Frau E. eine Teilzeittätigkeit auf. Herr E. war über einen langen Zeitraum als Prokurist in einer Firma tätig. Er genoss das Vertrauen seines Chefs und seiner Kollegen, engagierte sich in erheblichem Maß in seinem Arbeitsbereich und baute den Betrieb mit auf. Nach der Firmenübernahme durch einen anderen Eigner fand sich für ihn in dem neuen System keine gleichwertige Position. Er fühlte sich von seinem neuen Arbeitgeber abgewertet. Die Situation im beruflichen Bereich spitzte sich für ihn immer mehr zu und bedeutete erheblichen negativen Stress für ihn. Er fürchtete, arbeitslos zu werden und den finanziellen Verpflichtungen für die Familie nicht mehr nachkommen zu können. Aus seiner Sicht führten dieser Stress und fortgesetzte Bossingphänomene (Brinkmann, 2011) dazu, dass er depressiv wurde. Er begab sich deswegen in psychotherapeutische Behandlung. Aufgrund seiner körperlichen Beschwerden - Bandscheibenvorfälle im Hals- und Brustwirbelbereich - wurde ihm eine Schwerbehinderung zuerkannt, die es ihm ermöglichte, vorzeitig aus dem Beruf auszuscheiden. Die jüngste Tochter war berufstätig, lebte gemeinsam mit Herrn und Frau E. im Elternhaus und teilte den Alltag weitgehend mit ihnen. Im Zeitraum der Paarberatung zog sie in

eine eigene Wohnung, was Herr E. als Verlust empfand, da vertraute Rituale wie gemeinsame Mahlzeiten und Gespräche mit ihr wegfielen. Zeitgleich starb der Hund der Familie, der für Herrn E. in der Phase seiner depressiven Symptome ein wichtiger Bezugspunkt war und ihn motivierte, das Haus zu verlassen und in Bewegung zu kommen.

Auf die Frage, wie es dazu kam, dass er und seine Frau sich gemeinsam zur Paarberatung angemeldet hatten, berichtete Herr E. von gravierenden und langwierigen Problemen in seinem beruflichen Bereich, die sich belastend auf die Paarbeziehung auswirkten.

B: (seufzt) Ja, es gab Probleme innerhalb der Ehe. Wobei ich sagen muss, dass wir also letztes Jahr ein ziemlich hartes Jahr hinter uns hatten. Jetzt nicht meine Frau und ich persönlich, sondern, ja, einmal hatte ich berufliche Probleme gehabt. Und das hing mit einer Betriebsübernahme zusammen. Nachdem ich über 30 Jahren im Betrieb war und dann praktisch mehr oder weniger überflüssig war. Hatte den Betrieb von Anfang an mit aufgebaut, war also praktisch von der ersten Stunde an dabei. Und aus vier Mitarbeitern wurde dann hinterher ein Unternehmen mit 30 Leuten. Dabei war ich für den gesamten kaufmännischen Bereich verantwortlich, für die gesamte Leitung und, wie gesagt, dann gab es keinen Nachfolger unseres Chefs oder hatte mein Chef keinen Nachfolger. Und, ja von heute auf morgen teilt der uns dann mit, dass er den Betrieb verkauft hat, an ein Unternehmen. Das war 2006. ... Und damit fiel im Grunde genommen mein gesamtes Aufgabengebiet weg. (Z.47-57)

Herr E. hatte sich im Lauf seines Berufslebens eine ausgesprochen anerkannte Position in seiner Firma erarbeitet und viel Zeit und Energie in seine berufliche Weiterbildung und Entwicklung investiert.

B: Ich habe mich zwar für Technik interessiert, hab auch immer einen guten Kontakt zu den Leuten in der Werkstatt gehabt, war so meistens auch Ansprechpartner, wenn irgendwas war. Bevor sie zum Chef gekommen sind, sind sie meistens erst zu mir gekommen, gefragt, ob ich da nicht vermitteln kann, oder ob wir da nicht etwas regeln können. (Z. 337-341)

Ich habe dann während der Zeit beruflich mich weitergebildet, bei der IHK entsprechende Lehrgänge mitgemacht bis zum Bilanzbuchhalter mit Ablegeprüfung. Ich habe die gesamte Finanzbuchhaltung aufgebaut, ich habe das Controlling gemacht.

Ich habe den gesamten EDV-Bereich aufgebaut und gewartet, hier als Administrator. Und, wie gesagt, das war dann plötzlich alles weg von heute auf morgen. Und wenn Sie dann plötzlich gesagt kriegen: „Ja wissen Sie, für die Buchhaltung machen Sie den Jahresabschluss. Ab 1.4. machen wir's dann jetzt. Sehen Sie zu, dass Sie den Abschluss kriegen.“. Genauso mit dem EDV-Bereich. „Also die und die Programme, und das geht dann rüber, und Sie haben da nichts mehr mit zu tun.“. Ja, das war dann schon ziemlich heftig. (Z.328-335)

Sein beruflicher Aufgabenbereich und sein Status veränderten sich innerhalb kurzer Zeit komplett. Herr E. verlor seine Aufgabenbereiche, Verantwortung wurde ihm entzogen. Auf diese neue Situation konnte sich Herr E. nicht vorbereiten.

B: Und wie gesagt, dadurch war man dann natürlich auch einfach mit dem Betrieb verwachsen. Und dann war da halt dieser Einschnitt. Das ging ja ganz massiv mit Mobbing durch die Geschäftsleitung los. Das ging so weit, dass der Geschäftspartner mir praktisch im Nebenbüro gegenübersaß, vier, fünf Meter entfernt. Und wenn er etwas von mir wollte, kriegte ich eine E-Mail rübergeschickt, ich sollte mal zu ihm rüber kommen zu einer Besprechung oder was sonst war. Er sagt nicht mal eben: „Kommen Sie mal kurz rüber.“. (Z.343-349)

Das Verhalten seines neuen Vorgesetzten ihm gegenüber erlebte Herr E. als massive Kränkung. Er sah sich von seinem neuen Chef persönlich ausgegrenzt und missachtet.

B: Oder oft genug, morgens, wenn er reinkam, er hat die Kollegen gegrüßt, an meinem Schreibtisch ist er vorbeigegangen. Meinen Kollegen, der einen Meter neben mir sitzt, der mit Handschlag begrüßt, gefragt: „Wie geht's wie steht's?“. Und ich war gar nicht da. Also das war schon recht heftig. (Z.352-355)

Herr E. vermutete einen Zusammenhang zwischen den betrieblichen Umstrukturierungsmaßnahmen und dem Verhalten seines Vorgesetzten ihm gegenüber. Diesen Vorgängen fühlte er sich hilflos ausgeliefert.

B: Das war 2006, ging das dann los. Wie gesagt, man hatte keine Verwendung mehr für mich. Der kaufmännische Bereich, wie gesagt, ist weggefallen, ist komplett ausgegliedert worden zum Hauptbetrieb nach B. Dann hatte man für mich nur noch die Verwendung als Serviceberater. Äh, und für den Posten war ich praktisch, finanziell konnte man mich nicht runtersetzen, war ich dann mehr oder weniger überbezahlt

(lacht). Und es gab dann nachher seitens der Geschäftsführung ganz massive Mobbing-Situation. Und das ging dann nachher so weit, dass ich nachher in Therapie war und in 2008 mein Therapeut damals sagte: „Jetzt müssen Sie raus." (Z.59-65)

Herr E. berichtete, dass die negative Stressbelastung für ihn noch zunahm, als er über seinen Anwalt eine Anfrage bei seinem Vorgesetzten in einer dienstrechtlichen Angelegenheit gestellt hatte. Daraufhin sei ihm umgehend gekündigt worden.

B: Das war natürlich schon mal ein gewaltiger Druck, den ich hatte. Denn irgendwie, ich wusste ja auch nicht wie's weitergeht vom Finanziellen. Und am Arbeitsamt hat man mir ganz klar gesagt: „Also in Ihrem Alter, da können wir mit Ihnen nicht mehr viel anfangen. Ihre Akte wird wohl die unten in der Schublade liegen bleiben, und das war's dann für Sie." (Z.254-258)

Herr E. erlebte daraufhin erhebliche Existenzängste. Da bei ihm zu diesem Zeitpunkt bereits eine Schwerbehinderung vorlag, war es ihm möglich, vorzeitig ohne zu große finanzielle Einbußen aus dem Berufsleben auszuscheiden.

B: Ich hatte dann auch noch eine Reha gemacht in der psychosomatischen Klinik - und, das war in 2008. Und wie gesagt, danach ging es eigentlich nur noch mit Anwälten weiter, mit dem Betrieb, so dass also an ein Zurückkommen gar nicht mehr zu denken war. Das ging nicht mehr. (Z.73-76)

Die juristischen Auseinandersetzungen mit seinem Arbeitgeber hatten sich zu diesem Zeitpunkt sehr zugespitzt und bedeuteten für Herrn E. eine große psychische Belastung.

B: ...und bin dort weiterhin als arbeitsunfähig aus der Reha rausgekommen mit schweren Depressionen. Ich hab dann auch Medikamente genommen noch längere Zeit. (Z.384-385)

In den folgenden Jahren kam eine Kaskade von weiteren Belastungen auf ihn zu, die seine Bewältigungsmöglichkeiten überstiegen. Die Mutter von Frau E. wurde plötzlich pflegebedürftig, und Frau E. übernahm Verantwortung für die Organisation ihrer Pflege.

B: Nur ist natürlich klar, wenn so eine Situation ist, irgendwo belastet das natürlich auch im Laufe der Zeit. Ja, und dann kam 2010 noch dabei Probleme mit der Schwiegermutter, die nach einem Sturz im Krankenhaus war, sich plötzlich eine massive

Demenz abzeichnete und die nicht mehr alleine leben konnte. Sie war noch kurzzeitig nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause, nachdem sie in der Kurzzeitpflege war. Und, ja gut, sie musste dann ins Heim, es ging nicht mehr anders. Meine Frau hat sie anfangs noch versucht zu betreuen, aber das ging nicht mehr. (Z.79-85)

Herr E. berichtete, dass aufgrund der Belastungen, die sich anhäuften, die Anspannung und Streitsituationen zwischen ihm und seiner Frau zunahmen.

B: Ja, wie gesagt, also, es war nachher soweit, ich hab dann auch oft, muss ich sagen, überreagiert, wenn meine Frau was gesagt hat. Sie ist, das werden Sie nachher merken, wenn sie hier ist, schwerhörig, und dann hat sie manchmal etwas nicht so verstanden oder auch etwas missverstanden. Und, statt da nochmal nachzufragen, hat sie mir dann was gesagt. Das habe ich dann wieder missverstanden, weil sie's nicht richtig verstanden hat (lacht). Na jedenfalls gab's dann immer oft sofort Zoff untereinander, dass einer sofort den anderen angefahren hat. Das war sicherlich auch einer der Punkte da. Das hat sich einfach irgendwie so im Laufe der Zeit hochgeschaukelt, das Ganze. (Z.181-188)

In den zurückliegenden Monaten vor dem Beginn der Paarberatung kam eine weitere Veränderung auf Herrn und Frau E. zu. Herr E. berichtete, dass ihre jüngste Tochter aus dem Elternhaus auszog.

B: Finanziell ist sie unabhängig, sie ist beamtet und verdient eigentlich nicht schlecht, also kommt gut zurecht. Finanziell eigentlich nicht, aber (Pause) gut, sie war so Nesthäkchen, kann man sagen so, die Jüngste von dreien und (Pause) ja, sie war halt noch zu Hause. (Z.401-403)

Dieses Ereignis bedeutete für Herrn E. eine Herausforderung, da sich gewohnte Abläufe im Familienleben veränderten und Herr und Frau E. zu zweit im Haus lebten statt wie vorher zu dritt.

B: Ja. Das ist natürlich für alle jetzt auch eine ziemliche Umstellung gewesen, auch für meine Frau jetzt, für uns auch. Das Haus ist plötzlich leer. (Pause)

I: Inwiefern eine Umstellung, was beobachten Sie?

B: Ja, sagen wir mal so, sie war sonst bei uns. Wir haben zusammen gegessen, sie war, immer wieder haben wir zusammengesessen, im Wohnzimmer abends. Und das fällt jetzt natürlich dann weg. (Z.407-411)

Die Ablösung seiner beiden älteren erwachsenen Kinder aus dem Elternhaus hatte Herr E. als weitgehend unkompliziert erlebt. Dem Auszug seiner jüngsten Tochter stand er ambivalent gegenüber. Zum einen schwang Bedauern bei Herrn E. mit, dass er die alltäglichen Kontakte mit seiner Tochter nun nicht mehr erlebte. Zum anderen beschrieb er die Schwierigkeiten, die dadurch entstanden waren, dass ihre Tochter zuvor häufig präsent war und in die Konflikte zwischen Herrn und Frau E. verwickelt wurde.

B: Ja, es gab dann noch Probleme insofern - mein Sohn ist im Grunde nach der Schule, der hat Bundeswehrzeit gemacht und ist dann sofort nach W. Dann ist er aus dem Haus, weil er dort studiert hatte. Als er studiert hatte, konnte er nur in W. studieren. Er ist also sehr früh aus dem Haus. Eine mittlere Tochter, die ist noch, während ihrer Ausbildung hat sie sich ihre eigene Wohnung gesucht, ist sie zwar in unmittelbarer Nähe geblieben, aber sie hat eine eigene Wohnung. Und unsere jüngste Tochter ist jetzt praktisch, jetzt vor ein paar Wochen ausgezogen, mit 29. Und da gab es natürlich auch immer wieder so ein bisschen Reibereien. (Z.154-160)

Sie ist natürlich auch sehr selbstbewusst, weiß was sie will. Ich meine, das ist ja auch o.k., aber, wie gesagt, es gab dann Reibereien. Und in der Situation, als das mit meiner Frau war, war sie eigentlich immer so dazwischen. Das war natürlich auch für sie gerade keine schöne Angelegenheit.

I: Und wie hat sich das auf Sie selber ausgewirkt und auf Ihre Beziehung zu Ihrer Frau?

B: Ja, es kam oft dann nicht zu offenen Aussprachen, weil ich dann immer ein bisschen Bedenken habe, ja A. ist zu Hause, die kriegt das mit. Die muss das nicht mitkriegen. Und, ja dann fehlt es eben oft an der Aussprache dann, dass man sich unterhalten, ausgesprochen hat. Und vieles wurde dann einfach mehr oder weniger totgeschwiegen von diesen Problemen. Das ist dann eigentlich hier mal zur Sprache gekommen. (Z.162-171)

Die Tatsache, dass Herr E. und seine Frau in den zurückliegenden Jahren die konfliktbeladenen Themen in ihrer Paarbeziehung nicht offen angesprochen hatten, führte Herr E. zum einen darauf zurück, dass er seine Tochter in die Paarkonflikte nicht einbeziehen bzw. sie schonen wollte. Zum anderen bestanden aus seiner Sicht in der damaligen Familienkonstellation keine Zeitfenster, in denen er und seine Frau

sich über strittige oder belastende Themen hätten auseinandersetzen können. Zudem war ihm eine harmonische Stimmung zu dieser Zeit wichtig.

Herr E. berichtet von einem weiteren persönlichen Verlust, der sich fast zeitgleich mit dem Auszug der jüngsten Tochter ergab. Der Hund, der lange in der Familie gelebt hatte, musste eingeschläfert werden. Herr E. hatte eine besondere Beziehung zu dem Hund entwickelt.

B: Sagen wir mal so, als ich vor allem diese depressiven Phasen hatte, ich denke da hat mir der Hund (lacht), das mag jetzt vielleicht komisch klingen, er hat mir wirklich auch mitgeholfen, weil ich einfach rausgegangen bin. Der Hund musste raus, man ist mit Menschen zusammengekommen. Wie gesagt, die Kinder waren oder sind berufstätig, meine Frau ist berufstätig. Ich könnte mir vorstellen, dass ich sonst überhaupt nicht rausgegangen wäre. Wie gesagt, der Hund musste raus, und das war immer dann so ein Ansporn, na ja, wir gehen doch mal raus dann. Und das war irgendwie so dann gerade in den letzten Jahren für mich eine gewisse Hilfe. (Z.424-430)

Nach seinem Ausscheiden aus dem Beruf nutzte Herr E. seine Verantwortung für den Hund, um für sich selbst motivierende Situationen zu schaffen. Dies war für ihn in der Phase seiner depressiven Symptome eine hilfreiche Ressource. Er beschrieb, dass seine Frau und die erwachsenen Kinder aufgrund ihrer Berufstätigkeit tagsüber abwesend waren. Der Hund war für ihn Anlass, das Haus zu verlassen und stellte eine Brücke dar für seinen Kontakt zu anderen Menschen.

Auf die Frage, wer Herrn E. und seine Frau zur Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle angeregt hatte, meinte Herr E.:

B: Eigentlich ging die Initiative von unserer mittleren Tochter aus. Die sagte: „Mensch, Ihr müsst da mal hin!". Dann haben wir überlegt und uns erkundigt, und dann sind wir hier praktisch auf S. gekommen. (Z.93-95)

Herr E. war dem Paarberatungsprozess gegenüber zunächst sehr ambivalent eingestellt.

B: Also ich muss ganz ehrlich sagen, zu Anfang war ich eigentlich sehr skeptisch. Ich dachte, bringt das überhaupt etwas? Kommen wir damit weiter? Weil irgendwie die die Situation nachher dann so verfahren war. Und, so die ersten Gespräche, die wir hier hatten auch mit Frau F., äh, da ging es dann ja doch ziemlich in die Details dann

rein. Und da hatte ich eher den Eindruck, vielleicht wäre es besser gewesen, wir wären nicht gekommen, weil wir eigentlich da so vieles aufgearbeitet hatten.
I: Da kam alles zutage?
B: Es kam alles mal zutage, es kam hoch das Ganze. Aber hinterher habe ich doch begriffen, dass es der richtige Weg war. (Z.106-113)

Das Angebot, mit seiner Frau in der Paarberatung offen und im Detail über ungelöste Fragen und Konfliktthemen in der Paarbeziehung zu sprechen, entsprach zunächst nicht seiner bevorzugten Art, Probleme auf der Paarebene anzugehen. Er fühlte sich anfangs emotional sehr herausgefordert und fragte sich, ob diese Schritte für die Paarbeziehung konstruktiv waren.
B: Ja, ich sagte ja, anfangs hatte ich eher so den Eindruck irgendwo, es bringt gar nichts. Da war ich manchmal schon drauf und dran, zu sagen, soll ich da weitermachen? Bringt das überhaupt was? Weil es für mich einfach sehr aufwühlend auch war, und je mehr wir dann gesprochen haben, ich denke umso mehr sind wir dann wieder auf den richtigen Weg gekommen. (Z.204-207)

Im Lauf des Paarberatungsprozesses blickte Herr E. auf die gemeinsame Zeit in der Beziehung mit seiner Frau zurück. Er erinnerte sich im Interview an den Zeitpunkt ihrer Heirat, die Familienphase und seine Berufstätigkeit sowie den Übergang in die nachelterliche Phase. Dabei betrachtete er die Rollenverteilung zwischen ihm und seiner Frau.
B: Ja mir wurde eigentlich auch bewusst, dass ich vieles versäumt hatte in den vielen, in den ganzen Jahren. Meine Frau hatte, d.h. wir hatten ´74 geheiratet, ´75 wurde unser Sohn geboren. Meine Frau hat fast 20 Jahre lang nicht mitgearbeitet, war sie bei der Familie. Darüber waren wir uns auch völlig übereinstimmend. Nur irgendwie ist mir da nie so bewusst geworden in den ganzen Jahren - ja, was sie da eigentlich alles geleistet hat zu Hause. Ich war von morgens früh aus im Betrieb, halb sieben bin ich meistens los, abends vor sechs Uhr bin ich nicht nach Hause gekommen, wenn überhaupt, und ja gut, da war für mich eigentlich weitgehend der Tag schon gelaufen, ne. Es ist natürlich nochmal am Wochenende ein bisschen was geblieben, zum Renovieren oder im Garten was zu machen, aber die Hauptlast hatte dann wohl meine Frau getragen zu Hause, sei es jetzt Kindererziehung und alles, was damit zu tun hat. Wie gesagt, da ist mir das eigentlich erstmal bewusst geworden in diesen

Gesprächen, was sie eigentlich alles gemacht hat. Sie ist dann Ende ´93 wieder in ihren alten Beruf zurückgegangen und hat dann versucht natürlich, neben dem Beruf, sie hat halbtags gearbeitet, dass trotzdem alles noch zu regeln. (Z.118-128)

Die gemeinsame Paargeschichte mit seiner Frau und ihre gemeinsame Lebensleistung nahm Herr E. im Paarberatungsprozess noch einmal neu in den Blick.

I: Und Sie hatten gesagt „Mir wurde dann rückblickend klar, ich habe etwas versäumt."

B: Vielleicht nicht versäumt, aber das war einfach selbstverständlich. Das lief einfach so, und irgendwie hatte man gar nicht registriert, was sie im Grunde gemacht hat in den ganzen Jahren. Das ist mir da so in diesen Gesprächen eigentlich erstmal bewusstgeworden. Äh, wie gesagt, es war einfach selbstverständlich, es war auch organisiert. Sie hat sich immer um alles selbst gekümmert. Mit den Kindern lief alles bestens, und sie sind heute alle drei im Beruf, haben einen guten Beruf und eine sichere Existenz. Und sicher ein großer Verdienst meiner Frau, die das geleistet hat. (Z.129-135)

Herr E. berichtete, dass er im Lauf der ersten Paarberatungssitzungen die Perspektive wechselte und die gemeinsame Geschichte daraufhin betrachtete, was seine Frau im Lauf der Jahre geleistet und zum Familienalltag beigetragen hatte. Bedeutsam schien für ihn zu sein, dass er diese Aspekte nicht genügend wahrgenommen hatte. Der gemeinsame Blick auf die zurückliegenden Jahre und der offene Austausch mit seiner Frau trugen für ihn entscheidend dazu bei, dass sich die Qualität der Beziehung zwischen ihm und seiner Frau verbesserte.

B: Weil da einfach alles aufgearbeitet wurde und zur Sprache kam. Und ja, dann ging es eigentlich aufwärts. (Z.274-275)

Selbstkritisch reflektierte Herr E. seinen eigenen Prozess im Zeitraum der Paarberatung. Für ihn bedeutete es einen Wendepunkt, dass er begann, die Situation innerhalb der Paarbeziehung in der jüngeren Vergangenheit aus dem Blickwinkel seiner Frau zu betrachten. Er stellte fest, dass er bis dahin vornehmlich mit seinen eigenen Belastungen befasst gewesen war.

B: Nee, das kam eigentlich durch die Gespräche, die wir geführt hatten, mit Frau F. Und die waren, wie gesagt, mitunter auch recht heftig dann, oft erst zu Hause, und wie gesagt, da ist mir so vieles eigentlich erst bewusst geworden dann und eigentlich

klargeworden, dass sich in den letzten zwei Jahren fast alles nur mich gedreht hatte dann. (Z.218.221)

Dieser Perspektivwechsel fiel ihm nicht leicht. Er meinte rückblickend, dass er aufgrund der Haltung und Interventionen der Beraterin dazu in der Lage war, sich mit schwierigen Themen in der Paarbeziehung sowie mit Vorwürfen seiner Frau ihm gegenüber zu konfrontieren.

B: Das hing sicherlich zum Großteil auch mit der Gesprächsführung von Frau F., die also da versucht hatte, auch bei beiden Seiten wirklich gut einzugreifen oder auch zu vermitteln, obwohl sie die Themen ja angefasst hat auch. Aber vielleicht auch jedem, auch meiner Frau, klargemacht hat, dass im Grunde auch jeder seinen Beitrag geleistet hat in der Zeit.

I: Was hat das in Ihnen bewirkt, und was haben Sie bemerkt, was hat das in Ihrer Frau bewirkt?

B: Ich denke meine Frau hat dann wohl auch eingesehen, ja, warum ich in den ganzen Jahren so eingespannt war und was war. Wie gesagt, sie hatte mir anfangs dann noch ganz konkret vorgeworfen, dass sie praktisch zu Hause fast alle Hausarbeiten machen musste. Und irgendwo wird ihr dann auch bewusst, o.k., es ging nicht anders dann. Wie sollte es sonst laufen? Und mir ist dann auch klar gewesen, was sie in der ganzen Zeit gemacht hat. (Z.226-235)

Einerseits ließ sich Herr E. sich im Rahmen der Paarberatung darauf ein, die Leistungen seiner Frau bezüglich Erziehung der Kinder und Haushaltsführung rückblickend zu würdigen. Andererseits war es ihm wichtig, dass seine Frau ebenfalls Verständnis für seine damalige Lage und sein Handeln entwickelte, da er durch seine Berufstätigkeit für die existenzielle Absicherung der Familie sorgte. Für Herrn E. fügten sich dadurch sein inneres Bild der gemeinsamen Geschichte mit seiner Frau in den unterschiedlichen Perspektiven zusammen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war für ihn die enorme, ihm aufgezwungene Veränderung in seinem beruflichen Bereich, die aus seiner Sicht die Stabilität im Alltag des Paares bedrohte.

B: Und, wie gesagt, das waren einfach so eingefahrene Strukturen, dass jeder seinen Weg gegangen ist. Und, wie gesagt, da kam plötzlich dieser berufliche Einschnitt, und dann war von heute auf morgen alles aus den Fugen geraten. (Z.221-223)

Herr E. hatte mit dieser einschneidenden Veränderung in seinem beruflichen Umfeld nicht gerechnet. Rückblickend meinte er, dass er seine gesamte Energie zur Bewältigung dieser Krise eingesetzt hatte.

B: Und vieles hat sich ja, muss ich ganz einfach sagen, ich war in dem Moment für die Familie blind. Weil man einfach nur mehr oder weniger mit sich selbst beschäftigt war und überlegte, wie geht's weiter, wie kriegt man diese Situation in den Griff. (Z.375-378)

Im Prozess der Paarberatung wurde ihm deutlich, dass er in diesem Zeitraum seiner Frau und der familiären Situation wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht hatte. Er benannte, wie bedeutsam es für ihn war, im Rahmen des Paarberatungsprozesses seinen eigenen Anteil an der emotionalen Entfremdung zwischen ihm und seiner Frau zu erkennen.

B: Ja, mir ist eigentlich dabei klargeworden, dass ich in den ganzen Jahren, wo diese berufliche Situation war - ich erwähnte es glaube ich gerade schon - einfach die Familie aus den Augen verloren habe.

I: Also, Sie haben hier einen Rückblick auf die Zeit gemacht?

B: Ja. Das ist mir klargeworden und tut mir auch leid, dass das so gelaufen ist, vor allem der Familie gegenüber und auch meiner Frau gegenüber. Und wie gesagt, da haben eigentlich die Gespräche viel zu beigetragen. (Z.464-470)

Dieser Prozess, sich mit seiner eigenen Haltung seiner Frau gegenüber zu konfrontieren, war für ihn nicht angenehm. Er ließ sich darauf ein und bemerkte selbstkritisch, dass er seiner Frau wenig Aufmerksamkeit geschenkt und ihr kaum Anerkennung ausgesprochen hatte.

B: Richtig, das kam zur Sprache. Und irgendwie fühlte ich mich dann natürlich (lacht) auch so ein bisschen erst angegriffen, als sie mir mal sagte, was sie im Grunde alles gemacht hatte. Das war so einer der Punkte dann, wo ich mir dann sagte, Mensch*, das kann es doch nicht gewesen sein! Und irgendwie denkt man dann natürlich darüber nach und sagt, ja, das stimmt, sie hat Recht, war ja so. Wie gesagt, sie war nicht berufstätig, ich war Alleinverdiener, musste ja zusehen, dass, salopp gesagt, die Kasse stimmte zu Hause mit fünf Personen. Und da habe ich das andere ganz einfach nicht so - wahrgenommen.* (Z.145-151)

Für Herrn E. war ein entscheidender Aspekt seine vertrauensvolle Beziehung zur Beraterin.

B: Und ich denke, das hat dann Frau F. auch irgendwann erkannt. Sie geht also wirklich sehr auf die Leute ein, und wie gesagt, ich war also froh, dass wir bei ihr die Gespräche hatten. Irgendwo muss ja auch da, der Kontakt oder, oder die Beziehung, schon die Chemie, die Chemie einfach stimmen bei den Gesprächen. (Z.490-493)

Wichtig war ihm, dass die Beraterin aus seiner Sicht sowohl seine als auch die Position seiner Frau einbezog. Die Tatsache, dass die Beraterin ihn und seine Frau mit den Unterschieden zwischen ihren Blickwinkeln konfrontierte, war für ihn hilfreich.

B: Gut sie hat hier auch, wie gesagt, sie hat beide Seiten gesehen und hat, wie gesagt, auch beiden Seiten so ein bisschen den Spiegel vorgehalten. Das hat er gemacht, oder das hat sie gemacht, das ist dann eigentlich auch, wie gesagt, zur Sprache gekommen. (Z.496-498)

Die Beraterin nahm er als neutral wahr. Sie fungierte für ihn teilweise als eine Art Dolmetscherin, wenn er im Austausch mit seiner Frau unsicher war.

B: Ich hätt's wahrscheinlich nicht so ausdrücken können, oder vielleicht hätte ich mich da falsch ausgedrückt und es wäre falsch rübergekommen. Und da war diese neutrale Seite schon sehr hilfreich, beiden. (Z.503-505)

Herr E. meinte, dass die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung bei ihm und seiner Frau zu einer erheblichen Veränderung in der Paarbeziehung geführt hatten. Er bezeichnete dies als einen Bewusstseinswandel, der in den Paarberatungssitzungen angeregt worden sei. In der Folge hätten sie dann Schritte aufeinander zu gemacht.

I: Sie haben gesagt, hier gab es so etwas wie einen Wendepunkt. Können Sie dazu vielleicht noch etwas sagen, wo Sie den so ansiedeln? Was da passiert ist?

B: Ich denke, nachdem beide Seiten eigentlich begriffen haben, d.h. meine Frau und ich, dass auch der andere seinen Teil wirklich geleistet hat und dass man das entsprechende Verständnis und auch die entsprechende Akzeptanz ihm entgegengebracht hat.

I: Das haben Sie dann auch bewusst getan? Hatte das etwas mit der Beratung zu tun? Oder haben sie das außerhalb entwickelt?

B: Ich denke, durch die Beratung ist mir da auch vieles bewusstgeworden, oder ich denke, uns beiden eigentlich. Ich denke, gut, das war eigentlich der Wendepunkt dann. (Z.288-296)

Durch die bewusste Hinwendung konnte Herr E. sich seiner Frau wieder annähern. Er war in der Lage, die Unterstützung zu erkennen, die er von seiner Frau und seinen Kindern in der Krise erhalten hatte.

B: Das war natürlich schon sehr heftig, das ist richtig. Ich meine, da haben mich meine Familie und meine Frau getragen. Da bin ich auch dankbar dafür. (Z.78-79)

Herr E. entschied sich schließlich, die persönlichen Kontaktangebote von ehemaligen Kollegen von seiner Seite aus nicht weiter zu fördern. Damit verfolgte er zwei Ziele. Zum einen wollte er sich selbst vor weiteren Belastungen schützen, zum anderen setzte er andere Prioritäten bei seinen Motiven.

B: Nein, die haben mich dann regelmäßig immer mal wieder angerufen zu Hause, die Kollegen, dann erzählt, was alles im Betrieb los ist, wann ich denn wiederkäme. Aber, wie gesagt, dann hat mich das irgendwann so belastet, dass ich gesagt hatte, ich will es einfach nicht mehr. Ich geh nicht mehr zurück in den Betrieb, muss jetzt nach vorne gucken, und was jetzt zu Hause passiert, in der Familie, das geht jetzt vor. (Z.315-319)

Waren bis dahin seine beruflichen Probleme für ihn vorrangig - z.B. sein Versuch, sich wieder einen für ihn angemessenen Platz in seinem Arbeitsumfeld zu erstreiten – so betonte er nun die Bedeutung, die seine nahen Beziehungen für ihn hatten. Die Unterstützung seiner Frau und seiner erwachsenen Kinder stellte für ihn – wie er es im Nachhinein betrachtete - eine erhebliche Ressource dar. Herr E. betonte, dass er in der Vergangenheit trotz der Beziehungsprobleme an der Fortführung der Beziehung zu seiner Frau festgehalten hatte, auch wenn er zwischenzeitlich eine Trennung in Erwägung gezogen hatte.

B: Gut, wir waren natürlich immer bestrebt, dass wir die Beziehung aufrechterhalten. Gut, mit dem Gedanken Trennung hat man sicher mal gespielt, das gebe ich zu. Aber irgendwo wo waren wir doch immer bemüht, uns beiden war eigentlich daran gelegen, dass die Beziehung aufrecht erhalten bleibt. Und wie wir das wieder in den Griff kriegen. (Z.194-196)

Es war ihm sehr wichtig, die langjährige Bindung zu seiner Frau auch in Zukunft zu erhalten. Er erinnerte sich an gute gemeinsame Zeiten und bezog daraus eine hoffnungsvolle Haltung für die gemeinsame Zukunft mit seiner Frau.

B: Ja, einfach, dass ich gesagt habe, o.k., wir sind seit so vielen Jahren zusammen, es kann nicht sein, dass es jetzt auseinandergeht. Das hat so viele Jahre so gut geklappt, das müssen wir doch irgendwie auch wieder in den Griff kriegen. (Z.210-211)

Herr E. meinte, dass die Unterstützung durch Paarberatung auch für andere Paare in Krisensituationen empfehlenswert sei. Er begründete dies mit der Bedeutung, die die Beziehung zu seiner Frau für ihn gewonnen hatte.

B: Also ich hab wohl, oder wir haben beide eigentlich begriffen, dass man einfach so schnell nicht so eine Beziehung aufgeben darf und kann eigentlich nur wirklich sagen, wenn andere Paare in einer ähnlichen Situation sind: Auf jeden Fall zur Beratung gehen. (Z.508-510)

Herr E. beschrieb, wie es ihm und seiner Frau gelungen war, die Veränderungen, die sie im Paarberatungsprozess installiert hatten, in ihren Alltag zu transferieren.

B: Gut, Streit gibt's immer wieder mal. Da wird halt jetzt offen drüber gesprochen und eher gesprochen, als es sonst der Fall war. Gut, klar gibt's schon mal Zoff, aber das ist überall so, und dann ist das auch wieder o.k. Das wird ausgesprochen und dann ist das Thema vom Tisch. (Z.285-287)

Besonders die offene Kommunikation über Differenzen zwischen ihm und seiner Frau und über kontroverse Themen war für ihn wichtig. Herr E. blickte auf seinen eigenen Prozess im Zeitraum der Paarberatung zurück. Er sah dabei verschiedene Phasen, zunächst seine Skepsis überwog, ob er die angebotenen Veränderungen im Interaktionsmuster zwischen ihm und seiner Frau annehmen wollte. Besonders die Anregung in den Paarberatungssitzungen, über problematische Themen in der Paarbeziehung offen zu sprechen, schien ihm zunächst bedrohlich. Er befürchtete, dass Streitsituationen zwischen ihm und seiner Frau zu Hause dadurch zunehmen könnten, ohne dass er eine positive Entwicklung wahrnehmen konnte. Herr E. erlebte dann im weiteren Verlauf einen Wendepunkt. Er hatte den Eindruck, dass er und seine Frau eine neue Form gefunden hatten, mit schwierigen Situationen innerhalb der Paarbeziehung umzugehen.

B: Wie gesagt, Sie haben ja den Verlauf hier gesehen, so die erste Zeit, wo ich gesagt habe: „Was soll das? Wir kommen irgendwie nicht weiter.“. Im Gegenteil, ich sagte ja, dass es teilweise nach den Beratungen heftig Zoff gegeben hat. Und wie gesagt, irgendwo war dann auch der Wendepunkt, wo ich gesagt hab, jetzt geht's aufwärts. Also wie gesagt, dass ist das Einzige, was ich dazu sagen kann. Ich bin froh, dass wir es gemacht haben. Also für uns war es wirklich eine große Hilfe dann, und dafür sind wir Frau F. auch sehr dankbar. (Z.512-517)

Im Interview mit Herrn E. war für mich deutlich zu spüren, dass die Ereignisse der zurückliegenden Jahre in seinem beruflichen Umfeld, die zu seiner vorzeitigen Berentung führten, ihn massiv gekränkt hatten. In seinen Schilderungen war dieser Teil der lebhafteste. Seine Erlebnisse im Rahmen seiner Berufstätigkeit erschienen im Rückblick völlig getrennt von seinem Leben innerhalb der Paarbeziehung und Familie. Beruflich sah er sich in den letzten Jahren nach der Firmenübernahme als eine Art Einzelkämpfer und dem Verhalten seines neuen Vorgesetzten eher hilflos ausgeliefert. Unterstützung erhielt er in diesem Zeitraum von seinem Psychotherapeuten. Im Lauf des Interviews schilderte er eindrucksvoll, wie er im Paarberatungsprozess nach und nach eine Verbindung zwischen diesen „Welten“ herstellte, nämlich zwischen seinem Berufsfeld und seinem Familienleben, insbesondere seiner Beziehung zu seiner Frau. Bis zum Beginn der Paarberatung hatte er es für selbstverständlich gehalten, dass seine Frau und er in der Bewältigung ihrer jeweiligen Aufgaben „funktionierten“. Durch seinen vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben befand er sich in einer neuen Situation, die er zu diesem Zeitpunkt nicht geplant und auf die er sich nicht vorbereitet hatte. Impulse von Seiten seiner Frau nahm er als Vorwürfe wahr. Er hatte verschiedene Strategien entwickelt, um Konflikte auf der Paarebene nicht offen anzugehen. Im Rückblick sah er es als erfolgreichen Weg an, dass er sich auf veränderte Arten der Kommunikation und Interaktion mit seiner Frau eingelassen hatte. Seine depressiven Symptome schienen zum Zeitpunkt des Interviews für ihn eine weniger bedeutsame Rolle gespielt zu haben.

Das Thema Sexualität in der Paarbeziehung erwähnte Herr E. in seinem Interview nicht.

Frau E. „Er hat ja vorher mit dem Hund gesprochen. Und jetzt spricht er mit mir."

Frau E. arbeitete zum Zeitpunkt des Interviews in einer Teilzeitanstellung in einem Krankenhaus. Sie berichtete, dass sie in ihrem beruflichen Bereich Kontakt mit verschiedenen Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen und daher Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit gewonnen hatte. Frau E. hatte diverse Vorerkrankungen und Belastungen im gesundheitlichen Bereich. Ca. fünf Jahre vor Beginn der Paarberatung war sie an einer Depression erkrankt, sie litt damals unter einem Burn-out-Syndrom. Sie hatte Psychologische Psychotherapie in Anspruch genommen und dabei gute Erfahrungen gemacht. Daher hatte sie ihrem Mann dieselbe Psychotherapeutin empfohlen, als er einer Depression erkrankte. Im Jahr vor dem Paarberatungsprozess erlitt sie einen doppelseitigen Hörsturz, der eine chronische Schwerhörigkeit bei ihr verursachte. Aufgrund ihrer Schwerhörigkeit hat Frau E. große Probleme an ihrem Arbeitsplatz. Im selben Zeitraum wurde ihre Mutter aufgrund einer Demenzerkrankung pflegebedürftig. Der Versuch, ihre Mutter im häuslichen Umfeld zu betreuen, scheiterte. Daher musste Frau E. für sie einen Platz im Pflegeheim organisieren. Sie selbst war mit ihrem Einkommen nicht in der Lage, die Kosten zu tragen. Frau E. belastete die Aussicht, in der näheren Zukunft zur Finanzierung des Pflegeplatzes für ihre Mutter die gemeinsamen Ersparnisse in Anspruch zu nehmen, die ihr Mann und sie zurückgelegt hatten. Diese finanzielle Rücklage war für ihre gemeinsame Alterssicherung als Paar vorgesehen. Ihre Probleme in der Beziehung zu ihrer Mutter kamen für sie erschwerend hinzu. In den soziodemografischen Angaben vermerkte sie, dass die Ehe ihrer Eltern nach sieben Jahren geschieden wurde.

Frau E. war als Langzeitfolge einer Operation an der Gebärmutter an einer Nekrose im Vaginalbereich erkrankt, die dazu führte, dass sie beim Geschlechtsverkehr starke Schmerzen hatte. Dadurch war der sexuelle Kontakt zwischen ihr und ihrem Mann beeinträchtigt. Wegen ihrer verschiedenen Vorbelastungen war keine Behandlung mit hormonhaltigen Medikamenten oder Mitteln möglich. Diese diversen Belastungen hatten wiederum zu depressiven Symptomen bei Frau E. geführt, weswegen sie zum Zeitpunkt des Interviews erneut in psychotherapeutischer Behandlung war. Ihre Gynäkologin und ihr Hausarzt gehörten ebenfalls zu ihrem Unterstützungssystem, das Frau E. kontinuierlich nutzte.

Auf die Frage nach dem Anlass für die Anmeldung zur Paarberatung benannte Frau E. zunächst die Belastungen ihres Mannes, die sich negativ auf ihre Paarbeziehung auswirkten. Sie hatte eine fortschreitende emotionale Entfremdung zwischen sich und ihrem Mann wahrgenommen.

B: Ja, das war eigentlich die gesamte Situation von meinem Mann, die Arbeitssituation, dass er zu Hause war. Und es hat sich im letzten Jahr einfach so zugespitzt, dass wir überhaupt nicht mehr miteinander klarkamen. Er hatte Probleme, und war auch schon in Psychotherapie wegen seines Burn-outs und wegen dieser ganzen Situation. War dann damit fertig gewesen, hat aber seine berufliche Situation, die Rentensituation, überhaupt nicht verkraftet gehabt. Und es drehte sich in seinem Kopf immer so die Enttäuschung, was da alles gewesen ist, hatte dann auch noch zusätzlich körperliche Probleme, war in der Klinik, einer Schmerzklinik, weil er ein Bandscheibenvorfall hatte, im Hals-, Brustwirbelbereich. Und dort hatten die Psychologen auch ihm gesagt, er müsste weiterhin in Therapie. Aber er hat es ja strikt abgelehnt, und - er war eigentlich immer in so einer Glasglocke. Man kam also absolut nicht an ihn heran. (Z. 24-32)

Frau E. beschrieb, dass sie und ihr Mann sich als Folge des negativen Stresses aus dem emotionalen Kontakt miteinander zurückzogen.

In den Jahren vor der Anmeldung zur Paarberatung war Frau E. selbst mit gesundheitlichen und anderen Schwierigkeiten zu kämpfen.

B: Ich hab auch, ich hatte vor fünf Jahren hatte ich ein Burn-Out gehabt und schwere Depressionen und war bei der Psychotherapeutin, wo letztendlich mein Mann dann auch hingegangen ist. Und ich war jahrelang, war ich eigentlich frei davon, die hat mir unheimlich gut geholfen aus meiner ganzen Situation heraus. Und ich bin jetzt allerdings auch wieder in Therapie, weil ich jetzt gesundheitliche und auch berufliche Probleme gekriegt habe. (Pause) Also, ich persönlich hab Depressionen. Und zwar, ich bin sehr sehr schwerhörig, und es wächst mir mittlerweile alles über den Kopf. (Z. 53-59)

Ich habe Hörgeräte. Also, wenn wir so gegenübersitzen, ist das o.k. Ich habe nur Probleme am Telefon. Also es gibt kein Telefon, auch am Arbeitsplatz, ich hab wohl so ein festes Telefon, wo ich höre, aber sobald einer noch mit dabei ist im Raum, oder sobald es ein bisschen lauter ist, höre ich schon mal nichts. Und ich muss ständig

nachfragen, wie die Namen heißen oder muss sagen: „Sie müssen lauter sprechen." Und das ist für mich eine unheimliche Belastung. Ich krieg dadurch auch Migräne, weil ich einfach, ich steh total unter Strom. (Z. 61-65)

Frau E. nannte weitere Belastungsfaktoren, die sie selbst betrafen und die zur Entfremdung auf der Paarebene beitrugen.

B: Ich selbst habe mich auch persönlich gesperrt gegen ihn. Ich hatte im letzten Jahr einen doppelseitigen schweren Hörsturz gehabt, er hat meine Mutter ins Krankenhaus bringen müssen, und die lebt jetzt im Altenwohnheim. Das waren also geballte Situationen, die auf uns zukamen, und wir haben uns immer mehr auseinandergelebt. (Z. 32-35)

Sie fühlte sich nicht in der Lage, ihren Mann emotional zu erreichen und suchte Hilfe über den Hausarzt und ambulante und/oder stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen.

B: Er war immer in seinem Bereich und ich in meinem Bereich, und bei ihm wurd's immer schlimmer, und unser Hausarzt hatte gesagt, also wir sind beide beim gleichen Hausarzt, und er war bei ihm in Behandlung, und er sagte, mit seinen Problemen, das ist auch viel psychisch bedingt, diese körperliche Situation. Und, ja, ich wollte eigentlich auch, dass er weiterhin in Psychotherapie geht, eventuell auch einen kurzen stationären Aufenthalt, und er hatte sich komplett geweigert. (Z.35-39)

Da ihr Mann diese Lösungsversuche ablehnte und sie auf diesem Weg keine Fortschritte erreichen konnte, schlug Frau E. ihm eine gemeinsame Paarberatung vor. Indirekt hatte sie ihrem Mann in diesem Zusammenhang signalisiert, dass eine Trennung für sie eine Option darstellte, wenn er einer Paarberatung nicht zustimme.

B: Genau, und - also ich hab meinen Mann praktisch auch vor die Wahl gestellt, wenn ihm wirklich was an unserer Beziehung, an unserer Ehe was liegt, dann möchte ich, dass wir gemeinsam was unternehmen, weil wir ja jetzt im Rentenalter sind und die nächsten Jahre praktisch nur noch auf uns fixiert sind. Und ich möchte einfach, dass man jetzt versucht, zu lernen als Paar zu leben. Und das geht nicht, wenn man da nicht irgendwo einen Grundstock wieder sucht. Und das war so die Situation. Bewusst, also für mich persönlich war das eine bewusste Entscheidung. Entweder wir bleiben zusammen, und wir sehen zu, dass wir das auf die Reihe kriegen. Oder es

liegt dem nichts an unserer Ehe, und - aber deshalb haben wir es dann beide gemacht. (Z.172-180)

Frau E. formulierte sehr deutlich, dass sie den Übergang in die Lebensphase im Rentenalter als Paar mit erwachsenen Kindern als kritische Phase sah. Sie wollte diese Zeit bewusst gemeinsam mit ihrem Mann gestalten und brachte ihre Paarbeziehung auf den Prüfstand. Frau E. fühlte sich in der damaligen Situation überfordert und suchte schließlich Unterstützung bei ihrem Hausarzt.

B: Und dann war ich bei dem Hausarzt, habe eben die Situation auch geschildert, dass ich auch nicht mehr kann. Ich bin am Ende meiner Kräfte. Und dann hatte er empfohlen zu einer Paarberatung.

I: Der Hausarzt?

B: Der Hausarzt, genau. Ja, und dann hatten wir, habe ich sofort einen Termin abgemacht, das war im September gewesen. Dann war's erst die Überlegung, ob wir es über V. machen, weil wir in R. wohnen, und das hatte irgendwie zu lange gedauert, und uns war S. sowieso vertrauter und viel lieber also, deshalb sind wir dann hierhin gekommen. Und das hat auch sofort geklappt. (Z. 39-46)

Zu Beginn der Paarberatung sah Frau E. als zentrales Thema die gemeinsame Alltagsgestaltung, die sich durch den Renteneintritt ihres Mannes ergeben hatte. Eine bis dahin aus ihrer Sicht gut funktionierende Rollenverteilung zwischen ihr und ihren Mann hatte sich völlig verändert.

B: Bei meinem Mann war auch so die Situation, also die ist immer noch so ein bisschen da: Ich bin zu Hause, dann bin ich nur für ihn da. Also ich hatte, sagen wir mal so, ich hab - ja ich war 37 oder 35 Jahre war ich ja praktisch zu Hause von morgens bis abends alleine. Mein Leben funktionierte hundertprozentig. Mein Mann war zu Hause, und es funktionierte nichts mehr. Verstehen Sie? Ich bin mittags nach Hause gekommen, er war da. Ich hatte nicht eine Minute mehr für mich. Ich hatte ihn ständig um mich herum! Und das hat mich völlig kirre gemacht... Also, das war für mich ein ganz ganz großes Problem. Ich konnte mich, ich fühlte mich auf Schritt und Tritt verfolgt. Mein Leben, mein Haushalt, mein Garten, alles rundherum funktionierte! 100 %, ich habe mich nie beschwert, dass ich es irgendwie nicht schaffe oder dass es mir zu viel wird. Und von da an, wo mein Mann zu Hause war, diese lange Krankschreibung und die Arbeitslosigkeit, war mein Leben völlig aus den Fugen geraten. Er

wollte dann immer was machen, und dann musste ich ihm immer alles erklären. Und dann habe ich gesagt, komm, ich mach es schon alleine. Vor allen Dingen, wenn ich sonst, ich hatte früher immer ständig Nachtdienst, und jetzt habe ich dann nur noch Tagdienst, so über einen halben Tag gehabt. Und ich bin mittags nach Hause gekommen, mit meinem Hund rausgegangen, hab meinen ganzen Nachmittag so gestalten können, wie ich wollte und hatte meine Ruhe. Und jetzt hatte ich keine Ruhe mehr. Dieses Klammern von meinem Mann, das hat mich völlig verrückt gemacht! Und das war eine Situation, die hat die Frau F. völlig gelockert. Ich konnte nichts mehr machen! Und das war für mich nachher auch so eine komplette Sperre. (Z. 222-239)

Bis zur Berentung ihres Mannes hatte Frau E. ihre berufliche Tätigkeit, ihre Aufgaben in der Haushaltsführung und Zeit für sich allein zur Entspannung aus ihrer Sicht zufriedenstellend organisiert. Ihre autonomen Bereiche ergaben sich aus der beruflich bedingten Abwesenheit ihres Mannes. Mit dem Beginn des Ruhestandes wurde die Aufgabenverteilung im Haushalt strittig. Als besonders belastend empfand Frau E., dass ihr Mann seine Zeit fast ausschließlich mit ihr gemeinsam verbringen wollte. Die Regulierung von Distanz und Nähe in ihrem Zusammenleben als Paar, die sie bis dahin praktiziert hatten, war in der veränderten Situation nicht mehr möglich.

B: Nein! Ich kann das nicht! Das ist für mich – ne, also ich, da kriege ich die Krise, da kriege ich die Krise. Und für mich war der Stress in der Klinik, also am Arbeitsplatz, war für mich richtig befreiend. Im letzten Jahr war ich, genau, im letzten Jahr hatte ich eine lange Krankmeldung gehabt, durch meinen Hörsturz bedingt, dann meine Mutter ins Heim. Und dann hat sich das alles zugespitzt. Da waren wir nur zusammen und nur zusammen! (Z. 255-258)

Auf die Frage, ob sie diesen für sie problematischen Aspekt mit ihrem Mann ohne Begleitung in einer Paarberatung besprochen hätte, meinte Frau E.:

B: Nein, das hätte ich nicht geschafft! Das hätte ich nicht geschafft. Absolut nicht. Weil bei ihm war wirklich so dieses Konservative, wie ich auch am Anfang sagte, bei uns war einfach so, wir bleiben zusammen! Wir haben also, unsere Ehe basiert eben ganz anders - und das Ziel, dass man immer zusammen bleibt - als die heutige Generation. Und für ihn war klar, wenn wir zusammen aufhören, also wir haben das auch vor, mit 60 bald aufhören, dann machen wir alles zusammen. Aber dieses „alles

zusammen" ist schon morgens aufstehen, alles zusammen machen, alles zusammen machen! Zusammen einkaufen, alles zusammen. (Z. 248-253)

Frau E. stellte einen Zusammenhang her zwischen den Problemen in ihrer Paarbeziehung und ihrem Rückzug aus körperlicher Nähe und Berührungen ihrem Mann gegenüber.

B: Also, ich konnte, bevor wir diese Beratung hatten, ich konnte einfach nicht! Weil er sich so negativ verändert hatte (Z. 110-111)

Ihre gemeinsame Sexualität war aus ihrer Sicht durch eine länger zurückliegende Uterusoperation und daraus folgende Einschränkungen beim Koitus belastet. Hinzu kamen für sie fehlende Möglichkeiten durch medikamentöse Behandlung.

B: Es kommen hinzu auch Probleme meinerseits. Ähm, wir können so gut wie keinen Geschlechtsverkehr haben. Ich hab also Probleme mit der Scheide. Ich habe eine Nekrose innen drinnen und bin komplett trocken und wund und kann keine Hormone, Salben und sowas vertragen. Und das ist jedes Mal für mich einfach die Hölle! Ne, wir versuchen es immer wieder, und das ist natürlich eine ganz ganz blöde Situation, auch für meinen Mann. (Z. 81-85)

Frau E. beschrieb zum einen ihre Beschwerden beim Geschlechtsverkehr. Zum anderen benannte sie, dass ihr Mann sich durch die sich daraus ergebenden Einschränkungen in gemeinsamen sexuellen Kontakten belastet fühlte.

B: Ja, geht also absolut nichts. Also wir haben jetzt auch wieder mal versucht zwischendurch, aber es ist einfach - ich hab nur Schmerzen. Ich hab Schmerzen, ich hab Blutungen hinterher. Ich habe eine Totaloperation vor 28, nee vor 27 Jahren gehabt und habe also auch nur noch einen Scheidenstumpf. Und dadurch, dass mir auch komplett die Hormone fehlen, ich kann keine Hormone einnehmen, wegen meiner Brust. Weil ich hatte auch schon eine Brustoperation und auch wegen der Beine. Also, das ist schon ein Faktor, der mich sehr belastet und auch für meinen Mann ganz ganz schlimm ist. (Z. 89-94)

Im Lauf des Paarberatungsprozesses wurde das Thema der Störungen in der gemeinsamen Sexualität trotz der deutlichen Belastung von Frau E. nicht thematisiert.

B: Habe ich nie angesprochen, nie angesprochen.

I: Also das ist ein Thema, das Sie beide ausgespart haben?

B: Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall.

I: Aber für Sie hat das schon eine Bedeutung?

B: Auf jeden Fall. (Z. 96-100)

Frau E. suchte zum Zeitpunkt des Interviews für sich medizinische Lösungswege für ihre körperliche Situation. Im selben Zusammenhang blickte sie auf die Gestaltung ihrer gemeinsamen Sexualität im Lauf der Beziehung zu ihrem Mann zurück und stellte fest, dass sie diesen Aspekt ihrer Paarbeziehung über die Zeit weniger gepflegt hatten als sie dies bei anderen Paaren vermutete.

B: Ja, ja. Das ist für mich immer noch so ein Faktor. Ich bin ja von der ärztlichen Seite in Behandlung deshalb, aber so richtig ne Lösung hab ich dafür auch noch nicht gefunden. Ich wollte jetzt noch mal einen Spezialisten aufsuchen, ob man da noch irgendetwas machen kann. Dass es also, da klappt es einfach noch nicht. Also ich muss sagen, wir waren nie so aktiv wie vielleicht andere. (Z.102-105)

Aus Sicht von Frau E. hatte sich in Bezug auf körperliche Nähe und sexuelle Kontakte ein Interaktionszirkel zwischen ihr und ihrem Mann entwickelt, im Rahmen dessen sie bei sich selbst ein Vermeidungsverhalten wahrnahm, sobald sie bei ihrem Mann eine Annäherung vermutete.

B: Aber, ähm, das ist schon so eine Situation, die für mich auch hier am Anfang und auch jetzt, also jetzt nicht mehr ganz so schlimm, aber wenn mein Mann mir so in die Nähe kam, ich wusste dann schon immer, ja, er will was. Und da hab ich dann schon, habe ich abgeblockt, ne. Also, ich konnte das nicht haben. (Z. 105-108)

Die Tatsache, dass sie das Thema der gemeinsamen Sexualität mit ihrem Mann in den Paarberatungssitzungen nicht angesprochen hatte brachte Frau E. mit der Qualität ihrer Paarbeziehung zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle in Verbindung.

I: Sie hatten vorhin gesagt, das Thema Sexualität habe ich in der Zeit der Paarberatung nicht angesprochen. Was meinen Sie, woran lag das?

B: Ähm, weil so die ganze häusliche Situation oder die Paarsituation außerhalb dieser sexuellen Situationen komplett zu Ende war - eigentlich. Es hatte jeder so sein eigenes Leben gelebt, das war klar. Mein Mann ist früh morgens aus dem Haus, spät abends nach Hause gekommen. Das war sein Leben. Als Paar haben wir überhaupt nicht mehr gelebt die ganzen Jahre. Ne, also auch in den Jahren zuvor war, wie gesagt, diese Sexualität auch nie im Vordergrund. Das war auch, mehr oder weniger ist das

irgendwann mal so nebenbei. Aber so, man hat ja nichts mehr zusammen unternommen. (Z. 135-142)

Frau E. beurteilte die gemeinsame Paargeschichte so, dass sie und ihr Mann über längere Zeit jeweils ein *„eigenes Leben"* wie getrennt voneinander führten und wenig Gemeinsamkeiten und emotionale Nähe bestanden. Sexuelle Kontakte zwischen ihnen hatte es in der Vergangenheit aus ihrer Sicht nur sporadisch gegeben. Für Frau E. stand das im Zusammenhang damit, dass sie als Paar wenig gemeinsame Interessen entwickelt und gepflegt hatten.

B: Eigentlich seitdem die Kinder da sind!

I: Hm, seit Sie Eltern geworden sind?

B: Ja, seitdem wir Eltern geworden sind. Und wir sind früh Eltern geworden. Nach anderthalb Jahren? Ja genau, nach anderthalb Jahren. Und da sind wir auch nie weggegangen, nie mit Freunden so, gar nicht. Das ist alles eingeschlafen. (Z. 144-148)

Am Anfang ihrer Beziehung hatten sie nur eine kurze gemeinsame Zeit als Paar erlebt. Sie waren bald nach der Heirat Eltern geworden und hatten von dieser Zeit an gemeinsame Aktivitäten als Paar völlig zurückgestellt.

Zu den belastenden Faktoren, die zu Beginn des Paarberatungsprozesses kumulierten, gehörte eine weitere Verlusterfahrung, die Frau E. schilderte.

B: Was also jetzt auch noch dazu kam, wir haben unsere Hündin einschläfern lassen müssen. Wir haben sie 14 ½ Jahre gehabt, und das war ein Familienmitglied. Also das war eigentlich genau wie ein Kind. Und da war auch mein Mann sehr sehr drauf fixiert, und die ist einfach nicht mehr da. Also für ihn ist das eine ganz ganz schwere Situation. Für uns eigentlich alle, dass sie nicht mehr da ist. Aber für meinen Mann ist das jetzt noch viel schlimmer. Denn, wenn ich morgens arbeite, er ist alleine, ne. (Z. 352-256)

Der Hund, der lange in der Familie lebte, war für alle Familienmitglieder ein wichtiger Bezugspunkt und ein verbindendes Element. Frau E. beobachtete, dass der Tod des Hundes besonders für ihren Mann schwer zu ertragen war. Aus ihrer Sicht hatte der Hund für ihren Mann eine stabilisierende Funktion. Der Hund leistete ihrem Mann Gesellschaft, als er im Ruhestand allein im Haus war. Sie selbst litt ebenfalls unter dem Verlust des Hundes. Sein Verlust verstärkte, dass sie das Hauses nach dem Auszug der jüngsten Tochter als leer empfand.

B: Also das ist eigentlich eine schreckliche Situation im Moment. Wir sind, also die beiden Mädels, die jüngste Tochter mit unserer Hündin, das sind unsere Jüngsten, die sind zusammen aus dem Haus gegangen. Und unser Haus ist komplett leer. (Z. 358-360)

Frau E. erinnerte sich, dass ihr Mann am Beginn des Paarberatungsprozesses sehr verunsichert war. Sie hatte damit gerechnet, dass ihr Mann die Beratung abbrechen würde.

B: Also nach der ersten Beratung ging es uns ganz ganz dreckig, vor allem meinem Mann. Und da hatten wir eigentlich auch, da habe ich auch damit gerechnet, dass wir nicht nochmal hierhin gehen.

I: Woran lag das? Was haben Sie beobachtet bei sich und bei ihrem Mann?

B: Also, mein Mann hat viele Dinge ganz ganz falsch gesehen. Also ich hatte, wir hatten ja so dargestellt, wie wir unsere Situation - also jeder persönlich, wie er so die Jahre gesehen hat und weshalb man gekommen ist. Und da hat mein Mann sich völlig als Versager empfunden. Also er hat das, das waren einfach so Situationen, wie im ganzen Leben, wie die 23 Jahre zuvor auch. Wir haben miteinander gesprochen, bis zu einem ganz gewissen Punkt hat er zugehört. Und wenn es dann so, sagen wir mal, ans Eingemachte geht, dass er sich mal so ein bisschen Gedanken machen musste, was nicht sein Umfeld war, also jetzt sein Betrieb, dann hat er praktisch immer abgeschaltet. Und da kamen wir einfach nicht weiter. Und da hat er gedacht, ich hab gesagt - Ich hab erzählt also, er ist von morgens bis abends im Betrieb gewesen und spät abends nach Hause gekommen. Und ich hab alles am Tag gemacht. Ich hab jahrelang ja nicht gearbeitet. Und da hatte mein Mann so gedacht, er hat überhaupt nichts für die Familie getan. „Er ist ein fauler Sack! Er hatte nie was zu Hause getan!". Er hat das einfach nicht verstehen können. Für mich war das immer selbstverständlich. Ich hab auch nie, die ganzen Jahre, gesagt, dass ich unzufrieden bin, absolut nicht. Und er meinte, jetzt hat er alles falsch gemacht. Das war für ihn ganz ganz schlimm. (Z. 180-197)

Der offene Austausch in den Paarberatungssitzungen über ihre jeweils subjektive Sicht auf die gemeinsame Paargeschichte kam Frau E. entgegen, während sie bei ihrem Mann beobachtete, dass er sich angegriffen und negativ bewertet fühlte. Das

wiederum war für sie selbst eine schwierige Situation. Als besonders hilfreich empfand Frau E., dass die grundlegenden Temperamentsunterschiede, die ihrer Einschätzung nach zwischen ihr und ihrem Mann bestanden, innerhalb der Paarberatungssitzungen zur Sprache kamen und durch die Beraterin moderiert wurden.

B: Und da hatten wir zu Hause ganz ganz große Probleme. Dann sind wir wieder hierhin gekommen, und damit die Situation mit Frau F. wieder besprochen. Und dann ist Frau F. komplett gut auf ihn eingegangen, und es war praktisch mehr oder weniger für ihn eine Hilfe, damit er aus sich heraus kam. Mein Mann, ich bin komplett unterschiedlich, komplett! Ich bin immer frei raus. Es kann bei mir auch vorkommen, dass ich Leute vor den Kopf stoße wegen meiner (Pause) Gradlinigkeit. Also wenn mir was nicht passt, sage ich das sofort. Mein Mann nicht. Er hört das an, manchmal geht's da oben ratter, ratter. Oder es bleibt hier stehen, es geht gar nicht an ihn heran. Und ich bin eben, er ist der Ruhigere, und ich bin der Impulsive. Also, die Frau F., die hat ihn da also wirklich ganz toll hingekriegt. (Z. 199-206)

Frau E. war erleichtert, dass ihr Mann sich in den Paarsitzungen öffnete und über seine Gedanken und Gefühle sprach. Die Art der Begleitung durch die Beraterin war ihrer Meinung nach ausschlaggebend dafür, dass ihr Mann sich anders verhielt als in anderen Gesprächssituationen.

B: Und ich muss sagen, das war die beste Entscheidung in den ganzen vier Jahren, die wir getroffen haben. Also, er ist in der psychotherapeutischen Behandlung gewesen, bei einer Psychotherapeutin, wo ich auch bin und hab letztendlich erst hier festgestellt, dass so dieser Draht, oder dieses Persönliche zu Frau F. mehr gebracht hat als die ganzen zwei Jahre, die er in Therapie war. (Z. 47-50)

Frau E. war mit der ausgesprochen zurückhaltenden Art ihres Mannes über viele Jahre vertraut. Sie hatte die Erfahrung gemacht, dass er diverse Angebote abgelehnt hatte, über seine inneren Prozesse zu sprechen.

B: Frau F. hat ja auch gesagt, also er müsste weiter in Beratung gehen, in therapeutische Behandlung. Sie hat ja auch selbst auch nochmal Gespräche angeboten, also, dass sie ihm Hilfestellung geben würde. Aber das hat er auch immer strikt abgelehnt. Der war auch in der psychosomatischen Klinik, und das war für ihn, ach einfach schlimm! Er ist einfach, ja, introvertiert möchte ich jetzt nicht sagen. Aber er war

immer verschwiegen und verschlossen, und er hätte sich also nie jemandem so geoutet, ne. Und ich weiß auch, bei der Psychotherapeutin hat er das nie so gemacht. Ich war, bei vielen Gesprächen war ich mit dabei, weil ich wusste, dass er nicht aus sich herauskommt. Und hier, bei Frau F., da ist er voll aus sich herausgekommen, ne. (Z. 111-117)

Offensichtlich hatte Frau E. es in der Vergangenheit übernommen, stellvertretend für ihren Mann über seine Gedanken und Gefühle zu sprechen bzw. ihn dazu zu bewegen, darüber zu sprechen, was ihn bedrückt.

B: Nee, das hat auch mir noch mehr die Augen - also ich wusste wohl, dass er darunter leidet, aber ich habe mich gewundert, dass er bei Frau F. da drüber richtig offen sprechen konnte.

I: Und das hat in Ihnen was bewirkt?

B: Ich war froh, dass er endlich mal jemand gefunden hat, mit dem er darüber sprechen konnte! (Z. 127-130)

Im Rahmen der Paarberatung fühlte sie sich von der Rolle entlastet, für ihren Mann mit zu sprechen. Sie nahm Veränderungen bei ihrem Mann wahr, der sich zu seinen Gedanken und Gefühle offener äußerte.

B: Also er ist, er geht die Sache komplett lockerer an, hat es aber nicht verarbeitet. Also, es ist für ihn nicht abgeschlossen, aber ich denke mal, es ist einfach so gravierend gewesen, das kann man auch nicht vergessen, ne. Und im Grunde genommen stehe ich auch heute auf dem Standpunkt, man muss es nicht vergessen, man muss es lernen zu akzeptieren, diese Situation. Das hat er eigentlich so in diesen Gesprächen so allmählich auch gelernt. (Z. 130-134)

Frau E. selbst griff bereitwillig Interventionen der Beraterin auf, bei denen die Beraterin den Fokus auf Frau E.s Beteiligung an den destruktiven Interaktionsmustern auf der Paarebene legte.

B: Ja, also ich habe schon ganz viele Tipps von Frau F. bekommen. Auch mit meinem, äh, in der Partnerschaft. Also, dass wir aufeinander zugehen müssen, dass ich mich auch nicht sperre, oder mein Mann nicht nur klammert. (Z. 220-222)

Auch außerhalb der Paarberatungssitzungen befasste sich Frau E. mit den Anregungen, die sie von der Beraterin erhielt. Ihren eigenen Anteil zu betrachten gab

ihr die Möglichkeit, ihre Handlungsspielräume in der Beziehung zu ihrem Mann zu erweitern.

B: Also sie hat uns ja auch noch Lektüre mit an die Hand genommen, die wir auch parallel gelesen haben. Ja, und nach den Beratungen, ich hab die Gespräche eigentlich immer weiterhin verarbeitet. Ja, und ich hab für mich draus gelernt, dass ich mich auch ändern muss. Das ist klar, ne. Und ja, ich glaub, ich bin auch seitdem lockerer geworden, auf jeden Fall.

I: Woran merken Sie das zum Beispiel bei sich selbst?

B: Dass ich bei meinem Mann mittlerweile einfach vieles übersehe. Er ist nun mal so. Auch so die Situation von unserer jüngsten Tochter oder mittleren Tochter. Oder wenn da irgendwie Tochter-Vater-Situation sind, dass ich den Kindern, äh, Mädels einfach sag: „Er ist nun mal so. Ich rege mich nicht mehr drüber auf.". Also ich habe eine gewisse Gelassenheit über die Eigenheiten meines Mannes bekommen, die er eigentlich schon immer hatte, die er schon immer hatte. Solche Macken! (Z. 288-299)

Frau E. veränderte in potentiellen Konfliktsituationen ihre Strategie, indem sie lange bekannte Meinungsverschiedenheiten und konflikthafte Unterschiede zwischen sich und ihrem Mann nicht weiterverfolgte und stattdessen mit Gelassenheit reagierte. Sie ging in verschiedenen Situationen auf bestimmte Aspekte nicht ein, wodurch sie sich selbst „*lockerer*" fühlte.

Wichtig war für Frau E., dass in den Paarberatungssitzungen sowohl ihre eigenen Möglichkeiten betrachtet wurden, die Interaktion mit ihrem Mann in einem positiven Sinne zu beeinflussen als auch die Verhaltensweisen und Haltungen ihres Mannes hinterfragt wurden.

*B**:** Mein Mann wollte auch, dass ich aufhören zu arbeiten jetzt. Das war das Problem. Und dann sagte er, dann sagte Frau F., wieso ich kann doch arbeiten. „Ja, aber wir wollen noch alles gemeinsam machen!". Und dann hat sie ihm gesagt, dass jeder auch seinen Freiraum haben müsste und dass - sie hat ihm die Augen geöffnet - dass ich auch arbeiten kann und dass man auch trotzdem etwas zusammen machen kann.* (Z. 241-245)

Frau E. fühlte sich von der Beraterin ihrem Mann gegenüber in ihrem Motiv bestärkt, einen selbstbestimmten Bereich zu erhalten. Gleichzeitig fühlte sie sich ermutigt, gemeinsame Erfahrungen und Verbindendes mit ihrem Mann zu suchen. Sätze der Beraterin dazu nutzte sie als eine Art Anker.

B: Ja, sie sagte also, es muss jeder - muss praktisch auf den anderen zugehen. Also ich muss mehr auf ihn zugehen, und mein Mann muss ein bisschen versuchen zurückzugehen. Aber dass wir versuchen sollen, schon irgendwo einen Punkt zu suchen, wo wir uns treffen. Und jeder muss auch eben an sich arbeiten. (Z. 304-306)

Frau E. hatte die Paarberatungssituation auch für sich persönlich als stabilisierend wahrgenommen. Als sie im beruflichen Bereich mit Schwierigkeiten konfrontiert wurde, fand sie Unterstützung bei der Paarberaterin. Die Erfahrung, dass sich die Partnerschaftsprobleme im Rahmen der Paarberatung in eine positive Richtung entwickelten, entlasteten sie und setzten bei ihr Kräfte zur Bewältigung der beruflichen Situation frei.

B: Und ich persönlich hab da auch ganz viel Kraft ausgenommen. Und ich hatte auch so Anfang des Jahres, waren auch bei uns in der Klinik ganz große Umstrukturierungen, und wenn die Situation zu Hause sich nicht gebessert hätte, und auch so die Gespräche mit Frau F. nicht gewesen wären, ich glaube, ich hätte die, diese Situation da in der Klinik, diese Umstellung, das hätte ich auch nicht geschafft. Also ich hab schon ganz ganz viel draus - viele gute Erfahrung damit und für mich auch Positives raus entnehmen können. (Z.453-457)

Frau E. beobachtete, dass sie und ihr Mann im Lauf des Paarberatungsprozesses Veränderungen in ihren jeweiligen Verhaltensweisen vornahmen. An die Stelle einer Polarisierung trat ein etwas flexiblerer Umgang mit Autonomie und gemeinsamen Aktivitäten, wobei Frau E. weiterhin auf Freiräume für sich selbst bedacht war.

B: Ja, das hat sich jetzt also, genau durch diese Beratung von Frau F. hat sich das gelockert! Und das ist für mich so eine Wohltat. ... Also mein Mann macht seinen Sport. Er geht ja regelmäßig zum Sport, dreimal in der Woche, macht er in einem Therapie-Studio. Und ich mache meinen Sport in einem anderen. Das passt ihm zwar nicht so richtig. Er möchte auch, dass wir das zusammen machen. Aber das habe ich so geschickt eingefädelt, dass ich in einem anderen Institut bin. Ich muss, ich muss da abschalten können. Das ist das eine. Und wir machen jetzt eigentlich auch schon

wieder mehr zusammen. Wir gehen auch schon mal zu Freunden, verabreden uns. Wir waren jetzt, am Wochenende haben wir einen Wochenendausflug gemacht, eigentlich auch so ein bisschen gezwungenermaßen. Wir waren in A. gewesen wegen unserer jüngsten Tochter, weil wir beim Spezialisten waren. Aber das habe dann schon in Angriff genommen, und das geht schon. Und er lässt mir auch meinen Freiraum, lässt er jetzt auch, ne. (Z. 260-271)

Zu den Veränderungen, die sie im Zeitraum der Paarberatung wahrnahm, gehörten gemeinsame Aktivitäten und Erlebnisse mit ihrem Mann. Sie hob hervor, wie erfreut sie war, wenn ihr Mann sich auf ihre Vorschläge einließ.

B: Nur, dass er eben einfach auch flexibler geworden ist. Und wenn ich mal sagte, lass uns mal dahinfahren, lass uns mal zu den Kindern hinfahren, früher hat er immer gemeckert: „Ach, die Autofahrt ist so lange" und dies, und er war auch immer total angespannt beim Autofahren. Also das hat sich jetzt, ja eigentlich seit Mai ist das weitaus besser. Da sind wir auch öfters mal zu den Kindern runtergefahren. Ja es hat sich allmählich, hat sich das einfach gebessert. Gibt keine Anlässe, also das hat sich komplett, also konstant entwickelt. So empfinde ich das. (Z. 282-287)

Frau E. sah es in ihrer aktuellen Lebensphase als Defizit an, dass sie und ihr Mann im Lauf ihrer Paarbeziehung kaum eigene Interessen sowie Freundschaften und Kontakte zu Bekannten verfolgt hatten.

B: Also mein Mann brauchte eine Unterstützung, wie er - außerhalb des Berufslebens zu agieren. Er hatte keine persönlichen Wünsche irgendwie. Er muss, er muss lernen sich einfach außerhalb der Arbeit zu orientieren. Und das ist ja bei unseren Kindern oder Schwiegerkindern ist das eben nicht so der Fall. Und da hab ich auch gesagt, finde das auch toll, dass die die ganzen Freundschaften auch immer pflegen und dass sie sich immer weiter treffen, obwohl die in einer Beziehung sind, Beruf haben und wirklich voll eingespannt sind von morgens bis abends, dass sie immer das noch weitermachen. Das haben wir nicht gemacht. Das ist einfach, wir müssen bei null anfangen. Und da haben wir ganz ganz viele Tipps von Frau F. bekommen. Uns praktisch als, man muss sich als Paar neu finden, gerade so unsere Generation. Und das hätten wir ohne diese Beratung nicht geschafft, auf keinen Fall, auf keinen Fall. (Z.484-492)

Ihrer Meinung nach bildete sich bei der Gestaltung sozialer Kontakte neben dem Generations- auch ein geschlechtsspezifisches Thema ab.

B: Und ich bin mir sicher, es ist in vielen Situationen, in vielen Familien so oder bei vielen Paaren so. Kinder aus dem Haus, und die Männer verlieren im Beruf. Ich bin sicher, auch schon in jüngeren Jahren, dass die Männer einfach dastehen und wissen nicht weiter. Wir Frauen können uns besser orientieren, von morgens bis abends kann ich mich beschäftigen. Mein Mann nicht. Und er muss auch noch dran arbeiten, er muss weiter mit dran arbeiten. Aber ich denke schon, dass er das schafft. Ich bin auch dabei zu helfen (lacht). (Z.495-499)

Die bedeutsamste Veränderung im Paartherapiezeitraum bestand für Frau E. darin, dass ihr Mann sich ihr emotional zuwandte und ihr signalisierte, dass er Interesse an ihr hatte.

B: Es war eigentlich so, ja die Z., also unsere Hündin war so die Bezugsperson zu meinem Mann. Und die ist jetzt nicht mehr da, und jetzt kann er sich auch auf mich konzentrieren, obwohl er sich ja immer auf mich konzentriert hat. Aber das ist jetzt noch eine ganz andere Situation. (Z.369-372)

Frau E. machte einen deutlichen Unterschied bezüglich der Qualität des Kontaktes zwischen ihr und ihrem Mann vor dem Zeitraum der Paarberatung und danach. Kriterium war für sie, welches Motiv ihres Mannes sie als leitend in ihren Begegnungen als Paar wahrnahm. Vor dem Beginn der Paarberatung vermutete sie, dass sich ihr Mann ihr angenähert hatte, weil ein sexuelles Bedürfnis seinerseits dabei im Vordergrund stand. Aufgrund der Veränderungen in ihrer Beziehungsgestaltung im Zeitraum der Paarberatung fühlte sie sich danach von ihm als ganze Person gesehen und als bedeutsame Bezugsperson angesprochen.

B: Es war er vorher dieses fürchterliche - es war ein ganz anderes Krallen. Und jetzt überhaupt nicht mehr. (Pause) Ja, also, sagen wir mal so, ich hatte vorher nur dieses Gefühl, wenn wir zusammen sind, dass er wirklich auf das Sexuelle hinaus ist. Und das ist jetzt einfach nicht mehr, man hat einen Gesprächspartner. Er hat ja vorher mit dem Hund gesprochen. Und jetzt spricht er mit mir. (Z. 377-380)

Mit diesem Vergleich brachte sie ihre Einschätzung auf den Punkt. Die emotionale Annäherung zwischen ihr und ihrem Mann stärkte aus ihrer Sicht die Bindung zwischen ihnen.

B: Also wir sind jetzt komplett ein Paar. (Z. 387)

In der Einstufung der Qualität ihrer Paarbeziehung im Koordinatenkreuz meinte sie dennoch, am Ende des Paarberatungszeitraumes keinen höheren Wert als oberhalb der Mitte der Skala wählen zu können. Für sie stand ein ungelöstes Problem zwischen ihr und ihrem Mann, das sie sehr bedrückte. Es handelte sich um die Finanzierung der Pflege ihrer Mutter in einem Heim.

B: Ich weiß es noch nicht so richtig (lacht). Also was bei uns ja auch noch ein Problem ist, äh, die Situation mit meiner Mutter. Die ist ja im Heim. Und noch haben wir Erspartes von meiner Mutter, und ab Februar müssen wir 700 € für meine Mutter bezahlen. Und dass es für mich noch so eine, ja schon noch ein Punkt, was in unserer Beziehung - von meines Mannes Seite vielleicht nicht so, aber in meiner Beziehung zu ihm - noch ein ganz, schon noch so ein Hemmklotz ist, um eine hundertprozentige Paarbeziehung aufzubauen.

I: Was gehen Ihnen da für Fragen durch den Kopf in diesem Zusammenhang?

B: Letztendlich muss mein Mann ja dafür aufkommen, für meine Mutter. Und das ist für mich persönlich eine ganz ganz schreckliche Situation. Weil unser Erspartes, also wir haben ein Haus, und das Ersparte, was wir jetzt für die Altersvorsorge haben, ist zum Teil aus dem Erbe meines Mannes. Und wir haben von Jung an, also wir haben ganz früh angefangen, für die Altersvorsorge zu sparen. Das ist einfach das Geld, das wir jetzt noch bar haben, das war für uns beide gedacht. Ja, und da müssen wir dann ja praktisch, wenn meine Mutter noch zehn Jahre lebt, das sind ja über 70.000 €, die wir dann praktisch für meine Mutter ausgeben müssen. Das ist für mich eine ganz ganz schreckliche Situation. (Z. 389-401)

Frau E. sah ein gewichtiges Problem darin, dass das Geld für die Pflege ihrer Mutter aus dem gemeinsamen mit ihrem Mann Ersparten entnommen werden musste. Obwohl ihr Mann ihr versicherte, dass er diese Situation nicht als problematisch ansah, blieb diese Tatsache für sie ein Hindernis in der Annäherung an ihren Mann.

B: Ja, das ist für mich eine ganz ganz schreckliche Situation, zumal meine Mutter sehr sehr ungerecht zu meinem Mann ist. Und das ist für mich noch etwas, dass ich einfach die Situation nicht zu locker angehen kann. (Z.403-404)

Für Frau E. waren die Themen Gemeinsames und Eigenes bzw. unabhängig und abhängig sein in der Paarbeziehung relevant, auch in finanzieller Hinsicht.

Die Belastungen der zurückliegenden Jahre beeinflussten aus Sicht von Frau E. die Beziehungen, die sie und ihr Mann zu ihren erwachsenen Kindern unterhielten.

B: Ja, also alle Kinder. Nur die anderen sind ja schon längst aus dem Haus. Unsere mittlere Tochter, die bis vor anderthalb Jahren, hat die mit bei uns im Ort gelebt, hat das auch viel mitbekommen, aber hat sich auch da ganz früh zurückgezogen, weil sie es einfach auch nicht konnte. Und sie lebt seit anderthalb Jahren mit ihrem Freund zusammen, und seitdem sie ausgezogen ist, hat sie ein besseres Verhältnis zu meinem Mann. Aber sie hat Abstand halten können. Und unsere jüngste Tochter eben nicht. Und mein Mann und meine jüngste Tochter haben immer Probleme gehabt, immer. (Z.316-321)

Frau E. beschrieb langandauernde Konflikte zwischen ihrer jüngsten Tochter und ihrem Mann, die sich in den letzten Jahren zugspitzt hatten. Ihre Tochter hatte darunter gelitten, dass Herr E. häufig nicht in der Lage oder bereit war, ihr Aufmerksamkeit entgegen zu bringen.

B: Weil in den ganzen letzten Jahren haben wir gesagt, es sind jetzt fünf Jahre her, da waren ganz viele schreckliche Situation, die meine Tochter - sie vergisst sie, aber die einfach in ihr stecken geblieben sind. Es war so oft, dass sie mit ihm sprechen wollte, und dann hat sie sich mit ihm unterhalten, und er hat Fernsehen geguckt, oder er hat in die Zeitung geguckt, oder er ist eingeschlafen. Lauter solche Sachen. Und da war eben eine ziemliche Spannung. Und das hat sich natürlich auch auf die Paarbeziehung ganz massiv ausgewirkt. (Z.325-329)

Die Spannungen zwischen Tochter und Vater hatte Frau E. als belastend empfunden. Sie sah negative Auswirkungen auf ihre eigene Beziehung zu ihrem Mann.

B: Und wir hatten auch so eine Situation gehabt, bei uns war eben auch viel, so diese Paarbeziehung litt ja auch darunter, dass wir unsere jüngste Tochter noch bei uns hatten, die jetzt im September ausgezogen ist. Da hatte mein Mann wohl auch immer drauf spekuliert, dass sie auszieht. Und wenn sie ausgezogen ist, ist mit uns alles in Ordnung!

I: Und vorher war's eine schwierige Zeit, als die Tochter noch zu Hause lebte?

B: Für meinen Mann auf jeden Fall. Weil meine jüngste Tochter, die hat es einfach nicht verkraftet, wie er sich in der ganzen Situation, beruflichen Situation, Enttäuschung, hat hängen lassen. Und dass nur, dass er nur in seiner Welt lebte. (Z.307-314)

Frau E. sah sich den Vorwürfen ihres Mannes ausgesetzt, dass sie sich in eine Koalition mit ihrer Tochter gegen ihn befand. Sie hingegen nahm an, dass ihr Mann den Abschied aus dem Berufsleben nicht bewältigte und sich daher zu Hause unwohl fühlte.

B: Also, mein Mann meinte, ich unterstütze meine Tochter, und wir beide haben immer Front gegen ihn. Das war eben auch so am Anfang des Jahres so eine Situation. Er fühlte sich immer als Außenseiter. Er hat sich, er hatte diese berufliche Situation, er konnte sich zu Hause nicht einleben, einfinden. Es war ja für ihn völlig fremd zu Hause. Und dann eben noch die Situation, dass er - ja, er fühlte sich irgendwie gemobbt von uns beiden. Ja, das war eben, er sagte: „Du hältst ja nur zu A.", also unserer jüngsten Tochter, ne, und das ist so nicht. (Z.331-335)

Frau E. genoss den alltäglichen Kontakt mit ihrer Tochter und tauschte sich lebhaft mit ihr aus. Frau E. meinte, dass diese Gespräche für sie auch ein Ersatz für die fehlende Kommunikation mit ihrem Mann war.

B: Mir ging es sehr gut damit.

I: Was war für Sie daran positiv?

B: Es war positiv, mit ihr konnte ich mich immer unterhalten, was ich mit meinem Mann nicht konnte. Ich konnte mich mit meinem Mann nicht unterhalten. Und mein Mann fühlte sich auch gemobbt, er sagte, wir beiden unterhalten uns, A. und ich. Wenn er mit dabei ist, wären wir still. Das ist aber nicht so. Wir haben uns weiter unterhalten, aber er hat sich nicht eingefügt. (Z.339-343)

Ähnlich ging es Frau E. mit ihrer mittleren Tochter, als diese noch zu Hause lebte. Auch mit ihr war sie in gutem Kontakt. Frau E. bemerkte, dass sie sich nach dem Auszug der Töchter mehr auf ihren Mann bezog und mit ihm ins Gespräch kam. Dennoch vermisste sie die alltäglichen Kontakte mit ihren Töchtern.

B: Ja, auch mit unserer mittleren Tochter, ich konnte mich stundenlang unterhalten! Ja, und das ist jetzt eben so, es fehlt, seit sie ausgezogen ist. Also das fehlt mir jetzt, obwohl die Gespräche jetzt wieder mehr mit meinem Mann sind. Also da ist die

Situation schon, wie mein Mann sagte, dass alles sich in Wohlgefallen auflöst, wenn sie weg ist. Also, dass wir mehr miteinander sprechen. Aber ich persönlich leide so ein bisschen darunter, dass sie ausgezogen ist. (Z.346-350)

Ihre lange gemeinsame Paargeschichte mit ihrem Mann und gemeinsame Wertvorstellungen stellten für Frau E. eine wichtige Ressource dar. Gegenseitige Loyalität und Treue in der Paarbeziehung waren für sie bedeutsam. An dieser Stelle sprach sie nochmals Unterschiede zwischen ihrer Generation und der nachfolgenden an.

B: Ja, also weil für mich, ähm, stand schon immer fest, ich werde mich nie von meinem Mann trennen. Unsere Großen, gerade unsere mittlere Tochter, die hat immer gesagt, warum trennt Ihr Euch nicht? Und es war auch schon mal bei der Psychotherapeutin, war auch schon mal das Gespräch, wenn man einfach nicht zusammenpasst, wenn man nichts mehr zusammen unternimmt, sollte man sich trennen. Das stand für mich immer fest, dass ich das nie machen werde.

I: Warum, was ist für Sie der Hintergrund?

B: Also ich hab, mein Mann hat mir nie einen Grund gegeben zu sagen, wir gehen auseinander. Also, er war immer für uns da, und er ist nie mit jemand anders zusammengegangen. Also es ist nicht so, dass jemand anders, dass wir uns anders irgendwie orientiert haben. Wir waren immer ein Paar. Und ich weiß nicht, ich geb auch nicht so schnell auf. Und mein Mann auch nicht, denke ich mal. Unsere Ehe, unsere Familie hat eigentlich eine ganz andere Basis oder ein anderes Ziel als die jungen Leute von heute, als unsere Kinder. Der Älteste kommt also auch schon so in die Tendenz hin wie wir, aber unsere mittlere Tochter schon wieder nicht. Die geben also schneller auf, ne. Unsere Jüngste hat ja überhaupt noch nie einen Freund gehabt. Die möchte auch keine Beziehung. Aber ich arbeite mit vielen jungen Leuten zusammen, jungen Kolleginnen, die auch ganz früh geheiratet haben und schnell wieder auseinandergegangen sind. Also, da ist das gang und gäbe. Und unser ganzer Bekanntenkreis, da ist im Moment, da ist noch keiner geschieden. Und ich habe eine Freundin, ist auch Gynäkologen, die ist Mitte 50, also auch so alt wie wir, und die hat auch gesagt, es sind viele, die schon mit 50 sich haben scheinen lassen. Das kam für uns nie infrage! (Z.151-168)

Aus ihrer Sicht war eine Trennung von ihrem Mann keine Option, die sie wählen würde. In Krisenzeiten der Paarbeziehung ging es für sie vielmehr darum, weiterhin einen gemeinsamen Weg zu finden. Dazu gehörte, ggf. zur Unterstützung Paarberatung wieder aufzunehmen.

B: Wir haben ja auch das Angebot von Frau F., wenn irgendwas ist, dass wir uns sofort wieder melden. Und ich denke mal, wenn es wirklich so massiv sein sollte, werden wir das auf jeden Fall auch beide wieder tun. (Z. 484-450)

Visuelle Darstellung der Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung im Zeitraum der Paarberatung von Paar E.

Herr und Frau E. markierten während ihrer Interviews - unabhängig voneinander - auf einem vorbereiteten Blanko-Koordinatenkreuz, wie zufrieden sie im Zeitraum der Paarberatung mit ihrer Paarbeziehung waren bzw. wie sie die Qualität ihrer Paarbeziehung rückblickend einschätzten (Abbildung 6).

Herr E. markierte einen Wert bei vier für den Zeitpunkt, als der Paarberatungsprozess begann. Er war skeptisch bezüglich der Paarberatung, u. a., weil er und seine Frau sich nach den ersten Sitzungen zu Hause heftig stritten. In den ersten drei Monaten im Zeitraum der Paarberatung blieb seine Einschätzung auf demselben Niveau.

Herr E.: Wie gesagt, Sie haben ja den Verlauf hier gesehen, so die erste Zeit, wo ich gesagt habe, was soll das? Wir kommen irgendwie nicht weiter. Im Gegenteil, ich sagte ja, dass es teilweise nach den Beratungen heftig Zoff gegeben hat. Und wie gesagt, irgendwo war dann auch der Wendepunkt, wo ich gesagt hab, jetzt geht's aufwärts. (Z.512-515)

Sehr deutlich markierte er einen Wendepunkt ca. im dritten Monat des Paarberatungszeitraums. Ab diesem Zeitpunkt zeichnete er die Qualität der Beziehung zu seiner Frau über die Monate der Paarberatung stetig ansteigend ein.

Herr E.: Ja, ich sagte ja, anfangs hatte ich eher so den Eindruck irgendwo, es bringt gar nichts. Da war ich manchmal schon drauf und dran, zu sagen, soll ich war weitermachen? Bringt das überhaupt was? Weil es für mich einfach sehr aufwühlend auch war, und je mehr wir dann gesprochen haben, ich denke umso mehr sind wir dann wieder auf den richtigen Weg gekommen. (Z.202-205)

Frau E. begann mit einer sehr niedrigen Einstufung der Qualität der Paarbeziehung und kennzeichnete zu Beginn der Paarberatung einen Wert von eins. Sie begründete dies damit, dass in den ersten Paarberatungssitzungen die problematischen und konflikthaften Themen in der Paarbeziehung explizit wurden. Auch sie sah rückblickend einen Wendepunkt, ab dem ihre Zufriedenheit mit der Paarbeziehung anstieg. Sie wählte dafür denselben Monat im Verlauf der Paarberatung wie ihr Mann.
Frau E.: Und das hat sich, ja nach der ersten Sitzung war's auch ganz schlimm gewesen, weil da alles so rauskam. Im Februar war's auch noch die 1, bestimmt. Und dann hat sich das aber schlagartig - ja, ich würde einfach sagen, das ging dann so (Pause, sieht auf das Koordinatenkreuz) April, da war Hochzeitstag, genau. Da war es auch schon besser. Ja, das ging peu à peu ab Mai, da wurde es dann eigentlich, da hatte sich dann gebessert. Ja, ich möchte sagen, wir sind jetzt so bei 7 bis 8. Nee, bei 8 noch nicht. (Z.76-81)

Frau E. war unentschieden bezüglich ihrer Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung gegen Ende des Paarberatungszeitraumes. Spontan nannte sie einen Wert von 7 oder 8, stellte diese Einstufung aber gleichzeitig infrage. In diesem Zusammenhang berichtete sie von ihren körperlichen Beschwerden, die die sexuellen Kontakte mit ihrem Mann beeinträchtigten. Sie verzichtete schließlich auf eine Markierung für den letzten Monat der Paarberatung.

Die Einschätzungen von Herrn und Frau E. stimmten tendenziell überein und verliefen parallel. Allerdings lag Frau E. in ihrer Einstufung der Paarbeziehungsqualität im Zeitraum der Paarberatung insgesamt etwas niedriger als Herr E.

Bezüglich des Wendepunktes in der Qualität ihrer Beziehung waren sich beide einig. Herr E. formulierte es so:
Herr E.: Ich denke, nachdem beide Seiten eigentlich begriffen haben, d.h. meine Frau und ich, dass auch der andere seinen Teil wirklich geleistet hat und dass man das entsprechende Verständnis und auch die entsprechende Akzeptanz ihm entgegengebracht hat. (Z.272-274)

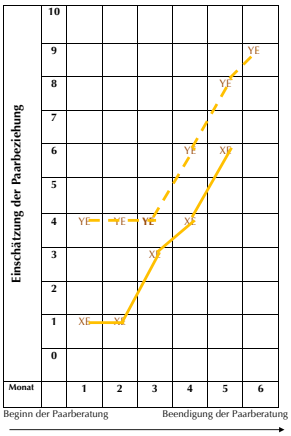


Abbildung 6: Paar E. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XE = Frau E., YE= Herr E.

Synopse der individuellen Ergebnisse der Fragebogen aus der Studie 1 und Interviewaussagen von Paar E.

In der Problemliste (PL) erreichte Herr E. bei der ersten Messung einen Summenwert von 5 in Bereichen, in denen er „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ angekreuzt hatte. Dies waren Berufstätigkeit, Freizeitgestaltung, Zuwendung der Partnerin, Sexualität und Krankheiten/Behinderungen. Bei der Fragebogenerhebung am Ende der Paarberatung gab es für ihn keine konflikthaften Bereiche der Partnerschaft, bei denen er „keine Lösungen, oft Streit“ markiert hatte oder eine Vermeidung der Konflikte sah. Sein Summenwert bei der zweiten Messung lag bei dementsprechend bei 0. Bei dem Item Sexualität hatte Herr E. beim zweiten Erhebungszeitpunkt keine Kennzeichnung vorgenommen. Bei Frau E. betrug der Summenwert der PL bei der ersten Messung 2. Die Bereiche, die sie mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ markierte, waren Sexualität und gemeinsame Gespräche. Bei der zweiten Messung betrug ihr Summenwert 1 und bezog sich auf den Bereich Sexualität, den sie - wie zu Beginn der Paarberatung - mit „Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“ kennzeichnete. Die subjektive Problembelastung war bei beiden insgesamt gesunken. In ihrem Interview reflektierte Frau E., dass sie das problembeladene Thema Sexualität in den Paarberatungssitzungen nicht angesprochen hatte. Sie

litt unter ihren körperlichen Beschwerden beim Koitus und nahm an, dass die Probleme in der gemeinsamen Sexualität ihren Mann sehr belasteten. Sie hatte dies aber im Rahmen der Paarberatung nicht thematisiert. Dazu passt, dass Herr E. das Item Sexualität in der PL bei der ersten Messung als vermiedenes Thema und bei der zweiten Erhebung gar nicht markierte. Im Interview sprach Herr E. die gemeinsame Sexualität mit seiner Frau nicht an. Herr und Frau E. berichteten während ihrer Interviews, dass sie die Erfahrung in den Paarberatungssitzungen, offen über Themen innerhalb ihrer Paarbeziehung zu kommunizieren, als sehr konstruktiv ansahen. Der Transfer dieser Fertigkeit in ihren Alltag war ihnen im Allgemeinen gelungen. Bezüglich ihrer sexuellen Beziehung war das nicht der Fall.

In der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) überschritt Herr E. bei der ersten Erhebung mit einem Punktwert von 26 den auffälligen Wert. Er hatte öfters bemerkt, dass er trotz Aufmunterung trübsinnig blieb, deprimiert und wenig redselig war, negative Gedanken und Konzentrationsprobleme sowie wenig Hoffnung in die Zukunft und wenig Lebensfreude hatte. Bei der zweiten Erhebung erreichte er einen Wert von 15. Seine Belastung durch depressive Symptome war demnach stark zurückgegangen. Im Interview berichtete er, dass er nach Abschluss der Paarberatung gemeinsam mit seiner Frau Zukunftspläne machte und aktiv wurde.

Herr E.: Ja gut, wir haben einige Pläne dann auch gehabt, die haben wir besprochen, was wir nun mal vorhaben. Was meine Frau beruflich nochmal macht. Sie wird sicherlich, so wie es aussieht, noch ein gutes Dreivierteljahr weiterarbeiten, und wir haben uns so vorgenommen, als Ziel gesetzt, dass sie auch so nächstes Jahr aufhört. Sie ist bereits 60 bzw. wird 61. Und dass wir uns dann (Pause), *ja, zur Zeit überlegen, das Haus ist, das ist eigentlich zu groß für uns, ob wir uns nicht eine Nummer kleiner setzen. Ob wir renovieren zu Hause, das sind noch so Punkte, da diskutieren wir zur Zeit noch drüber, was wir da machen.* (Z.439-444)

Herr E. hatte im Interview berichtet, dass er sich wesentlich „lockerer" fühlte, seit er innerhalb der Paarbeziehung eine positive Entwicklung wahrnahm. Frau E. erreichte bei der ADS in der ersten Erhebung einen Wert von 10 und in der zweiten von 12. Beide Werte lagen im unauffälligen Bereich. Unter Schlafproblemen litt Frau E. zu beiden Zeitpunkten.

In der Beschwerdenliste (BL) erreichte Herr E. bei der ersten Messung einen Wert von 30 und in der zweiten von 16. Herr E. litt zu Beginn der Paarberatung stark unter Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen, Übelkeit, innerer Unruhe, Zittern, Reizbarkeit und Grübelei. Bei der zweiten Messung nach Beendigung der Paarberatung hatten sich bei ihm die meisten Beschwerden verringert. Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen traten allerdings weiterhin auf, ebenso Übelkeit. Im Interview berichtete Herr E. von chronischen Beschwerden an der Hals- und Lendenwirbelsäule, die durch Bandscheibenvorfälle verursacht wurden, wodurch sich die andauernden Schmerzsymptome erklären. Frau E. erreichte bei der ersten Messung einen Wert von 23 Punkten und in der zweiten von 29 Punkten. Frau E. litt bei der Erhebung zu Beginn der Paarberatung unter starkem Schwitzen, Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen, Völlegefühl, Übelkeit, Grübelei, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Bei der Erhebung am Ende der Paarberatung waren die Nacken- und Schulterschmerzen weiterhin vorhanden, die Rückenschmerzen waren noch stärker ausgeprägt, Belastungen durch Mattigkeit, Überempfindlichkeit gegen Wärme, Schweregefühl und Unruhe in den Beinen waren hinzugekommen. Das Interview mit Frau E. gibt keine eindeutige Aufklärung darüber, womit ihre gestiegene Belastung durch die Beschwerden in Zusammenhang stand. Sie hatte durch mehrere Hörstürze eine chronische Schwerhörigkeit entwickelt, durch die sie in ihrer beruflichen Tätigkeit dauerhaft stark eingeschränkt war. Hinsichtlich ihrer Paarbeziehung fühlte Frau E. sich bei Beendigung der Paarberatung sehr entlastet. Allerdings bestanden ihre Probleme und inneren Konflikte wegen der Pflegebedürftigkeit ihrer Mutter weiterhin. Sie fühlte sich dadurch enorm belastet.

Frau E.: Es ist für mich einfach - eigentlich eine unerträgliche Situation. Und da kann ich einfach auch nicht locker sein. (Z.426-427)

Weil mir das auch einfach weh tut, wenn ich mir überlege, ich muss da jeden Monat 700 € bezahlen, dafür, dass sich jetzt meine Mutter immer so sperrt und so ungezogen ist. Aber das ist eben diese Altersdemenz. Und das ist für mich was ganz Schlimmes. (Z.433-435)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) ergab bei Herrn E. bei der ersten Erhebung einen gewichteten Summenwert von 31. Die Bereiche Einkommen/finanzielle Sicherheit, Familienleben/Kinder und Partnerschaft/Sexualität waren ihm

extrem wichtig, Freunde/Bekannte, Beruf/Arbeit sehr wichtig. Unzufrieden war er mit dem Beruf, eher unzufrieden mit Freizeitgestaltung und Gesundheit. Eher zufrieden war Herr E. mit seiner Partnerschaft/Sexualität und ziemlich zufrieden mit den Bereichen Freunde/Bekannte, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Familienleben/Kinder und Wohnen. Bei der zweiten Erhebung mit dem FLZ bei Beendigung der Paarberatung erreichte Herr E. einen Summenwert von 113, seine gewichtete Lebenszufriedenheit war demnach stark angestiegen. Extrem wichtig waren ihm zu diesem Zeitpunkt Familienleben/Kinder und Partnerschaft/Sexualität. Sehr wichtig waren ihm neben dem Beruf die Bereiche Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit und Freunde/Bekannte. Seine Zufriedenheit mit dem Familienleben war auf den höchsten Wert gestiegen. Mit seiner Gesundheit war er eher zufrieden, mit Partnerschaft/Sexualität und den übrigen Bereichen war er ziemlich zufrieden. Den Bereich Beruf/Arbeit hatte er bezüglich seiner Zufriedenheit bei der zweiten Erhebung nicht markiert. Frau E. erreichte bei der ersten Erhebung einen FLZ-Summenwert von 36 und bei der zweiten von 41. Der Bereich Familienleben/Kinder war Frau E. bei der ersten Messung extrem wichtig, die Bereiche Partnerschaft/Sexualität, Gesundheit und Beruf waren ihr sehr wichtig. Ziemlich zufrieden war sie mit Beruf, Wohnsituation und Familienleben/Kinder, eher zufrieden mit Partnerschaft/Sexualität und den anderen Bereichen. Bei der zweiten Erhebung am Ende Paarberatung waren ihr Partnerschaft/Sexualität, Gesundheit und Familienleben/Kinder sehr wichtig. Eher unzufrieden war sie mit den Bereichen Partnerschaft/Sexualität, Beruf, Gesundheit, Freizeitgestaltung und Freunde/Bekannte. Ziemlich zufrieden zeigte sie sich mit Einkommen, Wohnen und Familienleben/Kinder. Die Aussagen aus beiden Interviews spiegeln diese Ergebnisse wider. Herr E. empfand nach dem Auszug seiner jüngsten Tochter die familiäre Situation als entspannter. Seine Zufriedenheit mit der Paarbeziehung stieg auf den zweithöchsten Wert in der Skala des Fragebogens. Frau E. hatte vermehrt gesundheitliche Probleme durch ihre Schwerhörigkeit, die sich auch negativ auf ihren Beruf auswirkten. Die Beschwerden, die sie seit vielen Jahren als Folge einer großen gynäkologischen Operation hatte, wirkten sich einschränkend auf die sexuellen Kontakte mit ihrem Mann aus. Sie war zum Zeitpunkt des Interviews auf der Suche nach medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für ihre Beschwerden und

hatte aufgrund ihrer aktuellen Belastungen eine Psychologische Psychotherapie bei ihrer früheren Psychotherapeutin wiederaufgenommen.

Im Fragebogen Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF) fehlten bei Herrn E. bei der zweiten Erhebung 11 Antworten, davon sieben in der Skala Sexuelle Unzufriedenheit (SUZ). Die globale Unzufriedenheit (GUZ) in der ersten Messung lag bei Herrn E. bei einem T-Wert von 57. In dieser Skala sank sein Wert bei der zweiten Messung auf 47. Herr E. zeigte sich bezüglich seiner Paarbeziehung zu Beginn der Paarberatung als nicht zufrieden und entmutigt, sah Unstimmigkeiten und ernsthafte Schwierigkeiten und hatte an Trennung gedacht. Werte zwischen 50 und 60 weisen auf signifikante Schwierigkeiten in der Paarbeziehung hin, die Verbindung ist aber noch ausreichend gut, um gemeinsam Beratung aufzusuchen. In der zweiten Messung hatte Herr E. dem Item „Öfter daran gedacht, wieder Paarberatung aufzusuchen“ zugestimmt, was bei der Auswertung des EPF aufgrund der Konzeption des Fragebogens als Ausdruck der Unzufriedenheit in der Paarbeziehung gewertet wird. Im Interview wurde deutlich, dass Herr E. nach anfänglicher großer Skepsis die Paarberatung als sehr unterstützend und konstruktiv angesehen hatte und bei zukünftig etwaigen auftretenden Störungen in der Paarbeziehung wieder Paarberatung nutzen wollte. Dies ist eher als positives Anzeichen für die von ihm erworbene Kompetenz der Selbstöffnung anzusehen. Das Fragebogenkonzept und die subjektive Einschätzung von Herrn E. gehen bei derselben Aussage also auseinander.

Herr E.: Gut, Streit gibt's immer wieder mal. Da wird halt jetzt offen drüber gesprochen und eher gesprochen, als es sonst der Fall war. Gut, klar gibt's schon mal Zoff, aber das ist überall so, und dann ist das auch wieder o.k. Das wird ausgesprochen, und dann ist das Thema vom Tisch. (Z.267-269)

Trennungsgedanken vermerkte Herr E. bei der zweiten Erhebung mit dem EPF nicht, Hingegen meinte er zu seinem Umgang mit weiterhin vorhandenen Unstimmigkeiten auf der Paarebene:

Herr E.: Also ich hab wohl, oder wir haben beide eigentlich begriffen, dass man einfach so schnell nicht so eine Beziehung aufgeben darf und kann eigentlich nur wirklich sagen, wenn andere Paare in einer ähnlichen Situation sind: Auf jeden Fall zur Beratung gehen. (Z.470-472)

Frau E. hatte in der Skala GUZ bei der ersten Messung einen T-Wert von 46 und bei der zweiten von 43 erreicht. Beide Werte liegen in einem Bereich, in dem die Paarbeziehung als befriedigend gesehen wird.

In der Skala Affektive Kommunikation (AKO) klafften die T-Werte bei Herrn und Frau E. bei der ersten Messung weit auseinander. Herr E. zeigte sich mit einem Wert von 73 sehr unzufrieden mit dem Ausdruck von Zuneigung und Verständnis und der gegenseitigen Selbstöffnung in ihrer Paarbeziehung. Frau E. lag mit einem T-Wert von 49 in einem Bereich, in dem Partner/-innen einander vertrauen, sich unterstützt und verstanden fühlen und auf diesem Hintergrund ihre Gefühle und Gedanken mitteilen. Bei der zweiten Erhebung zeigte sich bei ihr ein ähnlich niedriger Unzufriedenheitswert von 44 bezüglich der emotionalen Intimität in der Paarbeziehung. Herr E. erreichte bei der zweiten Erhebung ebenfalls einen T-Wert von 44. Seine Unzufriedenheit mit Affektivität, gegenseitiger Empathie und Selbstöffnung in der Paarbeziehung war sehr stark gesunken. Im Interview hatte Herr E. betont, dass der Wendepunkt im Rahmen der Paarberatung für ihn darin bestand, dass seine Frau und er sich gegenseitig besser verstehen und akzeptieren konnten und ihre Lebensleistungen wechselseitig wertschätzten.

In der Skala Sexuelle Unzufriedenheit (SUZ) zeigte sich bei Herrn E. in der ersten Erhebung ein hoher T-Wert von 64. Er war mit der Häufigkeit der gemeinsamen sexuellen Kontakte unzufrieden, erlebte zu wenig Zärtlichkeit und zu wenig Interesse seiner Frau an der gemeinsamen Sexualität und zu wenig verbalen Austausch darüber. Bei der zweiten Erhebung erreichte er einen Wert von 47, der allerdings relativiert wird durch die Tatsache, dass Herr E. sieben Items der Skala nicht beantwortet hatte. Dies korrespondiert damit, dass er im Interview das Thema Sexualität in der Paarbeziehung nicht ansprach. Frau E. erreichte zu beiden Erhebungszeitpunkten einen T-Wert von 55 in der Skala SUZ. Sie sah Unstimmigkeiten mit ihrem Mann bezüglich der Häufigkeit der sexuellen Kontakte und mangelnden Austausch über die jeweiligen Bedürfnisse. Frau E. war besorgt darüber, dass ihre Probleme im Vaginalbereich die gemeinsame Sexualität negativ beeinflussten. Sie war mit der geringen Häufigkeit der sexuellen Kontakte nicht unzufrieden, vermutete dies aber bei ihrem Mann. Insgesamt wurde das Thema gemeinsame Sexualität von Paar E. in der Paarberatung ausgespart.

In der Skala Problemlösen (PBL) zeigte sich bei Herrn E. zum ersten Messzeitpunkt ein sehr hoher T-Wert von 80, er war sehr unzufrieden mit seiner Paarbeziehung in diesem Bereich. Beim zweiten Messzeitpunkt sank bei Herrn E. der Unzufriedenheitswert auf 48. Frau E. erreichte bei der ersten Erhebung einen Wert von 62 und bei der zweiten von 45. Ihre Unzufriedenheit mit der gemeinsamen Problemlösung verringerte sich ebenfalls. Herr E. stimmte bei der ersten Erhebung zu, dass sie bei geringen Meinungsunterschieden in heftigen Streit gerieten, wenig Möglichkeiten zur Problemlösung hatten und bei Diskussionen überreagierten. Bei hohen T-Werten in der Skala PBL liegen laut Konzeption des Fragebogens langanhaltende ungelöste Probleme und Konflikte vor, und in der Paarbeziehung dominieren negative Interaktionszirkel. Gegenseitig werfen sich die Partner/-innen mangelndes Verständnis und abwertendes Verhalten vor. Bei der ersten Messung war Frau E. trotz des hohen T-Wertes in der Skala PBL der Meinung, dass einige Problemlösefertigkeiten ihnen zur Verfügung standen, wie z.B. gegenseitiges Verständnis und Möglichkeiten, einen Streit zu beenden. Bei beiden zeigte sich in der zweiten Erhebung eine geringere Unzufriedenheit mit der Art, wie sie ihre Differenzen und Probleme lösten. Bei der zweiten Messung bejahte Herr E. Items, die Selbstöffnung und gegenseitiges Verständnis bei Differenzen beinhalteten. Er sah Möglichkeiten, Streitsituationen mit akzeptablen Lösungen für beide Seiten zu beenden und immer wiederkehrende Themen sowie gegenseitige Verletzungen zu vermeiden. Frau E. stimmte Items zu, bei denen es um einen offenen Austausch über strittige Themen und eine Beschränkung auf konkrete Themen ging. Außerdem bemerkte sie, dass die Empfindlichkeit bei ihr und ihrem Mann geringer war und sie sich innerhalb kürzerer Zeit wieder positiv einander zuwandten. In den Interviews wurde bei beiden deutlich, dass sie im Rahmen der Paarberatung einen Weg gefunden hatten, bei Differenzen die positive emotionale Verbindung zueinander aufrecht zu erhalten.

In der Subskala Aggression erreichte Herr E. einen Wert von 46 bei der ersten und 41 bei der zweiten Erhebung. Bei Frau E. waren es ein Wert von 47 bei der ersten Messung und von 42 bei der Messung zum Ende der Paarberatung. Beide Werte waren gesunken. Frau E. schilderte im Interview, dass sie von Seiten ihres Mannes weniger Verhalten ihr gegenüber wahrgenommen habe, das sie als „*Krallen*“ bezeichnete. Herr E. empfand mehr Harmonie in der Paarbeziehung, seit die jüngste Tochter

das Elternhaus verlassen hatte. Zuvor meinte er, dass seine Frau und seine Tochter ihn aus ihrem gemeinsamen Gesprächskontakt ausgeschlossen hätten.

In der Skala Gemeinsame Freizeitgestaltung (GFG) zeigte sich Herr E. zu Beginn der Paarberatung mit einem T-Wert von 72 wesentlich unzufriedener als Frau E., die einen Wert von 59 erreichte. Herr E. war sowohl unzufrieden mit der Häufigkeit und Dauer als auch mit der Qualität der gemeinsam verbrachten Zeit und sah wenig gemeinsame Interessen. Ihm fehlten gemeinsame Freude und Vergnügen bei der Freizeitgestaltung. Hohe Werte in der Skala GFG weisen u. a. auf eine emotionale Distanzierung hin. Bei der Erhebung am Ende der Paarberatung waren beide mit einem Wert von 41 wesentlich weniger unzufrieden mit diesem Bereich der Paarbeziehung. Frau E. illustrierte diese Veränderung folgendermaßen:
Frau E.: Und wir machen jetzt eigentlich auch schon wieder mehr zusammen. Wir gehen auch schon mal zu Freunden, verabreden uns. Wir waren jetzt, am Wochenende haben wir einen Wochenendausflug gemacht, eigentlich auch so ein bisschen gezwungenermaßen. Wir waren in A. gewesen wegen unserer jüngsten Tochter, weil wir beim Spezialisten waren. Aber das habe dann schon in Angriff genommen, und das geht schon. (Z.266-270)

In der Skala Konflikte in der Ursprungsfamilie (KUF) erreichte Herr E. bei beiden Messungen einen hohen Unzufriedenheitswert. Er stimmte Items zu, die eine negative Atmosphäre im Elternhaus und negative Familienbeziehungen sowie eine problembelastete Paarbeziehung der Eltern beinhalteten. Im Interview äußerte er sich nicht dazu und berichtete auch nicht, dass diese Themen innerhalb des Paarberatungsprozesses zur Sprache kamen. Frau E. schilderte ihren Mann als sehr verschlossen und nicht bereit oder in der Lage, in seiner Psychotherapie über Persönliches zu sprechen.

<u>Zusammenfassung Paar E.</u>

Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle lag bei Paar E. eine Kumulation von Belastungen durch körperliche und psychische Erkrankungen vor. Ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten waren erschöpft. Ihre Rollen hatten sich durch die krankheitsbedingte Frühberentung von Herrn E. verändert, so dass die Regulation von Distanz und Nähe neu erfolgen musste. Herr und Frau E. hatten sich emotional entfremdet, und Trennungsgedanken traten auf. Ihre sexuelle Beziehung

war gestört. Mehrere Verlusterlebnisse traten kurz nacheinander auf. Die jüngste Tochter, die die Vertraute von Frau E. gewesen war, verließ das Haus. Herr E. hatte sich sehr auf den Kontakt mit dem Hund der Familie konzentriert. Es bedeutete einen großen emotionalen Verlust für ihn, dass der Hund eingeschläfert werden musste. Als entscheidende Schritte im Rahmen des Paarberatungsprozesses sahen beide die neu entwickelte offene Kommunikation über strittige Themen und die Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten. Herr E. betonte seinen Perspektivwechsel in Bezug aus seine Frau und ihre Lebensleistung als relevante Veränderung, während für Frau E. bedeutsam war, dass ihr Mann sich ihr gegenüber öffnete und ihr echtes Interesse entgegenbrachte. Nicht angesprochen wurden im Rahmen der Paarberatungssitzungen die gemeinsame Sexualität.

7.3.2 Zusammenfassung der Fallbeschreibungen

Alle Befragten führten an, dass sie im Vorfeld ihres Paarberatungsprozesses mit schweren gesundheitlichen und/oder psychosozialen Belastungen und Konflikten konfrontiert waren. Sie benannten durchgängig, dass sie sich zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung überfordert gefühlt hatten. Insbesondere die Fähigkeit zur Regulierung der eigenen Emotionen war ihnen verloren gegangen. Sie sahen einen Zusammenhang zwischen den lang andauernden Überforderungssituationen und Aggression in der Paarbeziehung. Bei einigen Befragten verringerten sich die Beschwerden, die über Selbsteinschätzungsinstrumente in meiner Studie 1 erhoben wurden, wegen ihrer chronischen Erkrankungen im Verlauf der Paarberatung nicht. Die generelle Unzufriedenheit der Partner/-innen mit der Paarbeziehung – über die Skala GUZ des Fragebogens EPF in Studie 1 erhoben - entwickelte sich bei fast allen Paaren aus meiner Studie 2 in unterschiedliche Richtungen. Ein Partner/eine Partnerin erreichte einen gestiegenen, der/die andere einen verringerten Wert der generellen Unzufriedenheit. Einige der Partner/-innen berichteten in den Interviews, dass sie im Lauf der Paarberatung ein deutlicheres Bild von den Problemen in ihrer Paarbeziehung gewonnen hatten, was sie zum Teil als belastend und zum Teil als entlastend empfanden. Entsprechend stieg oder sank ihre generelle Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung. Einige Befragte betrachteten im Paarberatungsprozess ihre eigenen Anteile an den Partnerschaftsproblemen und die Anteile des Partners/der Partnerin differenziert und bewusster. Zudem erschlossen sie sich alternative Erlebens- und

Verhaltensmöglichkeiten, indem sie eine kognitive Umbewertung der Probleme in der Paarbeziehung vornahmen. Die Unzufriedenheit mit der affektiven Kommunikation in der Paarbeziehung sank, wenn die Partner/-innen eine emotionale Wiederannäherung mit dem Partner/der Partnerin erlebten. Ihre Unzufriedenheit mit dem gemeinsamen Problemlösen sank, wenn sie im Prozess der Paarberatung mehr Selbstöffnung praktizierten und Verständnis für die Sichtweisen des/der anderen entwickelten. Einige der Befragten nannten als Lösungsstrategie spontan eine aktive Konfliktvermeidung in der Interaktion mit dem Partner/der Partnerin. Indem sie in angespannten Situationen auf die Bedürfnisse des Partners/der Partnerin Rücksicht nahmen, vermieden sie Verletzungen auf der Paarebene. Einige der Befragten thematisierten im Paarberatungsprozess die Unzufriedenheit mit ihrer sexuellen Beziehung nicht, reflektierten dies aber in ihren Einzelinterviews.

Alle Interviewten äußerten, dass sie zu Beginn der Paarberatung die Qualität ihrer Paarbeziehung als eher schlecht einstuften. Im Verlauf des Paarberatungsprozesses nahmen sie einen Anstieg ihrer Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung wahr. Bei einigen der Befragten sank ihre Zufriedenheit nach der Beendigung der Paarberatung wieder stark ab. Dies zeigt sich in der Zusammenschau der Visualisierung in einem Koordinatenkreuz, in dem alle Befragten während ihrer Interviews entsprechende Markierungen vornahmen (s. Abbildung 7).

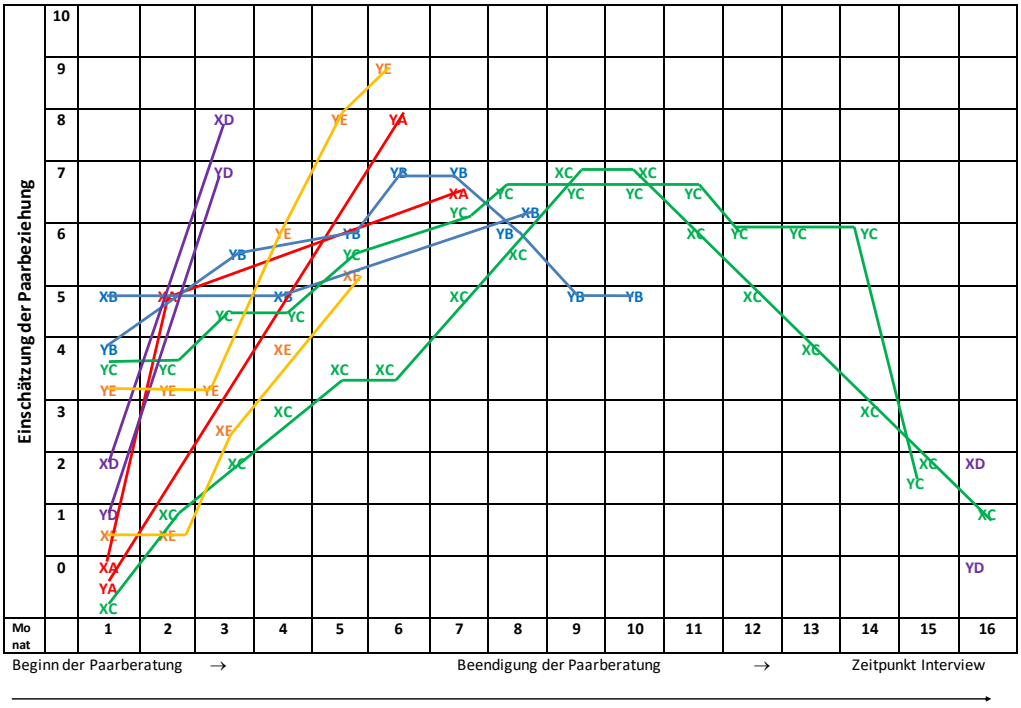


Abbildung 7: Paare A, B, C, D, E. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; X = Frau, Y= Mann

7.3.3 Das Kategoriensystem

Im Anschluss an die paarweise Darstellung der 10 Interviewfälle stelle ich die Auswertung der kodierten Interviewergebnisse differenziert anhand des Kategoriensystems vor, das ich zu diesem Zweck ausgearbeitet habe. Einen Überblick über die Kategorien und die zugeordneten Subkategorien, die ich aus den für meine Fragestellung relevanten Textsequenzen und entsprechenden Kodierungen entwickelt habe, gibt die Abbildung 8.

Drei maßgebliche übergeordnete Kriterien geben dem Kategoriensystem Struktur. Sie sind aus dem Interviewleitfaden abgeleitet und wurden auf der Basis der kodierten Interviewaussagen entwickelt: I. Belastungsfaktoren, II. Problembereiche und III. Bewältigungsprozesse.

Die Belastungsfaktoren der Einzelnen und der Paarbeziehung zeigen sich insbesondere bei den Anlässen für die Anmeldung zur Paarberatung und in den belastenden Themen, die für die Befragten zu Beginn des Beratungsprozesses im Vordergrund standen.

Problembereiche sind die Themen, die die von mir Befragten auf der individuellen und/oder Paarebene im Lauf des Paarberatungsprozesses herausgearbeitet hatten. Präkonzepte zu langjährigen Paaren aus theoretischen Ansätzen waren z.B. die Erstarrung innerhalb der Paarbeziehung bzw. langwährende destruktive Interaktionszirkel des Paares.

Unter Bewältigungsprozesse sind die Veränderungen und Ressourcen hinsichtlich der Paarbeziehung zu verstehen, von denen die Befragten im Rückblick auf den Zeitraum der Paarberatung berichteten. Die Erfahrungen der Befragten im Kontakt mit dem Berater/der Beraterin wurden ebenfalls als Kategorie aufgenommen. Die Befragten sahen einen Zusammenhang zwischen dem Interaktionsgeschehen zwischen den Klienten/-innen und Beratern/-innen und den Möglichkeiten, die sie zur Bewältigung ihrer Partnerschaftsprobleme entwickelt hatten. Daher ist dieses Thema den Bewältigungsprozessen beigefügt.

Die Darstellung der Kategorien mit den zugeordneten Subkategorien orientiert sich am zeitlichen Ablauf der Paarberatungsprozesse, so wie sie subjektiv von den Befragten wahrgenommen und geschildert wurden. Am Beginn stehen die Schlüsselsituationen, die den Anlass zur Paarberatung darstellten. Es folgen die akuten und chronischen Belastungsfaktoren der Einzelnen und der Paarbeziehung, wie die Befragten sie zu Beginn des Paarberatungsprozesses empfanden. Die Forschungsliteratur zu Menschen im höheren Lebensalter legt nahe, in den Äußerungen der Befragten zu ihren Belastungen und Problemen Verlusterlebnisse, Krankheiten, Kränkungen und Überforderung sowie Übergangssituationen wie den Eintritt in den Ruhestand oder die sogenannte „Empty-nest-Situation“ zu erwarten (Freund, Weiss & Nikitin, 2014; Riehl-Emde, 2014, 2015).

Es folgen die Problembereiche, die sich zu Beratungsbeginn und im Verlauf des Paarberatungsprozesses zeigten. Im Prozess der Kodierung und Kategorienbildung stellte sich heraus, dass sich die Problembereiche, die für die Befragten zu Beratungsbeginn prominent waren, im Lauf des Beratungsprozesses veränderten und

andere Themen in den Fokus rückten. Daher habe ich unterschieden zwischen den Kategorien „Themen zu Beratungsbeginn“ und „Themen während Beratung entwickelt“.

Daran schließen sich die von den Befragten subjektiv wahrgenommenen Veränderungen und Bewältigungsprozesse an, die sie im Zeitraum der Paarberatung bei sich selbst und ihren Partnern/-innen beobachtet haben.

Die Erfahrungen der Befragten zur Interaktion mit dem Berater/der Beraterin werden in eine eigene Kategorie gefasst. Die Befragten sahen einen Zusammenhang zwischen dem Geschehen zwischen den Klienten/-innen und Beratern/-innen und den Möglichkeiten, die sie zur Bewältigung ihrer Partnerschaftsprobleme entwickelt hatten. Daher ist dieses Thema den Bewältigungsprozessen zugeordnet.

Es folgen IV. Weitere zentrale Kategorien, zum einen die Kategorie zur Entwicklung der Qualität der Paarbeziehung vom Zeitpunkt der Beendigung der Paarberatung bis zum Interviewzeitpunkt, entsprechend den kodierten Schilderungen der Befragten.

Zum anderen habe ich in einer gesonderten Kategorie ich Aussagen der Befragten zusammengefasst, die ihre Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitssystems im Zusammenhang mit den Problemen in ihrer Paarbeziehung thematisieren. Diese Kategorie bildete sich für mich überraschend im Laufe der Interviews heraus.

Kategoriensystem zur Kodierung der Interviews mit Klienten/-innen im Alter 55 plus, die Paarberatung wahrgenommen haben

I. BELASTUNGSFAKTOREN:
Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung

→ Subkategorien:

Zuspitzung eines chronischen Konflikts/Krisenhöhepunkt

Eigene Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft

Kumulation von Belastungen

Belastendes Ereignis

Kontext der Zuweisung

Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung

→ Subkategorien:

Massive gesundheitliche Beeinträchtigung

Emotionale Entfremdung des Paares

Verlusterfahrung

Verzweiflung/Überforderung

Problematische Beziehung zu erwachsenen Kindern

II. PROBLEMBEREICHE:
Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt

→ Subkategorien:

Dysfunktionale Interaktionsmuster des Paares

Beziehung zu erwachsenen Kindern/Empty nest

Körperliche/sexuelle Beziehung

Ungleichgewicht durch Krankheit

Ressourcen des Paares

Soziale Beziehungen

Lebensgeschichtliche Belastung eines Partners

III. BEWÄLTIGUNGSPROZESSE:
Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum

→ Subkategorien:

Offen miteinander sprechen

Eigenen Anteil erkennen

Perspektivwechsel

Emotionale Nähe wiedergefunden

Körperliche Wiederannäherung

Konflikte aktiv vermeiden

Wendepunkt

Paargeschichte als Ressource

Keine Veränderung der Paarproblematik

Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen

→ Subkategorien:

Erwartungen an Beratung

Skepsis bezüglich Beratung

Selbstöffnung fördern

Affektive Rahmung durch Berater/-in

Konfrontation durch Berater/-in

Anker-Sätze des Beraters/der Beraterin

Hoffnung fördern

IV. WEITERE ZENTRALE KATEGORIEN:

Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende

→ Subkategorien:

Veränderung instabil

Beratung zu früh beendet

Beratung in Zukunft wiederaufnehmen

Gesundheitssystem

→ Subkategorien:

Empfehlung zur Paarberatung

Ambulanter psychotherapeutischer und ärztlicher Kontakt

Stationärer Aufenthalt

- *Abbildung 8:* Kategoriensystem zur Kodierung der Interviews mit Klienten/-innen im Alter 55 plus, die Paarberatung wahrgenommen haben

Im Folgenden stelle ich die Hauptkategorien und die jeweils zugeordneten Subkategorien differenziert dar und illustriere sie exemplarisch anhand von entsprechend kodierten Textstellen aus den Interviews.

Jeder Kategorie sind Abbildungen beigefügt, die veranschaulichen, wie häufig die jeweiligen Subkodes in den 10 Interviews vergeben wurden. Die jeweils kodierten Sinnsegmente wurden als Analyseeinheit ausgewählt. Basis für die Berechnung der Prozente ist die Anzahl aller kodierten Segmente.

Abbildungen mit Kode-Matrix-Visualisierung der Kodierungen in den 10 Interviews ergänzen jeweils die Beschreibung der Kategorien. Diese grafischen Darstellungen zeigen, bei welchem Interview zu welcher Kategorie viele bzw. wenige Segmente zu finden sind.

Die genannten Abbildungen wurden mit dem Programm MAXQDA 12 erstellt.

I. Belastungsfaktoren

Kategorie „Schlüsselsituation/Anlass für Paarberatung“

Bei der Frage, was die Befragten motiviert hat, genau zu dem Zeitpunkt Paarberatung aufzusuchen, zu dem sie sich angemeldet hatten, zeigte sich, dass sich ihre Lebenssituation zugespitzt hatte. Problematische individuelle und paarbezogene Entwicklungen und belastende Kontextfaktoren waren bereits längere Zeit vorher gegeben. Diese Kategorie entspricht einer Momentaufnahme bezüglich der Entscheidung, institutionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der EFL-Beratungsstelle hatten die Belastungen entweder eine „kritische Masse“ erreicht, oder es trat eine Veränderung im Paar- und Familiensystem oder im Umfeld auf, die den Anstoß gab, Unterstützung zu suchen. Dazu gehörten körperliche und psychische Erkrankungen - eigene sowie die des Partners/der Partnerin - und Veränderungen durch den Auszug der erwachsenen Kinder aus dem Elternhaus oder Umstellungen im beruflichen Bereich, z.B. unfreiwillige Frühpensionierung oder Mobbingerfahrungen. Die Belastungsfaktoren hatten eine große Schwere und Wucht und bestanden zum Teil über viele Jahre. Die Klienten/-innen bzw. die Paare versuchten, die belastenden Auswirkungen auf ihre Lebenssituation und Paarbeziehung aus eigener Kraft zu bewältigen, stießen an ihre Grenzen und gerieten dadurch in die

aktuelle Krise. Besonders deutlich wurde die emotionale Überforderung hervorgehoben. Bewältigungsversuche der Einzelnen, des Paares und Hilfe durch das soziale Umfeld hatten keine Entlastung und Lösung erbracht, so dass schließlich professionelle Hilfe in Form der institutionellen Paarberatung in Anspruch genommen wurde.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Schlüsselsituationen“ sind in absteigender Häufigkeit der Kodierung:

- Zuspitzung eines chronischen Konflikts/Krisenhöhepunkt
- Eigene Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft
- Kumulation von Belastungen
- Belastendes Ereignis
- Kontext der Zuweisung

Die Bezeichnung der Subkategorie „Zuspitzung eines chronischen Konflikts“ ist an einen In-vivo-Kode angelehnt, der sich in den unten aufgeführten Textzitaten findet. Länger anhaltende Belastungen führten dazu, dass die Befragten keine Möglichkeit mehr sahen, ihr emotionales Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Ihre Unzufriedenheit mit einer über einen längeren Zeitraum bestehenden Problematik im Rahmen der Paarbeziehung wurde subjektiv zu groß.

Beispiele für die Subkategorie „Zuspitzung eines chronischen Konflikts/Krisenhöhepunkt“:

- *Und es hat sich im letzten Jahr einfach so zugespitzt, dass wir überhaupt nicht mehr miteinander klarkamen.*
- *Ja, davor, muss ich sagen, hab ich ja, bevor er dann zum Arzt ging, hab ich ja bald einen Nervenzusammenbruch gekriegt. Da hab ich geschrien mitten in der Nacht, dass das Haus wohl alles mitgekriegt hat. Vor Verzweiflung und vor, vor nicht mehr können. Von seine verwirrte und verdrehte Aussprache, die hat mich so fertig gemacht in den fünf Jahren, dass dann wohl der Nullpunkt war, wo ich es nicht mehr hören konnte.*
- *Das Ganze hat einfach bewusstgemacht, unsere Beziehung, wir haben also jahrelang ziemlich aneinander vorbeigeredet, meine Frau und ich. Und als dann doch die Unzufriedenheit zu groß wurde und wir das dann auch gelesen haben von dieser Paarberatung, da haben wir gedacht, das ist jetzt die Chance, eventuell*

das Ruder noch einmal rum zu reißen. Weil, auf Dauer wäre es eine Indifferenz gewesen, und das ist für beide Seiten ja nicht gerade befriedigend.

- *Also ich hatte, sagen wir mal so, ich hab - ja ich war 37, und 35 Jahre war ich ja praktisch zu Hause von morgens bis abends, alleine. Mein Leben funktionierte hundertprozentig. Mein Mann war zu Hause, und es funktionierte nichts mehr. Verstehen Sie? Ich bin mittags nach Hause gekommen, er war da. Ich hatte nicht eine Minute mehr für mich. Ich hatte ihn ständig um mich herum! Und das hat mich völlig kirre gemacht.*

Die Subkategorie „Eigene Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft" enthält Hinweise auf Versuche der Befragten, die Probleme aus eigener Kraft zu lösen, die gescheitert waren.

Beispiel für die Subkategorie „Eigene Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft":

- *Dass wir, dass wir wahrscheinlich nicht so in diese Situation rein geschlittert wären. Dass wir da eher drüber nachgedacht hätten. Also, das Problem bei uns war immer, dass ich, mein Mann war 18 Jahre im Fernverkehr, oder 17 Jahre, und ich sehr eigenständig bin und immer alles alleine mache. Wo er dann anfing, in den Nahverkehr zu gehen, wo er dann anfing krank zu werden, das war, also das Zusammenspiel war ganz schwierig. Ich war immer, ich hab alles alleine gemacht, ich hab alles selbst in die Hand genommen, und da kamen enorme Probleme. Und da hätten wir eigentlich ansetzen müssen und sagen, da holen wir uns jetzt mal Hilfe, wie wir das fachlich – aber wir haben immer gedacht, kriegen wir alles in den Griff! Das kriegen wir alles - in den Griff.*

Der Subkategorie „Kumulation von Belastungen" sind gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen zugeordnet, die im Vorfeld der Anmeldung zur Paarberatung gehäuft auftraten.

Beispiele für die Subkategorie „Kumulation von Belastungen":

- *Ja, da ging's uns ziemlich mies und ziemlich dreckig, gebe ich ehrlich zu, ne. Denn da kamen viele Faktoren aufeinander. Das war damals erst die Erkrankung von meiner Frau und das, o.k., das dauerte auch eine Zeit. Dann ging es bei mir nervlich, psychisch ziemlich bergab, ne, und da hatte ich auch schon, bis wir hier angefangen sind, hatte ich, glaube ich, schon drei Klinikaufenthalte hinter mir.*

- *Da hat sich unheimlich viel, es hat sich alles verändert! Es war finanziell ganz schlecht, es war gesundheitlich bei beiden ganz schlecht, und die Kinder waren dann mehr oder weniger schon aus dem Haus, ja, und dann ist das Ganze so - so diese Durchhaltetaktik: wir kriegen das schon hin sowohl finanziell. Wir hätten das Haus Jahre eher verkaufen müssen, wir hätten Jahre eher losgehen müssen, aber jetzt ist es halt so gewesen, dass wir zu lange oder so lange gewartet haben.*

Unter die Subkategorie „Belastendes Ereignis“ sind plötzlich eintretende Vorfälle im Lebenskontext der Befragten oder innerhalb der Paarbeziehung gefasst, die sie als stark verunsichernd bedrohlich empfanden.

Beispiel für die Subkategorie „Belastendes Ereignis“:

- *Und wie gesagt, das waren einfach so eingefahrene Strukturen, das ist jeder seinen Weg gegangen. Und wie gesagt, da kam plötzlich dieser berufliche Einschnitt, und dann war von heute auf morgen alles aus den Fugen geraten.*
- *Ach ja der Satz kam, ich war immer ein armer Kerl, von Anfang an, ich hätte ja nichts gehabt, als wir geheiratet haben. Und das hat mich ja so maßlos enttäuscht, ich habe immer geglaubt, er hat mich aus Liebe geheiratet und nicht aus was haben.*

In der Subkategorie „Kontext der Zuweisung“ wird deutlich, auf welchen Wegen die Befragten einen Hinweis auf das Angebot der Paarberatung erhielten bzw. wer sie motiviert hatte, sich in einer Beratungsstelle anzumelden. Zum einen waren es Ärzte/-innen oder Psychologische Psychotherapeuten/-innen, die dezidiert auf die EFL-Beratungsstelle hinwiesen. Zum anderen geben Familienmitglieder oder Freunde die Empfehlung. Einige der befragten Paare hatten bereits früher Erfahrungen mit Paarberatung gesammelt.

Beispiele für die Subkategorie „Kontext der Zuweisung“:

- *Er ist selber verzweifelt dahin, und hat gesagt, Herr Doktor, helfen Sie mir, ich mache alles falsch. Ich mach meine Frau kaputt, meine Ehe, ich mach alles kaputt, und ich kann, und ich weiß nicht, wie ich das ändern soll. ... Aber auch dann hat der Doktor gesagt, ich kann Ihnen nur eins empfehlen, wenn das hilft, ich kann sie übermitteln zu 'ne Beratung. Ja, und da war er natürlich sofort Feuer und*

Flamme und hat mich dann auch sofort gefragt, und ich hab gesagt, natürlich gehe ich da mit.

- *Sie wusste, dass es diese Einrichtung gab, wohl aus dem eigenen Bekanntenkreis, wo also auch Paare schon die Beratung in Anspruch genommen hatten... und dann haben wir uns halt erkundigt, wo ist die Möglichkeit.*
- *Und wir hatten schon mal eine Paarberatung gehabt, ähm, da ging es uns auch besser, äh, ein bisschen besser. Und da hab ich dann angesprochen, ob wir das nicht machen wollten. „Ja, klar!" Uns wurde das auch geraten von Frau Dr. X. und von meiner Frau Y. (Einzeltherapeutin, Anm. d. V.) auch, und da haben wir uns Sie ausgesucht, weil Sie empfohlen wurden.*
- *Eigentlich ging die Initiative von unserer mittleren Tochter aus. Die sagte „Mensch, Ihr müsst da mal hin!". Dann haben wir überlegt und uns erkundigt, und dann sind wir hier praktisch auf S. gekommen.*

Die Übersichtsgrafik zur Kategorie „Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung" (Abbildung 9) verdeutlicht, wie häufig die Subkodes insgesamt in den 10 Interviews prozentual vorkommen.

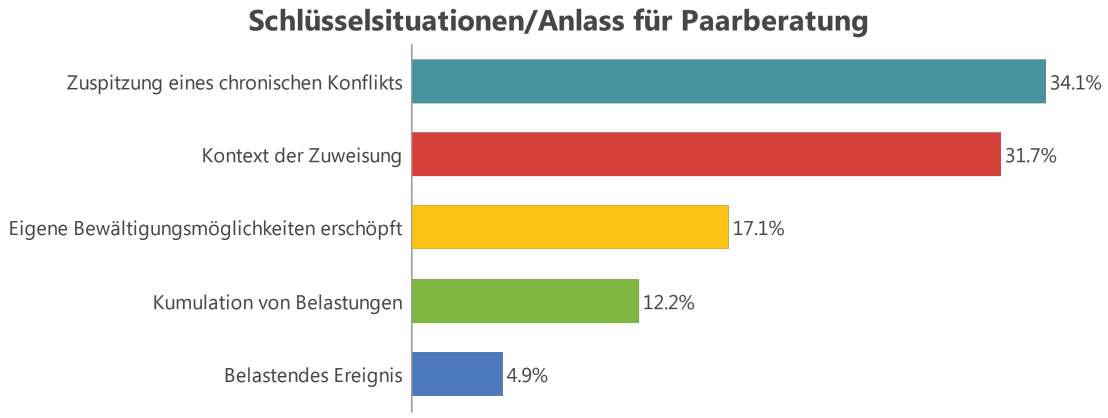


Abbildung 9: Kategorie Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung, Häufigkeit der kodierten Segmente über die 10 Interviews

In der Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung" (Abbildung 10) lässt sich ablesen, welche der befragten Personen sich wie häufig zu den Aspekten der Subkodes äußerten. Je größer der Knoten ist,

desto mehr Segmente sind zu dem betreffenden Subkode vorhanden. Die Partner/-innen der Paare unterschieden sich zum Teil in ihren Schwerpunktsetzungen. Bei Paar A. zeigte sich übereinstimmend die Betonung des Subkodes „Zuspitzung eines chronischen Konfliktes“.

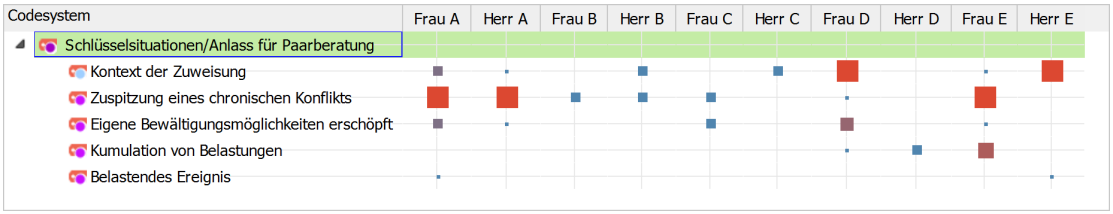


Abbildung 10: Kategorie Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung, Verteilung der Subkodes über die 10 Interviews

Die Themen im Rahmen der Paarberatung, die die Befragten retrospektiv benannten, differenziere ich nach „Themen zu Beratungsbeginn“ und „Themen während der Beratung entwickelt“. Diese beiden Kategorien sind nicht völlig trennscharf, dennoch erscheint es sinnvoll, sie zu unterscheiden. Die kodierten Interviewausschnitte, die sich unter „Themen während der Beratung entwickelt“ finden, enthalten mehrheitlich Hinweise auf die Paardynamik und Paarinteraktionsmuster sowie die subjektive Bedeutung, die die einzelnen Partner/-innen den problematischen Themen zuschreiben. Im Vergleich dazu bleiben die Aussagen, die unter „Themen zu Beratungsbeginn“ zusammengestellt sind, eher auf der beschreibenden Ebene angesiedelt.

Kategorie „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung“

Die Problembereiche emotionale Entfremdung vom Partner/der Partnerin und massive gesundheitliche Beeinträchtigung wurden von den Befragten am häufigsten genannt, wenn es um die Themen zu Beginn der Paarberatung ging. Individuelle Verlusterfahrungen und Gefühle von Verzweiflung und Überforderung wurden ebenfalls diesem Zeitpunkt zugeordnet. Die Beziehung zu erwachsenen Kindern, die inzwischen nicht mehr im elterlichen Haushalt wohnten, wurde reflektiert.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung“ im Überblick:

- Massive gesundheitliche Beeinträchtigung
- Emotionale Entfremdung des Paares
- Verlusterfahrung
- Verzweiflung/Überforderung
- Problematische Beziehung zu erwachsenen Kindern

Massive gesundheitliche Beeinträchtigungen beinhalten sowohl körperliche Erkrankungen als auch psychische Krankheitssymptome inklusive Suchterkrankungen. Die Befragten nannten beispielsweise degenerative und schwere Erkrankungen des Bewegungsapparates, Folgen von Krebserkrankung, Schmerzstörungen, depressive Symptome, Angststörungen, Alkoholabusus und Spielsucht. Die befragten Personen sehen deutlich eine Verbindung zwischen den gesundheitlichen Belastungen und Problemen in der Paarbeziehung.

Beispiele für die Subkategorie „Massive gesundheitliche Beeinträchtigung“:

- *Mein Mann ist vor – jetzt muss ich überlegen – sechs Jahren aufgrund psychischer Erkrankung in Rente gegangen. Ich bin an Krebs erkrankt, und von da an ist eigentlich alles - ging es ziemlich bergab. Aus dem einfachen Grunde, weil ich hab versucht, mit meiner Krankheit fertigzuwerden. Er hat zu der Zeit noch gearbeitet, ist aber mit dem Ganzen nicht klargekommen, und dann ist irgendwann die Luft rausgegangen. Dass wir, dass das Miteinanderreden, das ging einfach nicht mehr so wirklich.*
- *Ja, dann kamen bei mir noch gesundheitliche Probleme dazu, dass ich dann ab Herbst zur Schmerztherapie weg war und ich dann noch zusätzliche Bandscheibenvorfälle im Hals- bzw. Brustwirbelbereich dazu bekam. Ja, das war ein ziemlich verkorkstes Jahr ... Und wie gesagt, das ging natürlich dann auch zulasten der Ehe, zu unserer Beziehung dann.*
- *Denn der hatte einen Schaden, die Nerven waren beschädigt, sind auch heute noch. Er hat einen ganz komischen Gang manchmal, dass ich sag, es ist doch nicht zu fassen, wie du läufst, das ist doch sagenhaft, breitbeinig krumm und was er sonst gar nicht macht, andere Tage wiederum. Naja, das ist nicht das Wichtigste, aber er vergaß – alles! Dem habe ich was erklärt, ich geh ins andere Zimmer, er kommt nach und stellt dieselben Fragen. Er drückte sich anders aus. Er*

nahm Worte, die gar nicht dahin gehörten. Die dem Satz eine ganz andere Bedeutung gaben. Und jedes Mal, tagtäglich, und fünf Jahre musste ich sein ganzes Wortgerede verbessern.

In der Subkategorie „Emotionale Entfremdung des Paares" sind Aspekte wie emotionale Spannungen, Distanzierung voneinander, Erfahrungen von Kränkung durch das Verhalten des Partners/der Partnerin und Vertrauensverlust zusammengefasst. Die Beziehung wurde auf einem Tiefpunkt gesehen. Gemeinsames Merkmal ist der mangelnde bzw. verloren gegangene positive emotionale Kontakt des Paares.

Beispiele für die Subkategorie „Emotionale Entfremdung des Paares":

- *Ähm, weil so die ganze häusliche Situation oder die Paarsituation außerhalb dieser sexuellen Situationen komplett zu Ende war - eigentlich. Es hatte jeder so sein eigenes Leben gelebt, das war klar. Mein Mann ist früh morgens aus dem Haus, spät abends nach Hause gekommen. Das war sein Leben. Als Paar haben wir überhaupt nicht mehr gelebt die ganzen Jahre.*
- *Das waren also geballte Situationen, die auf uns zukamen, und wir haben uns immer mehr auseinandergelebt. Er war immer in seinem Bereich und ich in meinem Bereich.*
- *Dass ich mich da verschlossen habe und es immer schlimmer wurde. Ich mein, das ist alles ein Prozess, der über Jahre gegangen ist, aber es wurde eben immer schlimmer. Dadurch, dass mein Mann mich immer sehr oft angelogen hat, durch die Spielerei, hab ich kein Vertrauen mehr zu ihm gehabt, und dadurch ist das alles ein bisschen – ja, wie gesagt nicht mehr, wir haben nicht mehr miteinander gelebt.*
- *Man trifft sich nicht. Nebeneinander hergelaufen, nicht miteinander.*
- *Er war eigentlich immer in so einer Glasglocke. Man kam also absolut nicht an ihn heran.*
- *Das waren so Jahre, da hing so ein Schleier über alles. Undurchschaubar, die Sonne schien, und kam nicht da dran.*

In der Subkategorie „Verlusterfahrungen" stehen der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Mobbingerfahrungen und unfreiwillige Frühberentung im Vordergrund, die neben den Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl zum Teil zu finanziellen Problemen

führten. In den Äußerungen der Befragten wurde deutlich, dass es sich um kumulierte Verlusterfahrungen handelte, also aufeinander folgende oder gleichzeitig auftretende Belastungen, die die Coping-Möglichkeiten der Einzelnen und des Paares sowie des sozialen Umfeldes überforderten. Hier spiegeln sich Phänomene einer Destabilisierung wider, die unter der Kategorie „Schlüsselsituationen" bereits genannt wurden. Der Verlust von sozialen Beziehungen und sozialer Unterstützung fällt ebenso unter diese Subkategorie.

Beispiel für die Subkategorie „Verlusterfahrungen":

- *Ja, das war eigentlich die gesamte Situation von meinem Mann, die Arbeitssituation, dass er zu Hause war. Und es hat sich im letzten Jahr einfach so zugespitzt, dass wir überhaupt nicht mehr miteinander klarkamen. Er hatte Probleme, und war auch schon in Psychotherapie wegen seines Burn-outs und wegen dieser ganzen Situation. War dann damit fertig gewesen, hat aber seine berufliche Situation, die Rentensituation, überhaupt nicht verkraftet gehabt. Und es drehte sich in seinem Kopf immer so die Enttäuschung, was da alles gewesen ist.*
- *Das war natürlich schon mal ein gewaltiger Druck, den ich hatte. Denn irgendwie, ich wusste ja auch nicht wie's weitergeht vom Finanziellen. Und am Arbeitsamt hat man mir ganz klar gesagt, also in Ihrem Alter, da können wir mit Ihnen nicht mehr viel anfangen. Ihre Akte wird wohl die unten in der Schublade liegen bleiben, und das war's dann für Sie.*
- *Was also jetzt auch noch dazu kam, wir haben unsere Hündin einschläfern lassen müssen. Wir haben sie 14 ½ Jahre gehabt, und das war ein Familienmitglied. Also das war eigentlich genau wie ein Kind. Und da war auch mein Mann sehr, sehr drauf fixiert, und die ist einfach nicht mehr da. Also für ihn ist das eine ganz, ganz schwere Situation. Für uns eigentlich alle, dass sie nicht mehr da ist.*
- *Und deswegen sind wir auch so verhasst mit meiner Seite, die alle auseinandergegangen sind. Die haben sich gesagt, du hast so ein gutes Leben, jetzt wo du Sorgen hast, lass uns bloß in Ruh. Alle haben sich auf feindselige Weise von uns getrennt, weil mein Mann eben auch saß und saß und kein Wort sprach und das Leiden im Gesicht hatte.*

Die Subkategorie „Verzweiflung und Überforderungssituationen“ schließt an die genannten Punkte an. Die eigenen Möglichkeiten der Einzelnen und des Paares zur Bewältigung der kritischen Situation sind ausgeschöpft.

Beispiele für die Subkategorie „Verzweiflung und Überforderungssituationen“:

- *Ja, wir hatten einfach immer feste Regeln. Das war das Gute. Ich hab mich um Haus und Kinder gekümmert, mein Mann ist die ganze Woche unterwegs gewesen. Und wir haben unheimlich viel geredet, weil die Zeit, wenn er da war, haben wir nie für Streitereien oder irgendwie - es war immer eine ausgefüllte Zeit. Es war perfekt! Und dann brach das alles zusammen mit der - mit beiden Krankheiten und dem Finanziellen. ... Das war nicht so einfach, und das ist auch nicht so einfach. ... es war jeder so mit sich selbst beschäftigt - und das hat, es hat einfach irgendwie nicht richtig funktioniert.*
- *Und es ging so weiter, fünf Jahre, und dann hat unser Hausarzt – hab ich immer wieder mal geklagt, und dann hat er gesagt: „Ja, ja, Frau A., Sie müssen ja froh sein, dass Ihr Mann überhaupt noch lebt!“. Ich sag, ja sicher bin ich froh, dass er lebt, ich sag, aber das ist kein Leben mehr. Ich sag, ich gehe eher kaputt dran als er. Der wird eines Tages wach, und ich bin nicht mehr.*

Die Beziehung zwischen den Eltern und ihren erwachsenen Kindern wurde von einigen Befragten zu Beginn des Beratungsprozesses als problematisch für die Paarbeziehung geschildert. Dabei wurden Koalitionsbildungen im Familiensystem als Anlass für Spannungen zwischen den Befragten benannt.

Beispiel für die Subkategorie „Problematische Beziehung zu erwachsenen Kindern“:

- *Also, mein Mann meinte, ich unterstütze meine Tochter, und wir beide haben immer Front gegen ihn. Das war eben auch so am Anfang des Jahres so eine Situation. Er fühlte sich immer als Außenseiter.*
- *Und wir hatten auch so eine Situation gehabt, bei uns war eben auch viel, so diese Paarbeziehung litt ja auch darunter, dass wir unsere jüngste Tochter noch bei uns hatten, die jetzt im September ausgezogen ist. Da hatte mein Mann wohl auch immer drauf spekuliert, dass sie auszieht. Und wenn sie ausgezogen ist, ist*

mit uns alles in Ordnung!... Für meinen Mann auf jeden Fall. Weil meine jüngste Tochter, die hat es einfach nicht verkraftet, wie er sich in der ganzen Situation, beruflichen Situation, Enttäuschung, hat hängen lassen. Und dass nur, dass er nur in seiner Welt lebte.

- *Ja, und dann kommt die Tochter – gleich mit Vorwürfe: „Das musste ja mal kommen! Da haste davon, soweit isset jetzt!" und so, weil sie merkte, es ist nicht mehr die Harmonie zwischen den beiden. „Was ist bloß los? Äh, die versuchen miteinander auszukommen, aber was gewesen ist, ist nicht mehr", das merkt ja eine Tochter auch, ne? Und – es war ja so, dass dann auch schon mal Streit entstand, und wenn sie dabei war, nahm ich keine Rücksicht mehr. Ich hab kein Geheimnis mehr draus gemacht, ich hab gesagt soll sie es doch merken, wat er hier anstellt. Und – da ja der Vater die erste Geige bei ihr ist, konnte sie ja nicht zugeben, was der falsch macht oder wie die Fehler, die er macht, das Nervende, Zernervende.*

In der Übersichtsgrafik zur Kategorie „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung" (Abbildung 11) wird dargestellt, wie häufig prozentual die Subkodes in den 10 Interviews insgesamt vorhanden sind. Massive gesundheitliche Beeinträchtigungen und emotionale Entfremdung als Paar traten am häufigsten auf.

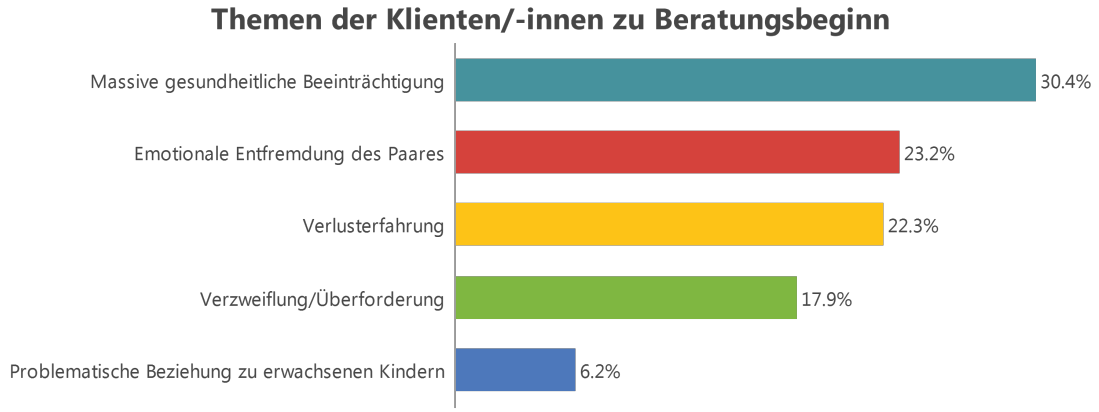


Abbildung 11 Kategorie Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Die Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung“ (Abbildung 12) gibt einen Überblick, in welcher Häufigkeit die befragten Personen die Subkodes thematisierten. Die einzelnen Personen unterscheiden sich darin, wobei die Belastung durch die gesundheitlichen Probleme und Verlusterfahrungen sowie die Entfremdung als Paar herausstechen.

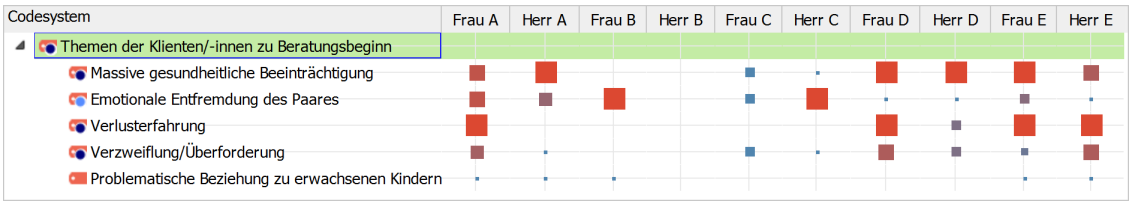


Abbildung 12 Kategorie Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

II. Problembereiche

Kategorie “Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt“

In diese Kategorie wurden Äußerungen der Befragten aufgenommen, die das destruktive interaktionelle Zusammenspiel, in dem das Paar gefangen war, ebenso thematisieren wie Veränderungen der Rollen z.B. aufgrund der veränderten Situation nach Beendigung der Berufstätigkeit des Mannes oder das Ungleichgewicht in der Beziehung durch die Krankheit eines Partners. Unterschiede zwischen den Partnern bezüglich ihrer Motive, ihrer jeweiligen Sinnstrukturen und Lebensthemen werden expliziert. Dabei werden die Belastungen in der aktuellen Krise mit problematischen Themen des Paares in Verbindung gebracht, die seit längerer Zeit ungelöst waren.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt“ im Überblick:

- Dysfunktionale Interaktionsmuster des Paares
- Beziehung zu erwachsenen Kindern/Empty nest
- Körperliche/sexuelle Beziehung
- Ungleichgewicht durch Krankheit
- Soziale Beziehungen
- Lebensgeschichtlich Belastung eines Partners/Kriegserfahrungen

- Ressourcen des Paares

Auf die Subkategorie „Dysfunktionale Interaktionsmuster des Paares“ entfielen die meisten Codings in dieser Kategorie. Darunter gefasst werden Verstrickungsphänomene, die die Befragten in ihren Paarbeziehungen wahrnahmen und die in destruktiven interaktionellen Zirkeln zu emotional eskalierenden Situationen oder Verstummen zwischen den Partnern/-innen führten. Die Befragten sprachen zudem Themen an wie mangelnde Abgrenzung dem Partner/der Partnerin gegenüber, Autonomiebestrebungen und deutliche Unterschiede zwischen den Partnern/-innen. Probleme in der Gestaltung der Paarbindung, der Nähe- und Distanzregelung und mit veränderten Rollen fallen ebenso in diese Subkategorie.

Beispiele für die Subkategorie „Dysfunktionale Interaktionsmuster des Paares“:

- *Wir haben da also beide zu Hause sehr viel drüber gesprochen und, das war uns relativ schnell klar, dass das schon mal ein großer Punkt bei uns ist, der einfach nicht in Ordnung ist. Weil jeder sagt, hör mal, ich kann das und das nicht machen, weil's dem andern ja nicht gut geht. Von beiden Seiten, so diese Rücksichtnahme war einfach zu viel des Ganzen. Das ist uns eigentlich auch relativ schnell bewusstgeworden.*
- *Dass ich dadurch so ein bisschen versuche, meinen Mann zu bestrafen. Am Anfang! Jetzt ist das schon so ein - schon so lange her, dass man da jetzt ziemlich schwierig wieder rauskommt, ne... dass ich das dann als Strafe für meinen Mann gemacht hab und gesagt hab „Ach, wenn du spielst, dann kriegst du eben kein Sex.“ Und erst recht, wenn Du mich anlügst.*
- *Ja wie gesagt, also, es war nachher soweit, ich hab dann auch oft, muss ich sagen, überreagiert, wenn meine Frau was gesagt hat. Sie ist, dass werden Sie nachher merken, wenn sie hier ist, schwerhörig, und dann hat sie manchmal etwas nicht so verstanden oder auch etwas missverstanden. Und, statt er nochmal nachzufragen, hat sie mir dann was gesagt. Das habe ich dann wieder missverstanden, weil sie's nicht richtig verstanden hat (lacht). Na jedenfalls gab's dann immer oft sofort*

Zoff untereinander, dass einer sofort den anderen angefahren hat. Das war sicherlich auch einer der Punkte da. Das hat sich einfach irgendwie so im Laufe der Zeit hochgeschaukelt, das Ganze.

- *Also er hat das, das waren einfach so Situationen, wie im ganzen Leben, wie die 23 Jahre zuvor auch. Wir haben miteinander gesprochen, bis zu einem ganz gewissen Punkt hat er zugehört. Und wenn es dann so, sagen wir mal, ans Eingemachte geht, dass er sich mal so ein bisschen Gedanken machen musste, was nicht sein Umfeld war, also jetzt sein Betrieb, dann hat er praktisch immer abgeschaltet.*
- *Ja, es kam oft dann nicht zu offenen Aussprachen, weil ich dann immer ein bisschen Bedenken habe, ja S. (Tochter, Anm. d. V.) ist zu Hause, die kriegt das mit. Die muss das nicht mitkriegen. Und, ja dann fehlt es eben oft an der Aussprache dann, dass man sich unterhalten, ausgesprochen hat. Und vieles wurde dann einfach mehr oder weniger totgeschwiegen von diesen Problemen.*
- *Dann hab ich das all die Jahre halt mitgemacht, unter den verschiedenen Dingen, über die wir auch gesprochen haben, und dass ich gesagt habe, o.k., wenn das dein Ding ist, dann macht das bitte alleine! Und ich geb dir den Freiraum dafür. Aber bitte nicht, lass es bitte keine anderen, die wir kennen, Verwandtschaft, Familie sozusagen erkennen. Und das hat er, daran hat er sich ja nicht gehalten, ja, und dann wurde es eigentlich zunehmend problematischer, ne, in unserer Beziehung.*
- *Wir haben also jetzt einen Urlaub geplant, und ich hab diese Tage wirklich gesagt, soll nicht jeder für sich fahren? Wäre das nicht sinnvoller? Einfach damit man mal zu sich kommt.*
- *Ich möchte jetzt einfach nur mal nicht an meinen Mann denken und einfach wirklich nur „Ich“! Dass ich sage jetzt, ich möchte versuchen meine Nerven zu stabilisieren... Ich mein, es fällt mir natürlich sehr schwer. Ich weiß auch nicht, wie ich es schaffe, aber wenn ich dahin komme, dass ich einfach nur sage „Ich“, was mein Mann sagt, ob er spielt, ich kann nichts dafür, ich bin nicht da, ich kann nicht kontrollieren.*

- *Wenn ich jetzt für mich losgehe, so zu Kur oder so, dann heißt es natürlich: "Abgrenzen, einhalten, immer erst an sich denken!" Dann geht er in die Klinik: "Abgrenzen, einhalten!" Und das wieder zusammenzubringen, ist ganz schwierig. Für mich jedenfalls, ich finde das ganz schwierig. Beiden wird ja gesagt: „Du musst zuerst mal an dich denken." Und das dann in die Beziehung rein zu kriegen, ist schon sehr schwer.*
- *Es muss jeder muss praktisch auf den anderen zugehen. Also ich muss mehr auf ihn zugehen, und mein Mann muss ein bisschen versuchen zurückzugehen. Aber dass wir versuchen sollen, schon irgendwo ein Punkt zu suchen, wo wir uns treffen. Und jeder muss auch eben an sich arbeiten.*
- *Und von Stund an, wo mein Mann zu Hause war, diese lange Krankschreibung und die Arbeitslosigkeit, war mein Leben völlig aus den Fugen geraten. Er wollte dann immer was machen, und dann musste ich ihm immer alles erklären. Und dann habe ich gesagt, komm, ich mach es schon alleine. Vor allen Dingen, wenn ich sonst, ich hatte früher immer ständig Nachtdienst, und jetzt habe ich dann nur noch Tagdienst, so über einen halben Tag gehabt. Und ich bin mittags nach Hause gekommen, mit meinem Hund rausgegangen, hab meinen ganzen Nachmittag so gestalten können, wie ich wollte und hatte meine Ruhe. Und jetzt hatte ich keine Ruhe mehr. Dieses Klammern von meinem Mann, das hat mich völlig verrückt gemacht!*

In der Subkategorie „Beziehung zu erwachsenen Kindern" finden sich Äußerungen zur sogenannten Empty-nest-Situation, also dem Umbruch, der sich durch den Auszug erwachsener Kinder aus dem elterlichen Haushalt ergab und den Auswirkungen auf die Paarbeziehung.

Beispiele für die Subkategorie „Beziehung zu erwachsenen Kindern/Empty-nest":

- *Ich persönlich vermute, dass es auch viel vielleicht mit den Kindern zu tun hatte, weil meine Kinder zu Hause lange gelebt haben, und die innerhalb von einem halben Jahr alle drei nach Hause – äh - ihre eigenen Wege gegangen sind. Und da konnte ich mich dann mehr gehen lassen. So habe ich mich dann immer wegen meinen Kindern, also, dass ist eine Vermutung von mir, weiß nicht, ob es*

stimmt, wegen meinen Kindern bin ich dann immer stark geblieben. ... Und die sollten das alles nicht so mitkriegen. Da hat man sich ein bisschen mehr zusammengerissen. Und wo die weg waren, da waren nur noch wir beide, da brauchte ich mich nicht mehr zusammenreißen, und da hat man sich dann ein bisschen mehr fallen lassen, und da wurde die Kluft immer größer.

- *Und, ich sag mal so, mein Mann versucht jetzt schon auf unserem Sohn zuzugehen, mehr als früher, nur, unser Sohn blockt ab. Und das kommt, denke ich auch, durch die psychotherapeutische Behandlung ... und arbeitet vermutlich jetzt alles auf, die Vergangenheit, die Beziehungen, die unser Sohn zu seinem Vater, zur Mutter hat, wie auch immer. Ja, mein Mann, wenn ich ihn dann mal drauf anspreche, dann sagt er "Ja, was glaubst du, wie ich mich früher mit meinem Vater gefetzt habe." Und das weiß ich wohl, aber das war bei unserem Sohn nie der Fall. Der hat alles sozusagen runtergeschluckt. Das war nie so eine normale auch Konfrontation oder Losnabelung, äh, also weder von meinem Mann noch von mir. Aber, aber ich hab eben diesen Part auch übernommen, ja praktisch Mutter und Vater, würde ich sagen, so in einer Funktion, ne.*
- *Ja. Das ist natürlich für alle jetzt auch eine ziemliche Umstellung gewesen, auch für meine Frau jetzt, für uns auch. Das Haus ist plötzlich leer... Ja, sagen wir mal so, sie war sonst bei uns. Wir haben zusammen gegessen, sie war, immer wieder haben wir zusammengesessen, im Wohnzimmer abends. Und das fällt jetzt natürlich dann weg.*
- *Ja, auch mit unserer mittleren Tochter, ich konnte mich stundenlang unterhalten! Ja, und das ist jetzt ebenso, es fehlt, seit sie ist ausgezogen ist. Also das fehlt mir jetzt, obwohl die Gespräche jetzt wieder mehr mit meinem Mann sind. Also, da ist die Situation schon, wie mein Mann sagte, dass alles sich in Wohlgefallen auflöst, wenn sie weg ist. Also dass wir mehr miteinander sprechen. Aber ich persönlich leide so ein bisschen darunter, dass sie ausgezogen ist.*

Die Subkategorie „Körperliche/sexuelle Beziehung“ enthält Äußerungen der Befragten zu Problemen in der gemeinsamen Sexualität des Paares, die unterschiedliche Bedürfnisse der Partner/-innen, negative Interaktionskreisläufe und gesundheitlich bedingte Störungen widerspiegeln.

Beispiele für die Subkategorie „Körperliche/sexuelle Beziehung“:

- *Ich hab ein paar Mal gesagt, meine Güte, sei nicht so ein Dickkopf! Und dann fing ich an, mit ihr zu knutschen, und ich kenne sie ja ganz genau, und sie ist sehr, über Küssen und sowas. Und dann hat man so richtig gemerkt, nee, dat, wenn ich jetzt küsse, dann kriegt er mich vielleicht rum. Nee! Da hatte sie dann Feierabend gemacht. Als ob sie zumacht. Die ist jetzt grundsauer. Das Grundsauer-Sein, sage ich mal jetzt, verhindert jetzt, dass sie sich loslässt und sagt "Ach komm!".*
- *Es war er vorher dieses fürchterliche - es war ein ganz anderes Krallen. ... Ja, also, sagen wir mal so, ich hatte vorher nur dieses Gefühl, wenn wir zusammen sind, dass er wirklich auf das Sexuelle hinaus ist.*
- *Ja, wo ich ihm dann auch gesagt habe, nach über 20 Jahren Ehe, dass ich da so meine Probleme habe. Und das hab ich ihm so deutlich vorher nicht gesagt! Und, äh, es ist ihm dann ja auch eben so bewusstgeworden, und ich hab ja teilweise ihm gegenüber ein schlechtes Gewissen gehabt, ne. Weil, er versuchte schon, von seiner Seite aus kamen da Annäherungsversuche, die ich dann von meiner Seite aber abgeblockt habe. Und das wurde mir denn hier auch wieder nochmal so klar, wenn ich dann auch gesehen habe, wie es ihm dann auch weh tut. Verständlicherweise irgendwo, aber, ja –*
- *Tja – wie ging es dann weiter? Freundschaftlich, würde ich sagen. Nett, höflich, freundschaftlich. Zwischendurch kriegte ich ja immer wieder mal ne Stunde, wo ich gesagt habe, alles liegt vor mir, alles liegt vor mir, alles steht vor meinen Augen.*
- *Das ist für mich immer noch so ein Faktor. Ich bin ja von der ärztlichen Seite in Behandlung deshalb, aber so richtige Lösung hab ich dafür auch noch nicht gefunden. Ich wollte jetzt noch mal einen Spezialisten aufsuchen, ob man da noch irgendetwas machen kann. Dass es also, da klappt es einfach noch nicht. Also ich muss sagen, wir waren nie so aktiv wie vielleicht andere. Aber, ähm, das ist schon so eine Situation, die für mich auch hier am Anfang und auch jetzt, also jetzt nicht mehr ganz so schlimm, aber wenn mein Mann mir so in die Nähe kam, ich wusste dann schon immer, ja, er will was. Und da hab ich dann schon, habe ich abgeblockt, ne. Also, ich konnte das nicht haben. Lass mich am besten ganz in Ruhe,*

es artet sonst bloß als Streit aus. Und das konnte er nicht. Der musste und wollte mit mir schmusen, und ich wollte nicht. Und ich sag, kannst du nicht kapieren, kapierst Du eigentlich überhaupt nichts?

- *Für mich weniger wichtig. Ich glaube, mein Mann leidet da mehr drunter. Das, weil ich, das hab ich in der Kur schon immer gesagt, ich kann also gar nicht mehr gut haben, wenn mir einer irgendwo zu nahe kommt. Im Moment geht es einigermaßen besser. Es ist so unterschiedlich, aber im Großen und Ganzen halte ich also alle gerne auf Distanz. Und da fangen bei uns dann die Schwierigkeiten schon an.*
- *Ne, also auch in den Jahren zuvor war, wie gesagt, diese Sexualität auch nie im Vordergrund. Das war auch, mehr oder weniger ist das irgendwann mal so nebenbei.*
- *Das ist vergessen, das ist vorbei, da – das hat mit der Chemo zu tun. Das war schlagartig zu Ende. Er hat ja auch mal diese Viagra ausprobiert, aber, das bringt nichts. Die Erregung ist wohl da, aber da spielt sich nichts mehr ab. Ein paar Minuten, und dann ist die Schwäche wieder da. Das ist dann jedes Mal so eine Enttäuschung, wissen Sie, der Mann ist zerknirscht, unzufrieden, das schlechte Gewissen, kann mich bald nicht mehr angucken. Und da sag ich, weißte wat? Wir lassen das! Ich kann jetzt in diesem Alter ohne leben. Ich bin nicht abgestumpft oder abgestorben, aber ich kann auch ohne leben. Ich sag, und du, du warst ja schon immer nicht der Schlimmste, immer nicht der Windhund. Du warst ja schon immer nur der ruhende Pol und ich das Schwungrad in unsere Ehe. Aus dem Grund, ne, da hätten wir gar nicht zusammenkommen dürfen von Verschiedenheit. Ist doch auch gegangen! Ist auch gegangen.*

Einige der Befragten schilderten, wie sich in der Folge der Erkrankung eines Partners/einer Partnerin die Rollen und das eingespielte Zusammenleben veränderten.

Beispiele für die Subkategorie „Ungleichgewicht durch Krankheit“:

- *Er hat sich natürlich durch diese Depression verändert. Mehr als ich mich verändert habe, und ich sollte, das haben die mir in Y auch gesagt, ich sollte mir endlich mal die Zeit nehmen und zu so einer Selbsthilfegruppe für Angehörige gehen, um*

das einfach besser zu verstehen. Weil ich manchmal denke, mein Gott, stell dich nicht so an! So denke ich wirklich leider manchmal, weil ich dann denke, mir tun die Knochen auch so weh. Jetzt hat er natürlich die starke Rheuma noch dazwischen, und er fühlt sich natürlich - er ist mit 56 in Rente gegangen. Und dadurch hatte sich natürlich erst recht als Versager gefühlt.

- *So nach dem Motto, ich kann mich so ein bisschen um mich kümmern und muss mich nicht da - das ist eigentlich so, ich hab schon so oft zu ihm, das hab ich auch damals hier gesagt, die Verantwortung will ich einfach nicht haben. Ich will einfach, oder nicht immer so dieses Gefühl haben, ich muss darauf achten. Das geht dann nämlich zu weit. Dann sag ich nämlich auch, mach das doch so, und mach das doch so. Weil ich dann irgendwo schon in diesem blöden Verantwortungsgefühl drin bin und dann natürlich auch über das Ziel hinausschieße. Ihm dann auch irgendetwas sage, was er eigentlich tun soll, wo ich dann denke, ich bin nicht deine Mutter, das musst Du selber wissen... Dass ich dann anfange zu sagen, macht das so und, zieh dich nochmal um. Was ja irgendwo gar nicht dahin gehört.*
- *Und ich erleb dann die Seite, dass er einfach wenig sagt und sich zurückzieht. Ja, letztes Mal, wo's nach Y. (Psychiatrische Klinik, Anm. d. V.) ging, da ging es dann soweit, dass er zu mir gesagt hat einen Morgen, da ist er rausgegangen und hat gesagt, dir würd's viel besser ohne mich gehen. Also, da habe ich gemerkt, er hatte schon öfter diesen Suizidgedanken, und dann habe ich den Arzt angerufen, und dann ist der nachmittags sofort nach Y. gekommen. Und da habe ich mich so schlecht gefühlt, weil ich gedacht habe, ich hab ihm irgendwo das Gefühl gezeigt, dass er jetzt eingewiesen wird oder so. Aber der Arzt hat mit uns gesprochen, das war immer noch auf freiwilliger Basis. Ich hab dann auch in Y. sofort, die fragten, ob er dann in diese geschlossene Abteilung, da hab ich sofort gesagt, auf keinen Fall! Weil ich das einfach kenn. Aber ich hatte wirklich Angst gekriegt und gesagt, ich will diese Verantwortung nicht übernehmen.*
- *Ich hab mich erschrocken, dass meine Frau so fertig war, obwohl ich mich anders gefühlt hatte. Ich hatte mich ja besser gefühlt. Hatte ich mich richtig erschrocken, das hatte ich gar nicht so mitgekriegt ... Und da geht sie jetzt in die Klinik rein.*

Dat sagt mir, dass es wirklich ernst war bei ihr. Ganz ernst! Und dass es kurz vor 0,0 war. Und dat, wat mich am meisten erschreckt hat, ist, dass ich das so die letzten Monate ab Weihnachten gar nicht mitgekriegt hat. Für mich war ich auf dem absteigenden, äh, aufsteigenden Ast.

Parallel zu den Belastungen kommen in der Subkategorie „Ressourcen des Paares“ explizit stabilisierende Faktoren für die Paarbeziehung zur Sprache. Solidarität, Kontinuität und gemeinsame Werte und die lange Dauer der Beziehung wurden als Basis der Paarbeziehung gesehen.

Beispiele für die Subkategorie „Ressourcen des Paares“:

- *Also ich hab, mein Mann hat mir nie einen Grund gegeben zu sagen, wir gehen auseinander. Also, er war immer für uns da, und er ist nie mit jemand anders zusammengegangen. Also es ist nicht so, dass jemand anders, dass wir uns anders irgendwie orientiert haben. Wir waren immer ein Paar. Und ich weiß nicht, ich geb auch nicht so schnell auf. Und mein Mann auch nicht, denke ich mal. Unsere Ehe, unsere Familie hat eigentlich eine ganz andere Basis oder ein anderes Ziel als die jungen Leute von heute.*
- *Ja, also weil für mich, ähm, stand schon immer fest, ich werde mich nie von meinem Mann trennen. Unsere Großen, gerade unsere mittlere Tochter, die hat immer gesagt, warum trennt Ihr Euch nicht? Und es war auch schon mal bei der Psychotherapeutin, war auch schon mal das Gespräch, wenn man einfach nicht zusammenpasst, wenn man nichts mehr zusammen unternimmt, sollte man sich trennen. Das stand für mich immer fest, dass ich das nie machen werde.*
- *Wenn wir wohin kam dann dieses immer "Die zwei Schönen kommen." Ja – ist nichts mehr bei ihm davon da. Aber die Liebe ist geblieben. – Und Mitleid, viel Mitleid.*
- *Ja, weil ja erstmal eine Ehe, menschliche Zwischenbeziehung, und heutzutage wird das ja so bloß so betrieben, dass das die Hauptsache ist. Das ist ja heute alles das Wichtigste, ne. Und das ist gar nicht das Wichtigste. Wenn's drauf ankommt, zu beweisen – ist Liebe da? Dann ist Sex gar nicht mehr so wichtig. Wenn das andere überwiegt, wenn die Liebe überwiegt wie bei uns, es in den Bach reingehen, oder sagen wir mal, es, es stürzt runter, es geht nach unten, oder wie*

soll ich es ausdrücken, da ist ein Schleier drüber und keiner wird mehr klar: "Wird das noch was, oder wird das nicht?".

- *Nur mein Mann, der hat dran geglaubt. Er hat immer gesagt: „Wir werden uns wiederfinden. Du wirst mich wiederfinden, weil ich dich kenn.“. Nur schade, dass man erst krank werden muss, und man erst zwei Nächte grübelt und dann einem klar wird, 40 Jahre so ein charmanter Mann – den kann man nicht einfach so im Stich lassen.*

In der Subkategorie „Soziale Beziehungen“ werden Erfahrungen der Befragten mit ihren sozialen Beziehungen im näheren Umfeld angesprochen, die als enttäuschend oder kritisch empfunden wurden. Erfahrungen mit sozialer Unterstützung finden sich ebenso.

Beispiele für die Subkategorie „Soziale Beziehungen“:

- *Und deswegen sind wir auch so verhasst mit meiner Seite, die alle auseinandergegangen sind. Die haben sich gesagt, du hast so ein gutes Leben, jetzt wo du Sorgen hast, lass uns bloß in Ruh. Alle haben sich auf feindselige Weise von uns getrennt, weil mein Mann eben auch saß und saß und kein Wort sprach und das Leiden im Gesicht hatte. Und so sehen, die Hautfarbe, die ganze Veränderung wollten die nicht mitmachen. Warum, ist doch nicht meine Schwester, ist doch bloß eine Halbschwester, warum soll ich das in Kauf nehmen?*
- *Weil er - was mich so entsetzt daran, ist, wenn wir irgendwo sind, merkt man ihm nichts an. Und dann denkt man, dem geht es aber gut! Aber nicht zu Hause. Er versucht einfach nach außen immer ein Bild auch so zu halten, was er nicht, dass es ihm alles nichts ausmacht. Und das ärgert mich. Und das versuche ich ihn immer wieder zu erklären, dass er auch außerhalb sagt, mir geht es richtig schlecht. Und nicht immer außen sagt, mir geht's gut, und zu Hause geht‘s ihm nur noch schlecht.*
- *Wir gehen nicht in denen ihre Wohnung, und die kommen auch nicht bei uns inne Wohnung. Da stehen wir im Korridor und reden, so über‘m Flürchen, oder wir bleiben im Flur. Aber als es mir mal ganz schlecht ging, da habe ich gezittert am ganzen Leib, und mein Mann war nicht da. Da war dann irgendwie der schlimme Nullpunkt. Da ging es mir auf einmal ganz schlecht nervlich. Und da*

habe ich da angeschellt, und gesagt, Frau Z., sind Sie so freundlich und kommen Sie einen Moment zu mir rüber, reden Sie mit mir, mir geht es so schlecht. Mein Mann ist nicht da, der kommt aber bald wieder. Einfach nur reden, ist egal was. Dann fange ich mich wieder, dat is so. Die hat sofort den Schlüssel geschnappt, war sofort da.

Belastende Erfahrungen im Lebenslauf wurden von den Befragten als Hintergrund für Probleme in ihren familiären und Paarbeziehungen genannt. Dies schließt bei der entsprechenden Alterskohorte traumatisierende Erfahrungen im II. Weltkrieg ein.

Beispiele für die Subkategorie „Lebensgeschichtliche Belastung eines Partners/einer Partnerin“:

- *So war meine Mutter, ich sag, wenn du so eine Mutter gehabt hättest, die dreimal die Woche die Kinder verplästert hat, und nicht, weil ich geheult hab und meine Brüder, und hab Prügel gekriegt, damit ich einen Grund hatte zum Heulen, dann könntest du heute von Ungerechtigkeit sprechen oder von Misshandeln, wie sagt sie?*
- *Und einige von seinen Schwestern haben es auch gemacht, äh, dass die gesagt haben, „Also irgendwie, wir wollen mal unsere Vergangenheit auch aufarbeiten. Was war so in der Familie“, und, ja, das hat mein Mann eigentlich nie gemacht. Er sucht sich dann immer, hat sich dann immer andere, äh, Tätigkeiten gesucht, die er intensiv betreibt und auch immer sehr gut macht, überall gut ankommt. Und, aber diesen, sag ich mal, ja, persönlichen Bereich hat er für sich immer verdrängt, würde ich so sehen. Und da hat er dann eben mal hier so drüber gesprochen, ne.*
- *Ich schalte ab, wenn, wie Sie sagen, das Eingesperrte, irgendwo weg, Gedanken weg. Jetzt dat wieder, dat mit dem Krieg. Ich weiß es, ich hör es, ich lass es nicht da oben zu. Weil wir Krieg erlebt haben, verstehen Sie? Da kann ich nichts hören vom Krieg. Es wird mir zu schwer, wenn ich was sehe und höre vom Krieg. Also lass ich die Gedanken nicht zu. Ich schütze mich selber dadurch.*

Die Übersichtsgrafik zur Kategorie „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt“ (Abbildung 13) zeigt die prozentuale Häufigkeit der Subkodes über alle 10 Interviews. Sehr deutlich wird, dass dysfunktionale Paarinteraktionsmuster im Lauf des Beratungsprozesses in den Fokus rückten.

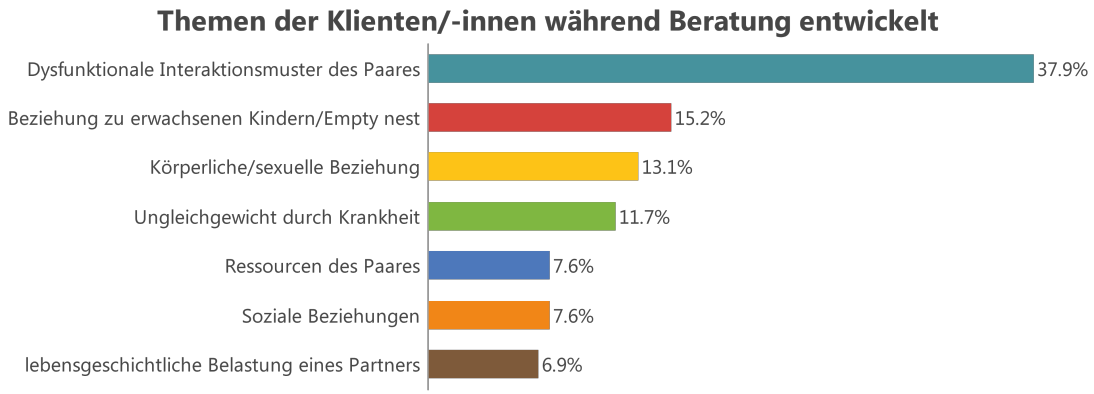


Abbildung 13 Kategorie Schlüsselsituationen, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Die Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt“ (Abbildung 14) gibt einen Überblick, in welcher Häufigkeit die befragten Personen die semantischen Inhalte der Subkodes benannten. Bei sieben der Befragten war eine starke bis sehr starke Hervorhebung des Aspektes der maladaptiven interaktionellen Zirkel in der Paarbeziehung zu erkennen.

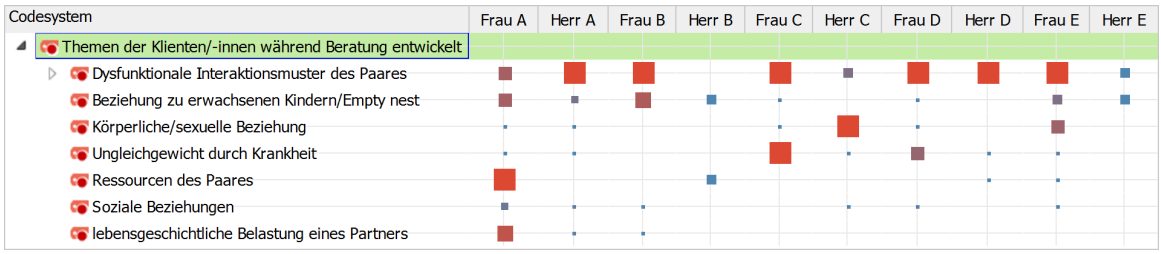


Abbildung 14: Kategorie Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

III. Bewältigungsprozesse

Kategorie „Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum“

In dieser Hauptkategorie finden sich zum einen Veränderungsphänomene, die im Zeitraum der Paarberatung intern in den Befragten abliefen und zum anderen Veränderungen, die sich innerhalb oder außerhalb der Beratungssitzungen zwischen den Befragten und ihren Partnern/-innen ereigneten. Im Lauf des Paarberatungsprozesses nahmen die befragten Personen bestimmte Aspekte bzw. Hintergrundthemen der Paarbeziehung und ihren eigenen Anteil an den Problemen in der Paarbeziehung in den Blick und öffneten sich selbstkritisch dafür. So richtete sich der Fokus nicht ausschließlich auf die belastenden Anfangsthemen, die eher externen Faktoren zugeschrieben wurden, sondern sie betrachteten ihr subjektiv als problematisch etikettiertes Verhalten.

Als bedeutsam beschrieben die Befragten, dass sie sich mit Ihrem Partner/ihrer Partnerin - im Gegensatz zum Zeitraum vor der Paarberatung - offen über ihre jeweiligen Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse, Erlebnisse, Erfahrungen, Probleme und Sichtweisen austauschten. Als weiteren entscheidenden Punkt nannten sie ihr verändertes Verhalten, dem/der anderen zuzuhören und die Impulse des/der anderen aufzunehmen. Hand in Hand gingen die Prozesse, den eigenen Anteil an der Paarproblematik zu erkennen und damit einen Wechsel der Perspektive vorzunehmen, d.h. gegenwärtige und vergangene Situationen aus der Sicht des Partners/der Partnerin zu betrachten.

Die Befragten beschrieben mehrheitlich, dass sie sich im Zeitraum der Beratung als Paar auf emotionaler und körperlicher/sexueller Ebene wieder angenähert hatten. Dies habe zu ihrem Wohlbefinden sehr beigetragen. Destruktive Konflikte mit dem Partner/der Partnerin wurden reduziert. Um zu gemeinsamen Lösungen für Stress- und Konfliktsituationen beizutragen, setzten sie die aktive Vermeidung von Konflikteskalation und weitere Strategien zur Emotionsregulation ein.

Einige Befragte schilderten Wendepunkte, an denen sie eine Neuentscheidung für den Partner/die Partnerin getroffen hatten. Die gemeinsame Vergangenheit als Paar wurde als Ressource und Hoffnungsquelle gesehen, wobei der Fokus auf den gemeinsamen guten Zeiten und gemeinsam bewältigten Krisen lag. Einige Befragte wiederum schilderten, dass sie keine substantielle Veränderung der Paarproblematik im Zeitraum der Beratung beobachtet hatten.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum“ im Überblick:

- Offen miteinander sprechen
- Eigenen Anteil erkennen
- Perspektivwechsel
- Emotionale Nähe wiedergefunden
- Körperliche Wiederannäherung
- Konflikte aktiv vermeiden
- Wendepunkt
- Paargeschichte als Ressource
- Keine Veränderung der Paarproblematik

In der Subkategorie „Offen miteinander sprechen“ geht es um Selbstöffnung dem Partner/der Partnerin gegenüber. Diese Interaktionsform empfanden die Befragten zunächst als ungewohnt bzw. risikoreich, wenn sie selbst sich öffneten. Bislang hatten sie dies im Kontakt mit dem Partner/der Partnerin aus verschiedenen Gründen eher vermieden. Beobachteten sie, dass sich der/die andere ihnen gegenüber offener zeigte, nahmen sie dieses veränderte Verhalten als konstruktiv für die Paarbeziehung wahr.

Beispiele für die Subkategorie „Offen miteinander sprechen“:

- *Es kam alles mal zu Tage, es kam hoch das Ganze. Aber hinterher habe ich doch begriffen, dass es der richtige Weg war.*
- *Ja, ich sagte ja, anfangs hatte ich eher so den Eindruck irgendwo, es bringt gar nichts. Da war ich manchmal schon drauf und dran, zu sagen, soll ich wohl weitermachen? Bringt das überhaupt was? Weil es für mich einfach sehr aufwühlend auch war, und je mehr wir dann gesprochen haben, ich denke umso mehr sind wir dann wieder auf den richtigen Weg gekommen.*
- *Ich hab da mehr über mich persönlich nachgedacht und auch ein bisschen mehr für mich persönlich auch getan. ... Meine Frau sagt, lass uns doch dies oder das, ich sag „Nee, da habe ich keine Lust dran“. Ich konnte mehr für mich auch dann entscheiden, frei entscheiden und sagen „Nee, das mache ich jetzt nicht. Ich hab*

da keine Lust. Ich mach jetzt was für mich. Und, können wir nachher auch noch machen, sowas, ne.“. Und das hat auch sehr gut funktioniert. Meine Frau hat auch öfter dann gesagt „Ach nee, komm, ich möchte jetzt mehr dies und jenes machen.“ Man hat, man ist offener mit sich umgegangen. Man hat mehr über sich persönlich geredet. Seine eigenen Wünsche auch mal öffentlich gesagt, ne. Und das kam sehr gut an.

- *Und hab mich dann, habe ihm auch draußen zu verstehen gegeben, „Boh, dass du mir das zu Hause nicht gesagt hast! Warum sagst du mir das jetzt erst?!“ „Ja, ich will dir nicht weh tun. Ich will dich nicht verletzen.“ Und dann sage ich, so tust du mir noch viel mehr weh, wenn ich da jetzt so sitze und plötzlich etwas von dir zu hören bekomme, was ich vorher durchaus hätte vertragen können, aber nicht gehört habe. Und das hat mich dann so erstaunt, ein bisschen wütend gemacht. Aber ich bin nie aufgestanden und rausgegangen, weil er irgendwo, irgendwo war es vielleicht auch interessant.*
- *Nur, neu war eben, dass er sich hier mal die Zeit genommen hat, auch mal da so in meinem Beisein drüber zu sprechen und, äh, ich sag mal so, ja, dass ich da eben auch zugehört habe und nicht, wie ich normalerweise, dann sehr leicht aggressiv reagiere.*
- *Man konnte über gewisse Dinge, man konnte sich beim Gespräch auch mehr lachen, mehr Freude haben, ne mal scherzen. Und auch wenn es über Urlaubssachen oder sowas ging, man konnte da besser diskutieren „Was möchtest du gerne?“. Man hat freier über sich geredet und gesagt „Ne, das wünschte ich mir gerne“ und da kann man besser Kompromisse finden, oder was, ne.*
- *Und das ist jetzt einfach nicht mehr, man hat einen Gesprächspartner. Er hat ja vorher mit dem Hund gesprochen. Und jetzt spricht er mit mir.*

Im Blick auf die Beziehungskonflikte und problematischen Interaktionen mit dem Partner/der Partnerin setzen sich die Befragten mit ihrem eigenen Anteil an den destruktiven repetitiven Mustern in der Paarbeziehung auseinander. Sie übernahmen selbstkritisch Verantwortung für ihr eigenes Verhalten und/oder entwickelten Vorstellungen darüber, wie sie konstruktive Veränderungen vornehmen könnten.

Beispiele für die Subkategorie „Eigenen Anteil erkennen“:

- *Ich persönlich habe immer dann auch alles auf meinen Mann abgeschoben. Und natürlich gehören da zwei zu. Natürlich hab ich auch meine Fehler gemacht. Und auch genug, viele Fehler gemacht! Und, das musste man dann eben auch erst beigebracht kriegen, dass eben nicht immer alles nur mein Mann ist, sondern ich genauso meine Fehler mache.*
- *Ja, manchmal denke ich, bin ich eigentlich verrückt, warum hab ich das denn jetzt gesagt? Ist doch alt genug, soll doch anziehen, was er will oder so. Aber das ist dann einfach wieder die negative Art von mir, dass ich einfach immer sofort losplappere. Ich will eigentlich erst, und denk dann. Und ich sollte ja eigentlich erst denken und dann reden. Aber dann wird mir alles zu viel, und dann habe ich es schon gesagt, bevor ich darüber nachdenke. Dann gehe ich oft hin und sagt, habe ich nicht so gemeint. Aber das ist ja dann, gesagt ist erstmal gesagt.*
- *Und vieles hat sich ja, muss ich ganz einfach sagen, ich war in dem Moment für die Familie blind. Weil man einfach nur mehr oder weniger mit sich selbst beschäftigt war und überlegte, wie geht's weiter, wie kriegt man diese Situation in den Griff.*
- *Das ist ja eben so grundsätzlich das Problem, ja, weil da – das Problem, das ich mit meinem Mann habe, liegt eben in ihm selber. Und vielleicht eben auch bei mir, von Anfang an, dass ich eben mit dieser Beziehung, ja, eine Vernunftehe eingegangen bin, ne. Ja, und das frag ich mich eigentlich - denk ich eben, dass das wahrscheinlich der Hauptgrund ist.*
- *Und ich kann dann so ausführlich werden, wenn ich so in Rage bin, ne, dann kann ich sagen, „Du bist bekloppt, weißte wat, du bist nicht mehr ganz dicht in der Birne. Du kannst zwar nichts dafür, aber du bist nicht mehr ganz ordentlich, nicht mehr ganz dicht im Kopf. Du kannst nicht mehr überlegen, logisch, logisch denken kannst Du überhaupt nicht mehr." und, und, und. Hinterher tut's mir dann wieder leid! Aber wenn das Maß so voll ist, dass ich dann, ich bin ja auch nur ein Mensch, und ich hab schwache Nerven, das weiß ich, dass ich dann explodier. Dann bricht das aus mir raus, und dann hinterher bin ich wieder der friedlichste Mensch.*

- *Und dann habe ich gedacht, ich habe immer geglaubt, ich wäre ein schwacher Mensch, ich bin gar nicht so schwach, wie ich mir selber zutrau oder zusag und andere für mich gehalten haben, dass ich ohne meinen Mann überhaupt gar nicht existieren könnte. ... Auf jeden Fall hab ich da so gesessen im Sessel oder auf der Couch und hab gesagt, willst du jetzt dran kaputtgehen? Willst du jetzt Parterre gehen? Willst du jetzt umfallen, wie es dir schon mal passiert ist? Durch die anderen Erinnerungen ausse Kindheit und alles? Nein, habe ich gedacht!*

Nah verwandt mit der Subkategorie „Eigenen Anteil erkennen" ist die Subkategorie „Perspektivwechsel". Hierbei liegt der Akzent darauf, dass die Befragten ihren Blickwinkel veränderten und die belastete Paarsituation aus der Perspektive des Partners/der Partnerin betrachteten bzw. eine Metaposition einnahmen.

Beispiele für die Subkategorie „Perspektivwechsel":

- *Ja mir wurde eigentlich auch bewusst, dass ich vieles versäumt hatte in den vielen, in den ganzen Jahren. ... Meine Frau hat fast 20 Jahre lang nicht mitgearbeitet, war sie bei der Familie. Darüber waren wir uns auch völlig übereinstimmend. Nur irgendwie ist mir da nie so bewusst geworden in den ganzen Jahren - ja, was sie da eigentlich alles geleistet hat zu Hause. Ich war von morgens früh aus dem Betrieb, halb 7 bin ich meistens los, abends vor 6 Uhr bin ich nicht nach Hause gekommen, wenn überhaupt ... aber die Hauptlast hatte dann wohl meine Frau getragen zu Hause, sei es jetzt Kindererziehung und alles, was damit zu tun hat. Wie gesagt, da ist mir das eigentlich erstmal bewusst geworden in diesen Gesprächen, was sie eigentlich alles gemacht hat.*
- *Nee, das kam eigentlich durch die Gespräche, die wir geführt hatten, mit Frau F. Und die waren, wie gesagt, auch recht heftig dann, oft erst zu Hause, und wie gesagt, da ist mir so vieles eigentlich erst bewusst geworden dann und eigentlich klargeworden, dass sich in den letzten zwei Jahren fast alles nur mich gedreht hatte dann.*
- *Ich hab da nur noch gesessen, gegrübelt, gegrübelt, reden, gegrübelt, und dann hab ich gefragt, unser Leben war doch gut, doch nur die Krankheit hat ja alles kaputt gemacht. Und in Krankheit sollte man doch nicht auseinandergehen. Wenn alles gut gewesen ist.*

- *Ja, weil er eigentlich in solchen Sachen, ja, sich einfach oft nicht getraut hat, über so etwas zu reden. Er ist sehr zurückhaltend in der Form. Darum war ich immer so total überrascht und hab das immer so auf mich bezogen, weil ich mir gesagt hab, ihm ist das wichtig, das Ganze, die Ehe zu retten, das Ganze aufrechtzuerhalten, sonst würde er es nicht tun. Es ist für ihn wirklich eine Schwierigkeit.*

Als sehr bedeutsam schilderten die befragten Personen, dass sie sich im Lauf der Paarberatung dem Partner/der Partnerin emotional wieder näher fühlten und damit an frühere Paarzeiten anknüpften. Die affektive Bindung des Paares erfuhr eine Stärkung. Die Befragten sahen im Rahmen der Subkategorie „Emotionale Nähe wiedergefunden" auch einen Zusammenhang zwischen der größeren emotionalen Nähe innerhalb der Paarbeziehung und dem eigenen subjektiven Wohlbefinden.

Beispiele für die Subkategorie „Emotionale Nähe wiedergefunden":

- *Und am Anfang ... haben wir auch unwahrscheinlich viel geredet. Und das war richtig schön! Das war, da sind wir uns sehr, sehr, sehr nähergekommen. Zwar jetzt nicht in punkto Sex, aber in punkto eher und Gespräche und Reden. Da sind wir uns sehr nahegekommen. Und das fand ich auch sehr schön.*
- *Und das war jetzt in den ganzen Beratungsgesprächen hier - man kam sich immer näher, man kann sich immer näher. Und das hat auch gut getan... Ja, ich merkte selber auch, dass ich wieder akzeptiert wurde, dass ich wieder da war.*
- *Also, wo - am Anfang, wo wir sehr viel darüber geredet haben, fand ich das von uns beiden, das war toll! Er genauso, er wurde auch immer offener, und das war sehr, sehr schön. Dadurch fühlte ich mich ja auch immer wohler, und dadurch merkte ich auch, wie mein Körper ganz anders wieder reagierte. Und eben diese Wehwehchen, die man jetzt hat, immer weniger wurden.*
- *Ja, und als ich ihn dann da stehen sah – der hatte Beruhigungsmittel gekriegt, der war ganz high, ne. Da hab ich ihn gesehen, und da bin ich auf ihn zugeflogen und hab ihn erstmal in den Arm genommen. (weint). Da hab ich noch gesagt, da biste endlich wieder. Ja, und so ein kleiner Anlass, große Wirkung, kann einem klarmachen, wie zwei Tage vorher grübeln und grübeln, kann einem klarmachen, wie wertvoll der Mensch eigentlich doch noch ist. –*

Eng verbunden damit ist die Subkategorie „Körperliche/sexuelle Annäherung". In diese Subkategorie werden ausdrückliche Schilderungen von subjektiv positiven Veränderungen bezüglich körperlicher Berührungen des Paares aufgenommen.

Beispiele für die Subkategorie „Körperliche Annäherung":

- *Wir sind da am Anfang gut mit umgegangen, und bei den weiteren Sitzungen hier, weil, es ging auch um Nähe, weil, ich kann Nähe eigentlich ganz schlecht zulassen. Ich hatte dann auch so richtig meinen Bereich, wo ich dann gesagt hab, also da kommt keiner mehr ran. Ich kann es nicht gut haben, wenn mich einer in den Arm nimmt, wenn mich einer anfasst. Und auch daran haben wir hier gearbeitet, dass wir uns näherkommen, berühren. Und das hat alles ganz schnell ganz hervorragend funktioniert. Dass wir also, dass wir gemerkt haben, wir können uns da ganz schnell wieder drauf einlassen.*
- *Ja, das hat mir erstmal für die Zeit danach geholfen, ich konnte einfach wieder Nähe zulassen. Ich konnt's haben, wenn mein Mann mich in den Arm nahm, ich hab im Bett mich an ihn gekuschelt und alles, was ich ewig nicht gemacht hab.*
- *Naja, die Tage waren ganz schön. Man hat sich wieder in den Arm genommen, mal, was sonst ja zigmal vorkam am Tag, dass es schon zu viel ist, Anhänglichkeit. Da hab ich schon gesagt, mein Gott, lieber Gott, teil es doch ein bisschen auf an die Frauen, die weniger kriegen oder gar nichts. Warum denn gleich so viel? Und so, so war das.*
- *Was ich so ganz positiv an dieser Beratung fand, das war dieses, wie schnell er uns dazu gebracht hat, die Nähe wiederzufinden, das Berühren. Also das fand ich so toll, das hat uns so gutgetan, beiden.*
- *Genau. Das war für mich einfach das absolut Tollste, die tollste Erfahrung, die ich in der ganzen Zeit gemacht hab. Einfach durch dieses Berühren, wie wohl ich mich gefühlt habe, dass mein Mann mich führt, und dass wir uns nur in die Augen und ohne was zu sagen weiß, aha, jetzt übernimmt der andere die Rolle. Und das war eine unheimlich tolle Erfahrung. Das hat mir auch wirklich gezeigt, es lohnt sich auf alle Fälle, da weiter zu machen.*
- *Dann ist das so, was Sie gefragt haben, dann ist sie, haben wir nebeneinander gesessen, ja! Dann habe ich sie, meinen Arm um sie rum gelegt, sie hat dann ihre*

Hand hier, und dann – dat ist am besten. Das war dann auch zu der Zeit, als wir dann wieder uns nähergekommen sind.

Die Befragten beschrieben in der Subkategorie „Konflikte aktiv vermeiden", dass sie sich bemühten, durch die bewusste Vermeidung von konfrontativen Situationen Distress in der Paarbeziehung gering zu halten oder gar nicht aufkommen zu lassen. Eine temporäre Unterbrechung des Kontaktes zum Partner/zur Partnerin diente dazu, die Emotionen zu regulieren. Auch über Rücksichtnahme und eine tolerantere Haltung dem Partner/der Partnerin gegenüber wurde eine Konfliktlösung gesucht.

Beispiele für die Subkategorie „Konflikte aktiv vermeiden":

- *Wie soll ich das sagen? Wie hab ich das gemacht? Wenn ich das jetzt gebrauch, das Wort, unterwürfig habe ich mich gegeben. Damit sie wieder die Oberhand bekam.*
- *Ja, einfach nur bemüht, es zu keinen Konflikten kommen zu lassen, sie ihrerseits auf ihre Weise, ich auf meine Weise. Und, Vermeidungs-, vermeidendes Verhalten, nach dem Motto „gemerkt!". Ich würde ja gern ständig, zumindest zu Hause, so rumlaufen, weil es ja bequem ist. Aber ich ecke damit bei ihr an. Das möchte ich nicht, und darum tue ich es eben nicht, und wenn, dann nur, wenn sie nicht dabei ist. Und, das ist so eine Art Pseudolösung. Ich kann damit leben im Augenblick. Das ist nicht sehr schön, aber, wenn ich abwäge, zwischen dauerndem Streit und dauerndem Gezänk, dann lieber, dann ist mir das so lieber, wenn ich zurückstecke, meine Bedürfnisse zurückstecke, als wenn dauernd jetzt der Streit wäre.*
- *Und, da ich letztlich ja immer noch einen Funken Sympathie, oder einen Funken, das ist zu wenig, noch Sympathie für sie hege, hab ich gesagt, o.k., dann gehe ich da ein bisschen zurück und werde sie nicht damit provozieren! Und, das war auch bisher so in dem Sinne erfolgreich, also wir hatten seitdem jetzt, aus meiner Sicht, keinen handfesten Streit mehr, seit Monaten. Das plätschert so vor sich hin, ist aber auch nicht sehr leidenschaftlich. Das ist der einzige Nachteil dabei.*
- *Nun hat mein Mann sich auch verändert, das habe ich vergessen zu sagen. Dies letzte Jahr ist er konzentrierter, nach meinem Schreikrampf, seitdem ist er, bemüht*

er sich konzentrierter zu sein, wieder zu sprechen, sich zu unterhalten, und er verwechselt noch Begriffe. Er verwechselt auch, ich sag du hast das doch wieder ganz verkehrt verstanden, das war doch sicher, das heißt doch so und so. Das ist doch der Sinn der Sache. Er wird nicht mehr fuchtig. Er lässt es sich sagen. Er sagt, ja, habe ich schon wieder Scheiße gebaut? Habe ich dich schon wieder aufgeregt? So sieht er jetzt ein, wissen Sie?

- *Ja. Und ich merke es eben auch, so wie gestern Abend auch, da kam eine Diskussion auf. Und dann merkte ich, bevor ich dann total eskaliere oder irgendwie ne, dann denke ich "Bloß nicht noch mehr Diskussion. Es kommt nachher etwas aus dir raus, was dir nachher leidtut." Und dann flüchte ich dann einfach dann. Ich will die ganze Sache, weil ich weiß, meine Frau ist auch mit den Nerven fertig, und durch ihre Krankheit hat die auch sehr viel mit sich zu tun, weil ich will ihr dann nicht auch noch mehr aufbürden, und noch mehr erzählen, und noch mehr rausbringen. Dann flüchte ich immer, dann hau ich lieber mal ab, ne. Das kann sie auch nicht haben, dann hat sie Angst, was ich auch verstehe. Aber ich denke, ich sitz auf dem Pulverfass, und ich will das nicht zum Explodieren bringen.*
- *Dass ich bei meinem Mann mittlerweile einfach vieles übersehe. Er ist nun mal so. Auch so die Situation von unserer jüngsten Tochter oder mittleren Tochter. Oder wenn da irgendwie Tochter-Vater-Situation sind, dass ich den Kindern, äh, Mädels einfach sag „Er ist nun mal so. Ich rege mich nicht mehr drüber auf. "Also ich habe eine gewisse Gelassenheit über die Eigenheiten meines Mannes bekommen, die er eigentlich schon immer hatte, die er schon immer hatte. Solche Macken!*
- *Hm. Ich glaub, das Stopp im Moment, das hat uns damals immer sehr viel geholfen, und da haben wir uns beide voll drauf eingelassen. Und da war auch Ruhe, ne, und eine Viertelstunde konnte man dann wieder vernünftig drüber reden und sagen, ne. Das war immer sehr gut.*

Die Bezeichnung für die Subkategorie „Wendepunkt" ist einem In-Vivo-Kode auf der Basis einer Interviewaussage entnommen. Mehrere der Befragten schilderten einzelne Situationen, denen sie eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die Krise

der Paarbeziehung zuschrieben, da sie als Startpunkt einer positiven Wende gesehen wurden.

Beispiele für die Subkategorie „Wendepunkt“:

- *Im Gegenteil, ich sagte ja, dass es teilweise nach den Beratungen heftig Zoff gegeben. Und wie gesagt, irgendwo war dann auch der Wendepunkt, wo ich gesagt hab, jetzt geht's aufwärts. Also wie gesagt, dass ist das Einzige, was ich dazu sagen kann. Ich bin froh, dass wir es gemacht haben.*
- *Mal so ... sich an den Händen zu fassen und durch den Raum zu gehen, einer für den anderen, und sich darauf einzulassen, das ist ja eigentlich, was man so gar nicht mehr macht. Und ich fand das einfach total gut, und ich hab es richtig genossen, wenn ich also nicht führen musste und geführt werden konnte und mich einfach auf meinen Mann verlassen hab. So wie früher, sag ich mal. Und das fand ich enorm, wie schnell wir das wieder drin hatten. Dann haben wir dann beide gesagt, kaputt ganz gar nicht sein. Das ist einfach nur vergraben irgendwo. Das ist ja noch da. Wenn wir uns jetzt überhaupt nicht mehr möchten und nichts mehr füreinander, dann würde das doch nicht mehr funktionieren so schnell.*
- *Ja, und ob sie ihm das gesagt hat, das weiß ich ja nicht, auf jeden Fall war da die Untersuchung und konnte ihn ins Krankenhaus stecken, und das war quasi so, ich möchte fast sagen, war das die Rettung unserer Ehe, war das ein Erleuchten im Kopf von mir oder ein Erkennen, oder wat es war? War es Schicksal, was der Herrgott geschickt hat? Ich hab da nur noch gesessen, gegrübelt, gegrübelt, reden, gegrübelt, und dann hab ich gefragt, unser Leben war doch gut, doch nur die Krankheit hat ja alles kaputt gemacht. Und in Krankheit sollte man doch nicht auseinandergehen. Wenn alles gut gewesen ist. Ja, dann bin ich dann in Frieden ins Krankenhaus gegangen.*
- *Ja, wie ging das? Wir sind dann ja ein paar Tage in Urlaub gefahren und mit unserem Koffer in den Fahrstuhl rein. Das war so ein Fahrstuhl, da passten wir beide, also da passt ein schlanker Mensch rein mit 'nem kleinen Koffer. Und wir zwei Korpulente in dem Fahrstuhl rein. So stand man sich direkt so voreinander. Und dann haben wir uns angeguckt und haben beide gedacht, wo fahren wir jetzt hin?*

Fahren wir in den Himmel, oder fahren wir in den Keller? Naja, Zimmer Nr. sowieso, dann sind wir ab nach oben, aufwärts. Ob's wohl aufwärts geht, habe ich so gesagt, in die Tage des Urlaubs. Und dann hat er mich gedrückt und hat gesagt, ich hoffe es.

- *Rückblickend stellten die befragten Personen die gemeinsame Paargeschichte als Ressource den Problemen in der Paarbeziehung gegenüber. Sie schilderten dies wie eine Art inneres Selbstgespräch, das im Zeitraum der Paarberatung stattgefunden hatte.*

Beispiele für die Subkategorie „Paargeschichte als Ressource“:

- *Was mir einfach vollkommen klar war, uns beiden eigentlich, aber für mich vor allen Dingen, dass ich gedacht habe, das ist nicht kaputt! Das ist ja noch da! Aber, wie sie schon sagen, der Alltag hat einfach verdeckt. Das ganze Sorgenpaket ist da drauf geschüttet, und da müssen wir jetzt buddeln, dass wir da wieder rauskommen. Und weil ich einfach fest davon überzeugt war, wenn das nicht mehr da wär, hätte das nicht so schnell funktioniert.*
- *Und was nutzt das, wenn ich ein schönes Heim habe, und alles ist super gut nach außen, und innen drin bricht das ganze Kartenhaus zusammen. Das will man ja auch nicht. Dafür ist man ja auch schon 37 Jahre schon zusammen, ne. Und ich möchte ja gerne, dass es wirklich wieder so ist wie vor 5,6 Jahren!*
- *Ja, einfach, dass ich gesagt habe, o.k., wir sind seit so vielen Jahren zusammen, es kann nicht sein, dass es jetzt auseinandergeht. Das hat so viele Jahre so gut geklappt, das müssen wir doch irgendwie auch wieder in den Griff kriegen.*
- *Ich hab jetzt ein Hochzeitsbild nicht, ein Bild aus dem Zimmer genommen, aus unserem Kinderzimmer früheren und hab es auf den Wohnzimmerschrank gestellt. Da ist er so ganz deutlich, ganz schneidig in einer gestreiften, in einer silbergestreiften Jacke zu Silberhochzeit, und ich mit einem Blumenstrauß und langes Kleid und so. Das habe ich dabei gestellt. Jetzt träumen wir beide von die schöne Zeit. Es ist gut, wenn man zurückblicken kann und auch Schönes war, ne. Sonst wäre es ganz traurig.*
- *Und, aber es ist nun mal so – 50 Jahre, bald 50 Jahre sind wir zusammen, das ist wie hier, so' n Kettenglied, mal ist das durcheinander, das Glied, und dann ist es*

wieder glatt, oder man zieht es glatt. Und so ist es auch in der Ehe. Da kommen manchmal Zeiten, die so verwirrt und verhakt sind, dass man denkt, die kriegt man nicht mehr gerade, und dann sind sie dann doch noch wieder glatt geworden.

Einige befragte Personen gaben deutliche Hinweise darauf, dass sie keine entscheidende Veränderung der Paarproblematik im Zeitraum der Paarberatung wahrgenommen hatten.

Beispiele für die Subkategorie „Keine Veränderung der Paarproblematik“:

- *Ja, für mich, hat sich nichts verändert. Also, ich würde dann bei fünf bleiben, in der Mitte, also für mich hat sich da nichts verändert.*
- *Aber das ist dann bei dem einen Gespräch auch geblieben. Also, das war dann schon irgendwie auch was Positives, nur, in irgendeiner Form umgesetzt haben wir eigentlich gar nichts bisher.*
- *Ja, sobald dann eben die Sitzung hier wieder vorbei war und man wieder auseinandergerückt ist, sozusagen, dann ging das eben wieder in Richtung normaler Ehetrott, normales Zusammenleben, ohne große Konflikte aber auch ohne Höhepunkte.*
- *Das war dann ja eigentlich, nur hier in der Beratungsstunde. Zu Hause war dann wieder gar nicht. Das ist dann einfach so, der Alltag. Völlig getrennt. Und, es hat mir keine neuen Erkenntnisse gebracht, ich wusste das ja auch alles.*

Abbildung 15 zeigt die prozentuale Häufigkeit, mit der die Subkodes der Kategorie „Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum“ in den 10 Interviews insgesamt auftreten. Kognitive, Verhaltens- und emotionale Aspekte sind am häufigsten vertreten. Die Reflektion der eigenen Beteiligung an den Problemen auf der Paarebene und eine offenere Art zu kommunizieren wurden am häufigsten genannt. Öfter berichteten die Befragten davon, dass sie im Zuge der Veränderungen bewusst emotional negativ gefärbte Interaktionen mit dem Partner/der Partnerin vermieden und wieder emotionale Nähe erlebten.

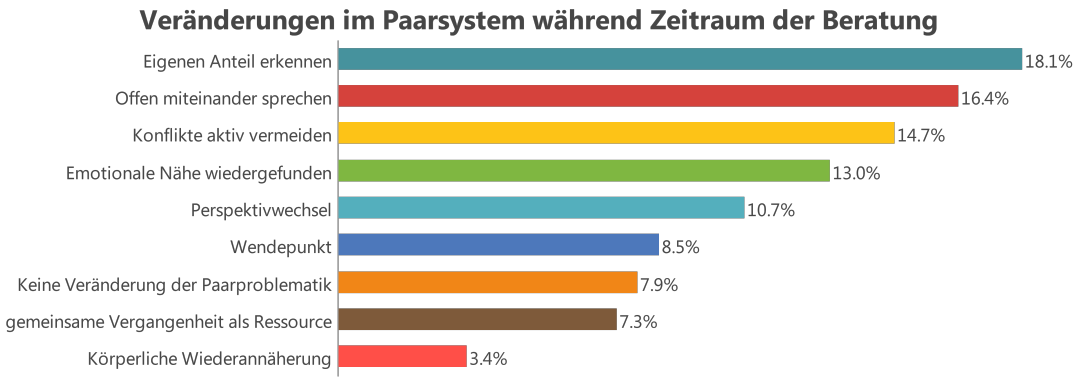


Abbildung 15: Kategorie Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

In der Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum“ (Abbildung 16) spiegelt sich diese Selbsteinschätzungen der Befragten wider.

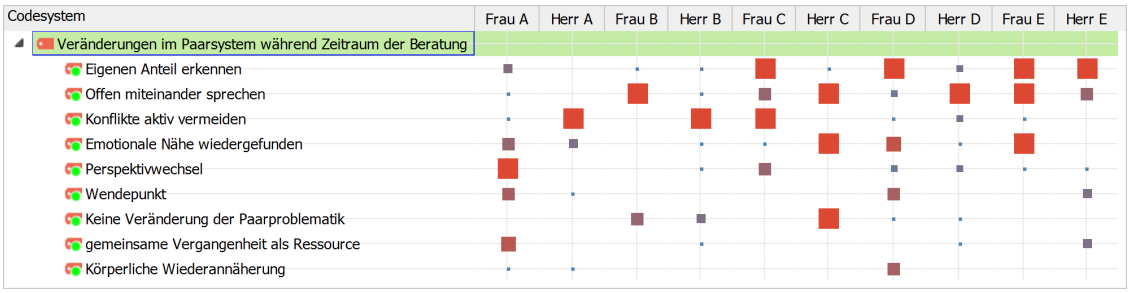


Abbildung 16: Kategorie Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

Kategorie „Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen“

Dieser Kategorie werden zum einen Aussagen zugeordnet, die die geäußerten Erwartungen der Befragten an den Beratungsprozess und ihre skeptischen Reaktionen auf das Paarberatungsangebot betrafen. Zum anderen geht es in dieser Kategorie um den Interaktionsprozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen, betrachtet aus der retrospektiven Perspektive der Befragten. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Aspekte benannt. Der Berater/die Beraterin fungierte als eine Art Kataly-

sator und förderte die Selbstöffnung der Klienten/-innen sowie eine offene Kommunikation zwischen den Partnern/-innen. Im beraterischen Prozess und in der beraterischen Triade wurde der Berater/die Beraterin als sichere emotionale Basis gesehen. Die befragten Personen berichteten darüber hinaus von Interventionen des Beraters/der Beraterin, die sie gleichzeitig als konfrontativ und als hilfreich empfanden. Einige der Befragten verwiesen auf sogenannte „Ankersätze" des Beraters/der Beraterin, die sie im Alltag zitierten und die ihnen als Handlungsorientierung dienten. Das Gefühl, durch den Beratungsprozess gestärkt und hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken, wurde mit der Person des Beraters/der Beraterin in Verbindung gebracht.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen" im Überblick:

- Erwartungen an Beratung
- Skepsis bezüglich Beratung
- Selbstöffnung fördern
- Affektive Rahmung durch Berater/-in
- Konfrontation durch Berater/-in
- Anker-Sätze des Beraters/der Beraterin
- Hoffnung fördern

Ihre Erwartungen vor Beginn der Beratung erwähnten die Befragten meist nur auf meine explizite Nachfrage hin. Dies geschah im „Nachfrageteil" des Interviews, also eher gegen Ende der Zeit. U. a. erhofften sich die Interviewten vor Beginn der Beratung, dass der Berater/die Beraterin als Experte/-in auftritt und dem Partner/der Partnerin die eigene Sichtweise erklärt, den Partner/die Partnerin von bestimmten Argumenten überzeugt oder als Schiedsrichter fungiert. Aber auch der Wunsch, die Paarbeziehung mit Hilfe der Beratung neu zu beleben, wurde genannt. Auf die Frage, mit welchen Erwartungen sie den Beratungsprozess mit dem Partner/der Partnerin begonnen hatten, gaben einige der Befragten sehr konkrete Punkte an, andere hatten eher unklare Vorstellungen.

Beispiele für die Subkategorie „Erwartungen an Beratung":

- *Ach, wissen Sie, ich war so unten. Ich hab gedacht, mehr als reden, kannst du ja nicht, und mehr können Sie auch nicht. Mir kann doch keiner helfen! So war ich, auf dem Punkt.*
- *Irgendwie müssten wir mal etwas tun für uns. Also weil wir ja gesagt haben, wir haben da massive Probleme und, äh, dann stand das ja in der Zeitung, dass Sie so etwas anbieten. Und da wollten wir einfach zunächst einmal reinschnuppern.*
- *Ja, erhofft (lacht) wissen Sie, dass natürlich irgendwie eine Lösung angeboten wird, wobei das eben wirklich nur eine Hoffnung ist. Es ist schwierig, ne! .... Und da – reingegangen sind wir natürlich in der Hoffnung, dass man da, ja irgendwie einen Ratschlag bekommt, wobei uns beiden auch eigentlich klar war, dass das schwierig sein wird, ne.*
- *Ich hatte die Erwartung, dass man hier mit ihr da drüber spricht, und damals, wo das ja, die Ebene ja sehr ungünstig war, dass sie dann durch Ihre Besprechung von dem hohen Level so runterkommt und dann, dass wir dann wieder uns treffen. Ich von unten nach oben, und sie von oben nach unten.*
- *Und dachte mir, na gut, vielleicht können wir durch die Beratung entweder Lösungsmöglichkeiten erfahren, oder aber hier wird gesagt, "Nimm das nicht so eng, nicht so ernst. Es gibt schlimmere Probleme" so sinngemäß. So war so meine Erwartungshaltung.*
- *Von mir aus die Erwartung war, dass meine Frau, äh, versteht, dass das nicht Hoppladihopp geht. ... Sie war der Meinung, ich, wir geben mich in die – sie war ganz super glücklich, dass ich mich inne Therapie begeben habe, und ich hatte so den Eindruck, dass sie gemeint hat, die Therapie wird ein halbes Jahr gemacht, und danach ist er geheilt. Dann geht er nicht mehr spielen. ... Und für mich war die, die, äh, dass ich begeistert war, dass meiner Frau vielleicht rübergebracht werden kann, dat dat nicht so schnell geht. Wenn man sein halbes Leben, oder nee, Dreiviertel seines Lebens am Spielautomaten gespielt hat und gespielt hat, dass das nicht innerhalb von einem halben Jahr oder einem Jahr zu Ende sein kann.*

In der Subkategorie Skepsis bezüglich Beratung tritt direkt oder indirekt die Frage auf, ob das Beratungsangebot des Beraters/der Beraterin als passend erlebt wurde.

Beispiele für die Subkategorie „Skepsis bezüglich Beratung“:

- *Ja, ich sagte ja, anfangs hatte ich eher so den Eindruck irgendwo, es bringt gar nichts. Da war ich manchmal schon drauf und dran, zu sagen, soll ich wohl weitermachen? Bringt das überhaupt was? Weil es für mich einfach sehr aufwühlend auch war, und je mehr wir dann gesprochen haben.*
- *Nur, wenn wir von hier weggegangen sind: "Wat kann die mir hier erzählen? Die hat dat nicht mitgemacht, wat ich alles erlebt hab! In die neun Jahre."*

Ein Schwerpunkt der Aussagen zur Beratungsbeziehung lag auf dem Aspekt, dass der Berater/die Beraterin die Selbstöffnung der Befragten dem Partner/der Partnerin gegenüber gefördert habe. Dies wurde als konstruktiv für die Paarbeziehung eingeschätzt.

Beispiele für die Subkategorie „Selbstöffnung fördern“:

- *Aber so den richtigen Durchbruch war erst, wo wir hier zusammengesessen haben. Und ich Sachen erzählt hab, wie ich eigentlich normalerweise gar nicht erzählt hätte, meiner Frau oder so. Das war durch, durch, weiß ich nicht, durch Sie ist das irgendwie, wenn ich zu irgendjemandem Vertrauen hab, dann erzähl ich dem alles. Komischerweise aber nicht meiner Frau. Und da waren Sie so´n, so´n, äh - ich hab Ihnen das erzählt und hab das meiner Frau erzählt. So möchte ich sagen.*
- *Also, da hab ich dann gemerkt, das hat mir gar nichts ausgemacht, wenn meine Frau so neben mir gesessen hat um das dann, darüber zu reden. Das war mir ganz egal. ... Am Anfang war's ein bisschen schwerer. Ist also nach der zweiten, dritten, vierten Stunde, sowas, wie Herr T. mich im passenden, man kann sagen unpassenden aber für ihn passenden, Moment erwischt hat, um was aus mir rauszukriegen, was ich unter normalen Umständen nicht so gesagt hätte, ne. Da hat er wohl das taktische Feingefühl dafür gehabt.*

- *Ich hätt's wahrscheinlich nicht so ausdrücken können, oder vielleicht hätte ich mich da falsch ausgedrückt und es wäre falsch rübergekommen. Und da war dieser neutrale Seite schon sehr hilfreich, beiden.*
- *Auch wir, das muss ich sagen, das ist ja sehr gewesen, dass wir sehr offen gesprochen haben miteinander, gerade auch wenn Sie mit dabei waren. Dann klappte dat (lacht).*
- *Herr X. hat es dann geschafft, ihn so ein bisschen auch aus der Reserve zu locken, dass er mal so, ich hab mal irgendwo hier so was gemacht, da ist er so gehüpft, oder so. Da habe ich gedacht, ich hätte wirklich darauf geschworen, dass der mein Mann dann nie zu kriegt, dass er das nicht macht!*
- *Ja, er hat es, so nach der zweiten, dritten Stunde, finde ich, hat er herausgefunden bei mir, wie er mich anpacken muss. Wo er mich dann bei mir, auf Deutsch gesagt, kitzeln muss, um das rauszukriegen, ne. Die ersten ein, zwei Stunden habe ich wohl gemerkt, der kommt an mir auch nicht dran, weil ich auch ziemlich verschlossen bin. Das war auch die ganzen Klinikaufenthalte, dass die Ärzte da gesagt haben, ne, das haben sie zu meiner Frau gesagt „An Ihren Mann kommt man gar nicht richtig dran. Der ist total verschlossen."*
- *Es war in mir, war ich befreiter. Ist doch jetzt raus, der Ballast, ne, fühlte ich mich innerlich doch beruhigter und besser, dass es raus war. ... Außerhalb, neutralen Punkt, wo ich da wirklich dann, ne... Es war nur irgendwie in mir auch befreiter. Ich merkte, es ist ein Kloß in mir, den krieg ich nicht raus.*

In der Subkategorie „Affektive Rahmung durch Berater/-in" finden sich Aussagen der Befragten zur Beziehungsebene zwischen ihnen und dem Berater/der Beraterin. Eine positive emotionale Kontaktqualität wurde als fördernd und hilfreich empfunden.

Beispiel für die Subkategorie „Affektive Rahmung durch Berater/-in":

- *Und ich denke, das hat dann Frau F. auch irgendwann erkannt. Sie geht dann also wirklich sehr auf die Leute ein, und wie gesagt, ich war also froh, dass wir bei ihr die Gespräche hatten. Irgendwo muss ja auch da, der Kontakt oder, oder die Beziehung, die, schon Chemie, die Chemie einfach stimmen bei den Gesprächen.*

- *So, finde ich, durch die Beratung, die Sie uns gegeben haben, die ganzen Anregungen und wie sie mit uns umgegangen sind, war das sehr, sehr, äh, ich sag wohltuend für mich. Wohltuend, es hat mir sehr geholfen. Mir persönlich, sehr geholfen! Ich glaube nicht, dass ich so offen, wie ich jetzt zu meiner Frau bin gewesen wäre ohne Sie. Das hat mir also sehr geholfen.*
- *Also, erst in der psychotherapeutischen Behandlung gewesen, bei einer Psychotherapeutin, wo ich auch bin und hab letztendlich erst hier festgestellt, dass so dieser Draht, oder dieses Persönliche zu Frau F. mehr gebracht hat als die ganzen zwei Jahre, die er in Therapie war.*

Neben dem positiven emotionalen Bündnis zwischen Berater/-in und den Ratsuchenden nannten die Befragten herausfordernde Interventionen des Beraters/der Beraterin, die bei ihnen zum Teil zunächst Widerspruch hervorriefen. Rückblickend empfanden sie diese Interventionen als konstruktiv, da diese bei ihnen selbstkritische Prozesse und Entwicklung förderten.

Beispiele für die Subkategorie „Konfrontation durch Berater/-in“:

- *Gut, sie hat hier auch, wie gesagt, sie hat beide Seiten gesehen und hat, wie gesagt, auch beiden Seiten so ein bisschen den Spiegel vorgehalten.*
- *Das hing sicherlich zum Großteil auch mit der Gesprächsführung von Frau F., die also da versucht hatte, auch bei beiden Seiten wirklich gut einzugreifen oder auch zu vermitteln, obwohl sie die Themen ja angefasst hat auch. Aber vielleicht auch jedem, auch meiner Frau, klargemacht hat, dass im Grunde auch jeder seinen Beitrag geleistet hat in der Zeit.*
- *Ja, also ich hab am Anfang mich sehr häufig angegriffen gefühlt, auch von meinem Mann. Aber, wie gesagt bei mir kommt das, ich kann dann auch immer sehr spontan und heftig reagieren. Aber im Nachhinein hab ich das immer verstanden. Ich brauch dann immer ein bisschen länger, darüber nachzudenken und für mich zu überlegen, ob das wirklich so ist. Bin ich so? Ich kann ungerne zugeben in dem Moment, ja, eigentlich haben sie recht, so bin ich. Sondern erst versuche ich immer mich zu verteidigen. Und im Nachhinein, und da sind so einige Punkte haften geblieben, wo ich gedacht habe, gleich stehe ich auf und gehe. Und die beiden, die können das machen, aber ohne mich. Ich gehöre hier nicht hin. Ich lass mich*

doch nicht, ich sag das jetzt einfach so mit meinen Worten, ich lass mich doch jetzt nicht immer wie den Schuldigen dahinstellen! Aber es war ja nicht so. Das habe ich dann auch realisiert.

- *Ja, dadurch, dass wir zu Ihnen gekommen sind und sie uns - aufgeklärt haben (schmunzelt), welche Fehler ich gemacht hab, welche Fehler mein Mann gemacht hat, dadurch haben wir uns mehr Gedanken da drüber gemacht. Und dann sind wir uns eigentlich langsam aber sicher wieder nähergekommen.*
- *Also sie hat uns ja auch noch Lektüre mit an die Hand genommen, die wir auch parallel gelesen haben. Ja, und nach den Beratungen, ich hab die Gespräche eigentlich immer weiterhin verarbeitet. Ja, und ich hab für mich draus gelernt, dass ich mich auch ändern muss. Das ist klar, ne. Und ja, ich glaub, ich bin auch seitdem lockerer geworden, auf jeden Fall.*
- *Die Beratung? Eigentlich war es ja gar nicht so eine richtige Beratung, möchte ich jetzt mal sagen. Es war ein Zuhören und ein paar Worte, die Bestätigung waren oder vielleicht auch Hilfe. Das mit den, die Gedanken von vorne nach hinten legen, äh, da braucht man erst 'ne Zeit. Blödsinn, das schafft man doch nicht, gar nicht! Man hat doch alles vorne im Kopf, wieso nach hinten legen? Aber man kann dat lernen!*

Einige der Befragten schilderten, dass sie Hinweise des Beraters/der Beraterin wie einen Anker benutzten, um im gemeinsamen Alltag Emotionen zu regulieren und maladaptive Interaktionszirkel frühzeitig zu unterbrechen.

Beispiele für die Subkategorie „Ankersätze des Beraters/der Beraterin“:

- *Das ist immer noch präsent! Also, wir sind immer noch dabei, wenn irgendwas ist, drüber zu reden und zu sagen: „Weißt du noch, was der gesagt hat?“. So sollten wir es nicht machen. Also es ist ganz viel hängen geblieben.*
- *Ja, durch die Gespräche sind viele Sachen wieder angeregt worden, vom Kopf her, die man vorher schon so richtig verbaggert hatte und gar nicht mehr dran gedacht hat. Da sind wieder sehr viele Sachen im Kopf wieder aufgewühlt worden, und da haben wir gesagt „Mensch, verdammt noch mal, der hat recht, da haben wir gar nicht mehr dran gedacht!“, ne. ... Frühzeitig, frühzeitig anfangen zu reden. Nicht erst die ganze Sache eskalieren zu lassen. Frühzeitig, und sich*

dann auch mehr und besser in die Augen gucken, mehr angucken und sagen „Halt, stop!“

- *Aber so für mich, ich hab da ganz viele Situationen auch heute noch, wo ich sag, halt, der hat gesagt, da musst du dich so und so verhalten. Auch dieses Stop, wenn irgendwas ist. Und dass der andere das Recht hat Stop zu sagen, jetzt ist gut, ich brauche eine Auszeit, und wir können nachher weiterreden. Da ist eine Menge hängen geblieben. Also das war rundherum schon sehr positiv.*
- *Ja, da haben wir auch die ganzen Ratschläge von hier immer mitgenommen. Und wenn es dann soweit war, dann haben wir uns wieder zurück daran erinnert und uns gesagt „Komm, jetzt mal ganz ruhig!“ Lass uns mal drüber reden, alles in Ruhe, aber - na, das ging vielleicht ein dreiviertel Jahr, sowas ein Jahr ging das dann gut. Dann haben wir uns wieder drauf besonnen.*

In der Subkategorie „Hoffnung fördern“ finden sich Schilderungen der Befragten, dass der Berater/die Beraterin eine ressourcenorientierte Perspektive und Hoffnung bezüglich der Paarbeziehung gefördert hatte.

Beispiele für die Subkategorie „Hoffnung fördern“:

- *Die Krankheit, und da hat er uns erst mal, als erstes drauf hingeführt, uns zu zeigen, die ist nicht mehr ausschlaggebend. Die ist zwar da, die ist gewesen, aber die kann man nicht für alles verantwortlich machen, was schiefläuft.*
- *Ich denke, das ist ja schon eine ganze Menge wert, wenn einem so eine Beratung im Nachhinein noch zeigt, da ist noch genug da. Da lohnt es sich für zu kämpfen. ... Ja, dann hat man doch schon viel erreicht. Wenn die mir jetzt irgendwann gesagt hätten, das bringt alles nichts mehr, oder so. (lacht) Aber ich fand, es ist einfach hängen geblieben. Und das sehe ich als positiven Abschluss momentan wirklich.*
- *Weil wir wirklich hier gute Erfahrung draus geholt haben. Und ich persönlich hab da auch ganz viel Kraft ausgenommen. ... Also ich hab schon ganz ganz viel draus - viele gute Erfahrung damit und für mich auch Positives raus entnehmen können.*

In der Übersichtsgrafik zur Kategorie „Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen“ (Abbildung 17) wird dargestellt, wie häufig prozentual die Subkodes in den 10 Interviews insgesamt vorhanden sind. Erwartungen an die Beratung fließen

in die Beratungsbeziehung ein und verändern sich im Lauf des Beratungsprozesses. Die Förderung der Selbstöffnung der Befragten durch den Berater/die Beraterin wird am häufigsten benannt.

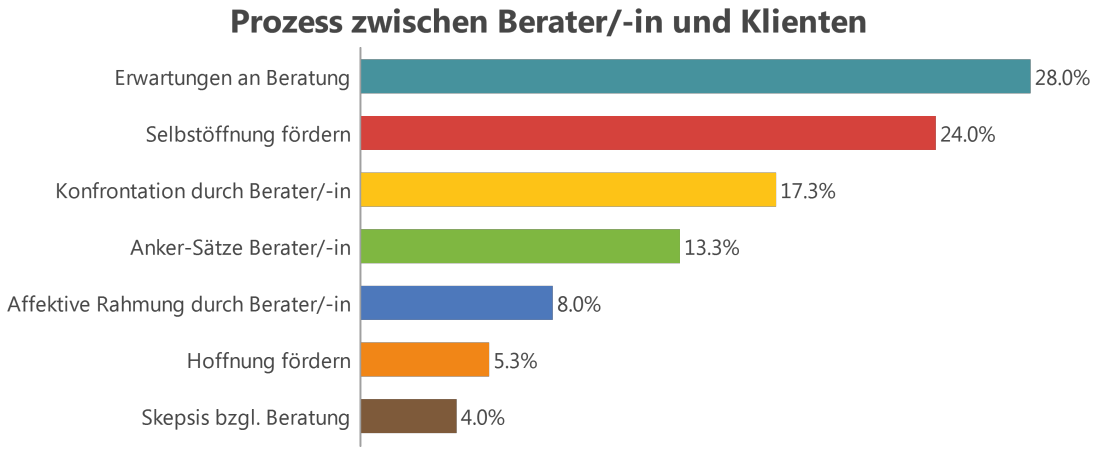


Abbildung 17: Kategorie Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

In der Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen“ (Abbildung 18) tritt der Aspekt der Förderung der Selbstöffnung häufig auf, insbesondere bei drei der fünf befragten Männer.

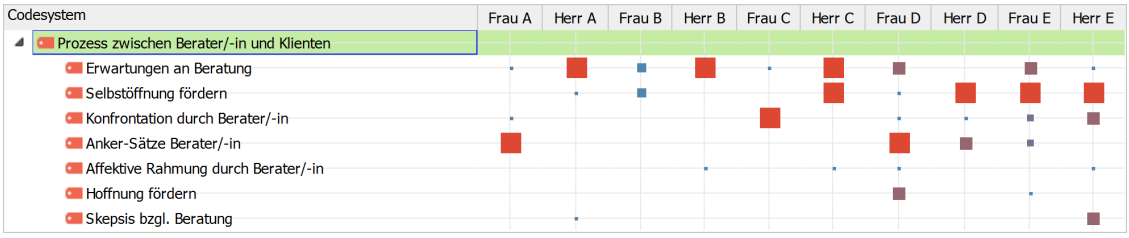


Abbildung 18: Kategorie Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

IV. Weitere zentrale Kategorien

Kategorie „Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende“

Mein Interviewleitfaden enthält keine dezidierte Frage nach der Entwicklung, die die Befragten in ihrer Paarbeziehung nach Beendigung des Paarberatungsprozesses wahrgenommen hatten. Die befragten Personen schilderten in der Mehrzahl dennoch, dass sie die positiven Veränderungen in ihrer Paarbeziehung, die sie im Zeitraum der Paarberatung erzielten, nach der Beendigung der Paarberatung als nicht stabil erlebten. Insbesondere auf der Ebene des Verhaltens in der Interaktion mit ihrem Partner/ihrer Partnerin gelang es ihnen nicht dauerhaft, die Veränderungen in ihren Alltag zu transferieren und dort zu verankern. Dies galt insbesondere in Situationen, in denen sie ein hohes Ausmaß an Distress erlebten. Die Befragten beschreiben, dass ihnen unter Stress die Regulation ihrer Emotionen im Kontakt mit ihrem Partner/ihrer Partnerin schwerfiel und die emotionale und körperliche Nähe in der Paarbeziehung nach dem Ende der Paarberatung wieder verlorenging.

Einige der Interviewten meinten, sie hätten die Beratung nach ersten ermutigenden Erfahrungen als Paar zu früh beendet. Sie erwogen, aufgrund ihrer positiven Erfahrungen bei weiteren kritischen Situationen erneut eine Paarberatung wahrzunehmen.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende“ im Überblick:

- Veränderung instabil
- Beratung zu früh beendet
- Beratung in Zukunft wiederaufnehmen

Nachdem die Befragten im Beratungsprozess zunächst einen Aufschwung in ihrer Paarbeziehung wahrgenommen hatten, ging ihnen diese Qualität im Zeitraum zwischen dem Ende der Paarberatung und dem Interview wieder verloren, und sie kehrten zu destruktiven Interaktionsformen zurück. In einem In-Vivo-Kode ist dies als „gleicher Trott“ gefasst.

Beispiele für die Subkategorie „Veränderung instabil“:

- *Auf alle Fälle, da hatten wir das Gefühl, wir haben alles super im Griff. Wir sind wieder rausgegangen, ganz fröhlich und haben gesagt, wow, es hat uns gutgetan,*

es war klasse. Also das war – absolut. Das hat auch funktioniert. Was bei uns überhaupt nicht funktioniert ist, sobald Belastung dazu kommt, weil wir körperlich beide vollkommen fertig sind, und wenn dann Belastung dazu kommt, dann geht alles - also dieser Umzug hat unheimlich viel kaputt gemacht.

- *Und irgendwo haben wir das so positiv gewertet, dass wir gedacht haben, ja, wirklich naiv gedacht haben, das kriegen wir schon hin, wir wissen ja jetzt wie's geht. Aber es war verkehrt. Es war definitiv verkehrt. ... Und dann ist, wo das dann alles losging Anfang des Jahres, dann ist das ganze also komplett wieder verloren gegangen.*
- *Jeder versucht, sich das noch zu schaffen, was er schaffen kann. So nach dem Motto, lass uns bloß nicht groß miteinander reden, weil wir beide nicht mehr können. Und das wollten wir eigentlich abschaffen, die Belastung, die finanzielle Belastung drücken, was uns ja auch alles gelingt, wenn wir mal auf diesen Punkt draufkommen. Und da sind wir im Moment noch nicht. Und darum ist es für uns, für mich noch unheimlich schwierig im Moment.*
- *Im Nachhinein weiß man's, ne. Bloß in dem passenden Moment - da haben wir damals so viele Hilfsmittel gekriegt, von hier aus, die man anwenden könnte. Aber im Moment ist alles weg.*
- *Ich hab es ja schon erzählt, so beim zweiten, dritten Mal fuhr ich nach Hause mit einem sehr beschwingten neuen Verliebtheitsgefühl, ganz einfach so. Ich hatte meine Frau neu kennen gelernt, hatte selbst meine Gedanken hier auch äußern können, ganz offen, ganz frei. Irgendwie fühlte ich mich dann auch befreit zu Hause. Und, leider gab es dann aber nicht die Möglichkeit, das auch umzusetzen zu Hause.*
- *Durch das Aktuelle, alles Mögliche, die ganze körperliche Nähe, ist alles im Moment total zurück, und es ist im Moment da gar nichts mehr so richtig.*
- *Man ist man ist sich ein bisschen nähergekommen. So richtig optimal, so richtig, wie man's sich erwartet nicht. Das überhaupt nicht, nein, nein. Aber, ich hatte da Hoffnung, man kam sich schon ein bisschen näher, und so alles da, ne. Das wohl schon besser, ne. Aber dann ist es nachher wieder, ne, ist wieder dermaßen wieder zurückgegangen.*

- *Und das war jetzt in den ganzen Beratungsgesprächen hier - man kam sich immer näher, man kann sich immer näher. Und das hat auch gutgetan. Aber jetzt die letzte Zeit und sowas, ne, das ist im Prinzip so also ne: „Komm mir nicht näher wie 2 Meter Umgang", kann man das sagen, ne. ... Ich hab so das Gefühl, dass es von beiden Seiten herkommt.*
- *Da ist dann mit der Zeit wohl wieder - so ein bisschen - der gleiche Trott wieder reingekommen.*
- *Das hat eine Zeit zu Hause auch, ja so eigentlich sehr gut geklappt, ne. Aber es ist dann nachher wieder schnell wieder aus den Augen verloren, weil man mit zu viel anderen, wahrscheinlich auch belanglosen Sachen, ne, zu viel, aus den Augen verloren. Das ist, im Moment ist das auch wieder ganz krass, man denkt überhaupt nicht mehr an den anderen. Man denkt immer nur an sich.*
- *Ja, so zwischen Hoffen und Bangen irgendwie. Das ist im Moment, ja, so ein Auf und Ab. Das ist also, wir hatten uns eigentlich erhofft - was wir uns beide wünschen, das ist so ein etwas ruhigeres Schema. Dass Ruhe einkehrt und dass man das alles so ein bisschen in den Griff kriegt. Aber da sind wir noch nicht ganz angekommen.*

In diesem Zusammenhang beurteilten die Befragten ihre Entscheidung, die Beratung zu beenden, als sich die Zufriedenheit in der Paarbeziehung verbessert hatte, als verfrüht.

Beispiele für die Subkategorie „Beratung zu früh beendet":

- *Und wo wir dann gesagt haben, eigentlich können wir das so abbrechen, wir wissen, wir haben wirklich beide drüber gesprochen und gesagt: „Was machen wir denn jetzt? Wenn wir dahin gehen, worüber sollen wir denn jetzt noch reden? " Und wir waren auch davon überzeugt, dass das funktioniert. Ich konnte es auch wieder zulassen, wenn er mich in den Arm genommen hat, wenn wir gekuschelt haben oder irgend so. Wir haben damit, das hat funktioniert. Also haben wir gedacht, das können wir uns ersparen. Was wollen wir da noch? Ihm seine Zeit stehen, unsere Zeit stehlen? Und haben wirklich gedacht, das ist o.k. Aber, das war ein Fehler, definitiv.*

- *Und das hat mir dann auch im Nachhinein, das haben wir beide gesagt, so eine Beratung, das ist genau das Richtige, was wir gemacht haben. Da ging es also ganz schnell so richtig bergauf. Das wir dann wirklich beide gesagt haben, was sollen wir heute, dass war eine Entscheidung von uns beiden, was machen wir denn heute? Was erzählen wir dem? Das ist doch alles gut. Und da haben wir uns wieder zu schnell auf dieses „Himmelhoch" eingestellt und hätten sagen sollen, dann machen wir halt vier Wochen länger Pause und warten mal ab, was kommt. Wie lange es hält, und wenn nicht, dann rufen wir wieder an und machen weiter.*

Die Option, den Paarberatungsprozess wiederaufzunehmen, um eine konstruktive Entwicklung innerhalb der Paarbeziehung zu stabilisieren, wurde ebenfalls genannt.

Beispiele für die Subkategorie „Beratung in Zukunft wiederaufnehmen":

- *Ich würde an der ganzen Sache wieder voll anknüpfen, wo es letztes Mal aufgehört hat, um das noch weiterhin zu befestigen, dass es oben mehr im Kopf reinkommt. Und wirklich die ganze Sache zu festigen! Nochmal wieder richtig aufzuarbeiten.*
- *Und das hat eine Zeit lang, da haben wir uns dann wirklich dran gehalten, und haben Stop gesagt, wie er es gesagt hat. Und dann runterkommen, wir sind Ehepaar und nicht Mutter/Sohn. Nur jetzt, desto mehr Belastung dann kommt, desto mehr fällt es wieder weg. Dass man eigentlich, jetzt nach der Belastung nochmal starten müsste, das wieder aufarbeiten, um dann da wieder rein zu kommen.*
- *Wir haben ja auf das Angebot von Frau F., wenn irgendwas ist, dass wir uns sofort wieder melden. Und ich denke mal, wenn es wirklich so massiv sein sollte, werden wir das auf jeden Fall auch beide wieder tun.*
- *Deswegen habe ich auch gesagt, dass ich mit Sicherheit, wenn sich da nicht grundlegend was ändert nach der Kur, dass wir uns im, Ende des Jahres oder nächstes Jahr wieder bei Ihnen melden werden. Mit Sicherheit, weil, ähm, eben wegen der sexuellen Sache.*

Wie häufig prozentual die Subkodes zur Kategorie „Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende" in den 10 Interviews insgesamt auftraten, zeigt Abbildung

19. Sehr deutlich hoben die Befragten hervor, dass die Veränderungen, die sie in ihrer Paarbeziehung während des Beratungsprozesses erzielt hatten, nach dem Ende der Paarberatung nicht stabil waren.

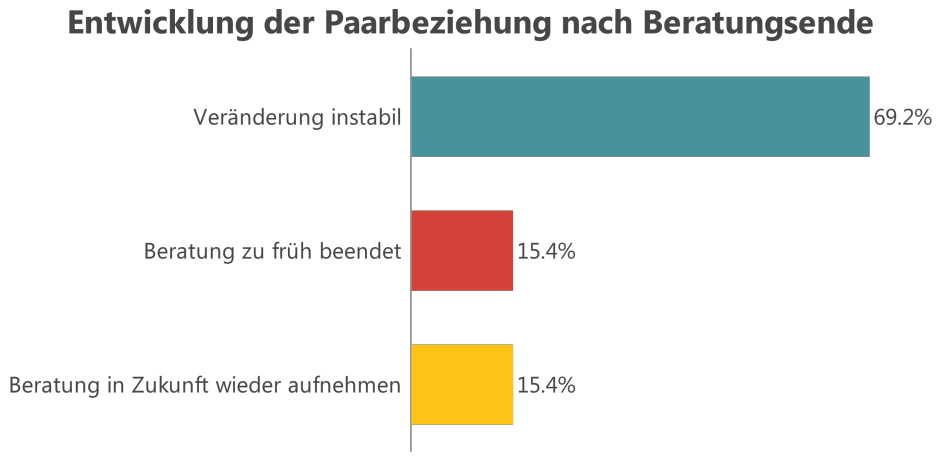


Abbildung 19: Kategorie Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

In dieser Einschätzung waren sich fast alle Befragten einig, wie Abbildung 20 zu entnehmen ist.

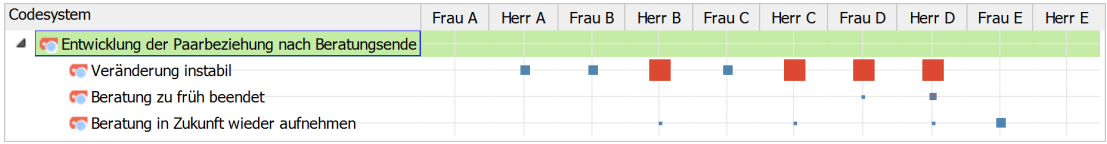


Abbildung 20: Kategorie Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

Kategorie „Schnittstelle Gesundheitssystem“

In den Interviews berichteten die befragten Personen spontan von ihren Kontakten zum Gesundheitssystem. Parallel zum Paarberatungsprozess oder im Vorfeld bzw. im Anschluss nahmen sie Einrichtungen im ambulanten und stationären Gesundheitsbereich in Anspruch. Dabei handelte es sich um eine ärztliche und eine psychotherapeutische Praxis, ein Allgemeinkrankenhaus oder eine psychiatrische o-

der psychosomatische Klinik. Einige der Befragten hatten vor Beginn der Paarberatung ambulante oder stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungsangebote wahrgenommen. Andere befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in Einzelpsychotherapie oder ärztlicher Behandlung. In der Subkategorie „Kontext der Zuweisung“ (s. Kategorie „Schlüsselsituationen“) finden sich Hinweise darauf, dass Ärzte/-innen oder Psychologische Psychotherapeuten/-innen ihre Patienten auf das Angebot der Paarberatung in der EFL aufmerksam machten und es als Ergänzung oder Alternative zur Behandlung im Gesundheitssystem empfahlen. Einige Befragte berichteten, dass sich aus dem Paarberatungsprozess heraus die Entscheidung eines Partners/einer Partnerin ergab, eine Einzelpsychotherapie oder einen Klinikaufenthalt zu beginnen.

Überraschend für mich berichteten mehrere der Befragten, dass sie oder ihr Partner/ihre Partnerin bisweilen stationäre Einrichtungen des Gesundheitssystems nutzten, um ihre Paarkonflikte zu regulieren.

Die zugehörigen Subkategorien zur Kategorie „Schnittstelle Gesundheitssystem“ im Überblick:

- Stationärer Aufenthalt
- Empfehlung zur Paarberatung
- Ambulanter psychotherapeutischer und ärztlicher Kontakt

In der Subkategorie „Stationärer Aufenthalt“ finden sich Beschreibungen von Situationen, in denen die Befragten sich emotional überlastet fühlten oder die Konflikte auf der Paarebene sich so zugespitzt hatten, dass ihre Bewältigungsmöglichkeiten subjektiv nicht mehr ausreichten. Sie suchten nach Entlastung und hielten eine räumliche Trennung vom Partner/von der Partnerin für notwendig, um ihre eigenen Affekte zu regulieren und eine Beruhigung des Paarkonfliktes zu erzielen. Diese Distanz führten sie über den Weg herbei, sich selbst in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitssystems zu begeben oder den Partner/die Partnerin dazu zu bewegen.

Beispiele für die Subkategorie „Stationärer Aufenthalt“:

- *Ich war ja ganz, wie sagt man – abgeschaltet nicht, aber – da war ich so – langsam und, wie sagt man dazu, depressiv oder wie? Aber ich hab klar gedacht, ich hab*

ihn zum Arzt geschickt, gejagt... und hab dann, wo er weg war, den Arzt angerufen: „Sagen Sie ihm, mein Mann hat mich nicht angegriffen, aber mein Mann ist nicht in Ordnung im Kopf. Und der kann, das Beste wäre, wenn wir jetzt wenigstens zwei Tage getrennt wären. Damit ich mich beruhigen kann. So sieht es bei uns aus. – Ja, und ob sie ihm das gesagt hat, das weiß ich ja nicht, auf jeden Fall war da die Untersuchung und konnte ihn ins Krankenhaus stecken, und das war quasi so, ich möchte fast sagen, war das die Rettung unserer Ehe. War das ein Erleuchten im Kopf von mir oder ein Erkennen, oder wat es war? War es Schicksal, was der Herrgott geschickt hat?

- *Es geht nicht darum ihn abzuschieben und weg. Aber einfach darum, dass ich ein bisschen Luft kriege. Nein, ich möchte da nicht weg oder irgendwas. Ich möchte dann einfach nur, wir haben jeden Abend telefoniert, aber einfach, ja das Gefühl haben, jetzt geht's ihm erstmal gut. Die bauen ihn wieder auf, und dann brauche ich das nicht machen.*
- *Die* (Kurmaßnahme, Anm. d. V.) *sehe ich jetzt für mich. Hundertprozentig, die sehe ich jetzt für mich. Weil, ich hätte gerne gehabt, dass mein Mann weggeht, und der möchte nicht, weil er ja meint, er ist jetzt - darüber hinweg, und er möchte das nicht. Und da hat man mir empfohlen, dass ich das lieber dann machen soll. Da hat meine Ärztin gesagt, ich solle lieber da - dass wir auch mal ein bisschen getrennt sind, und ich versuche, meine Nerven wieder so ein bisschen - ja, wie sagt man? Ich und Worte! - wieder hinkriegen, dass man nicht mehr so fertig ist.*
- *Ich fühlte mich natürlich nicht wohl damit, wenn ich da anrufe und sage - aber ich habe einfach gesagt, ich will die Verantwortung nicht übernehmen! Ich will nicht ständig das Gefühl haben, wenn ich wegfahre, ist er gleich noch da? Ist da was passiert? Das kann ich nicht, das wird mir zu viel.* (weint) *Das ist so schwierig.*
- *Deswegen bin ich so unheimlich froh, dass sie jetzt eingesehen hat, sie hat ja vorher nie eingewilligt, zur Kur zu gehen oder in eine stationäre Behandlung, und dass sie das jetzt gemacht hat. Das ist wie ein Zwiespalt. Ich hab mich erschrocken, dass meine Frau so fertig war, obwohl ich mich anders gefühlt hatte.*
- *Weil einfach beide körperlich so schlecht drauf sind und dann nur noch, nicht miteinander, sondern nur noch gegeneinander. Jeder ist kaputt, genervt, will aber*

seine Arbeit fertig machen. ... Wir haben wirklich viel gearbeitet seit Anfang des Jahres, sind auch noch nicht ganz fertig, aber körperlich so am Ende, dass sein Therapeut ständig sagt: „Herr D., Sie müssen wieder raus." Mein Mann ist über Weihnachten auch wieder sechs Wochen in Y. (Psychiatrische Klinik, Anm. d. V.) *gewesen, also schon das dritte Jahr über Weihnachten.*

In akuten Konflikt- und Belastungssituationen, die sich auf die Paarbeziehung negativ auswirkten oder zur Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt, gaben Ärzte/-innen oder Psychologische Psychotherapeuten/-innen in Kliniken oder ambulanten Praxen den Befragten die Empfehlung, in einer EFL-Beratungsstelle Unterstützung durch Paarberatung anzufragen.

Beispiele für die Subkategorie „Empfehlung zur Paarberatung":

- *Und, wie gesagt, wo er dann in die Klinik kam, und ich war dann, glaube ich, sechs Wochen zur Kur, und die hatten mir das auch geraten. Da haben wir gesagt, komm, wir versuchen das noch mal und gehen dann einfach nach N.*
- *Ich war ja schon in Behandlung, hatte mich auch in Behandlung begeben, aber alles immer nur einzeln...Uns wurde das auch geraten von Frau Dr. X. und von meiner Frau Y.* (Einzeltherapeutin, Anm. d. V.) *auch, und da haben wir uns Sie ausgesucht, weil Sie empfohlen wurden.*
- *Dann war ich bei meinem Arzt, Hausarzt. ... und man hat uns geraten, geht zur Eheberatung.*

Im Anschluss an den Paarberatungsprozess entschieden sich einige Befragte, Einzelpsychotherapie und/oder eine stationäre psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen. Sie berichteten zudem von Kontakten zu (Fach-)Ärzten/-innen, die sie als Vertrauenspersonen sahen. Diese professionellen Kontakte wurden von einer Befragten als „Anlaufpunkte" bezeichnet.

Beispiele für die Subkategorie „Ambulanter psychotherapeutischer und ärztlicher Kontakt":

- *Bloß, sie wird wohl zum Schluss gemerkt haben, dass das nicht alleine reicht. Weil sie dann, sie, dann hat sie ja eine Einzeltherapie noch bekommen, auch noch dabei, und jetzt diese, diese Kur-Sache.*

- *Also, mit der Psychotherapeutin komme ich eigentlich sehr sehr gut klar, und auch mit meiner Gynäkologin und auch mit meinem Hausarzt. Dass ich da also Anlaufpunkte habe.*
- *Und mal gucken, wie es so weitergeht. Große Hoffnung habe ich nicht. Ich bin zwar jetzt ambulant beim Doktor F. in G., Gesprächstherapie und Gruppentherapie. Aber, schauen wir mal* (seufzt). *Ich weiß es noch nicht. ... Ich kämpf da noch mit.*
- *Nee, also ich hab jetzt wieder Psychotherapie angefangen. Also ich habe eine sehr gute Psychotherapeutin, die hatte auch mein Mann. Aber für meinen Mann war sie nicht gut, also absolut nicht. Das, er hatte auch zwischenzeitlich bei dem, also ganz zu Beginn bei dem Mann meiner Psychotherapeutin immer die Behandlung gehabt. Aber er ist leider von hier weggezogen. Deshalb hatte sie dann gesagt, mit seiner beruflichen Sache da, übernimmt ihn. Weil sie auch die ganze Situation kannte.*

In der Kategorie „Schnittstelle Gesundheitssystem“ wird der Aufenthalt in einer Klinik bzw. einem Krankenhaus am häufigsten benannt (Abbildung 21). Die Befragten selbst oder ihre Partner/-innen befanden sich vor Beginn oder nach Beendigung der Paarberatung in einem stationären Aufenthalt. Ein solcher Aufenthalt wurde zudem als eine Art „Krisenintervention“ bei heftigen Paarkonflikten oder Belastungen der einzelnen Partner/-innen als Möglichkeit ins Spiel gebracht.

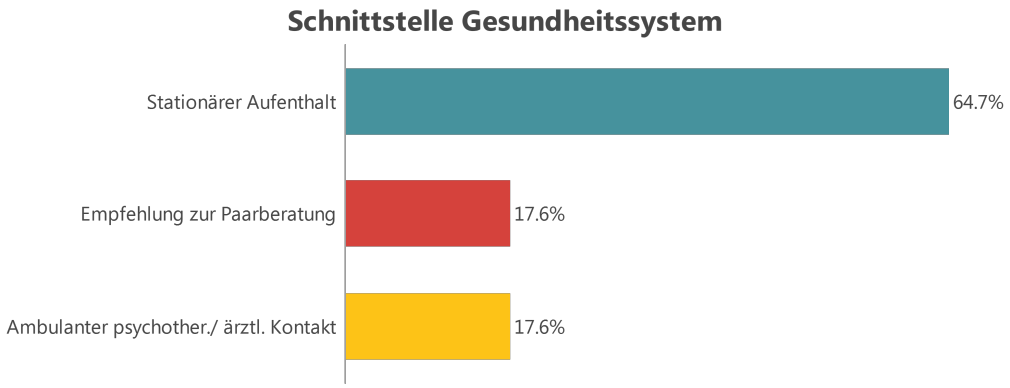


Abbildung 21: Kategorie Schnittstelle Gesundheitssystem, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Die Kode-Matrix-Visualisierung zur Kategorie „Schnittstelle Gesundheitssystem“ (Abbildung 22) gibt einen Überblick, in welcher Häufigkeit die befragten Personen die Subkodes thematisieren. Bei sechs der Befragten, die zu drei der Paare gehören, war dies am häufigsten der stationäre Aufenthalt in einer Klinik bzw. einem Krankenhaus.

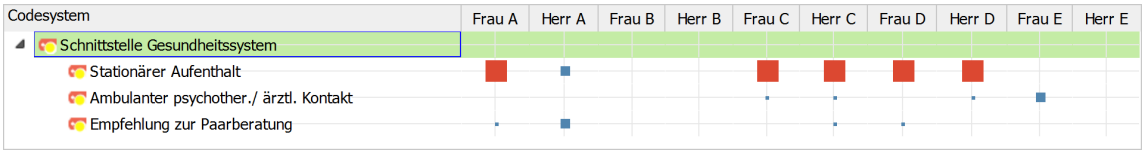


Abbildung 22: Kategorie Schnittstelle Gesundheitssystem, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

7.4 Diskussion der Ergebnisse der Studie 2

Die Interviewstudie (Studie 2) schließt an die Ergebnisse der Fragebogenstudie (Studie 1) an und erweitert und vertieft deren Fragestellungen im Sinne eines explanativen Designs (vgl. Schreier & Ödag, 2010). In Studie 1 habe ich bei Klienten und Klientinnen im Alter 55 plus, die Beratung im Paarsetting wahrnahmen, anhand von standardisierten Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben, welche individuellen und partnerschaftsbezogenen Belastungen und Konfliktbereiche sie zu Beginn der Paarberatung aufwiesen, und welche Veränderungen sich in Bezug auf die erfassten

Belastungs- und Konfliktbereiche sowie die Qualität der Paarbeziehung bei Beendigung des Beratungsprozesses ergaben. Neben dem subjektiv eingeschätzten Rückgang von somatischen und psychischen Belastungen in diesem Zeitraum zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse zum gemeinsamen Problemlösen als Paar. Die Ergebnisse der Studie 1 mit Selbsteinschätzungsfragebogen der Klienten/-innen zeigten zudem, dass sich über alle Teilnehmer/-innen die affektive Kommunikation auf der Paarebene vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt verschlechterte und parallel die Unzufriedenheit mit aggressiven Verhaltensweisen in der Paarinteraktion bei einem Teil der Stichprobe zunahm. Dies führte zu meinen Forschungsfragen für die nachfolgende Interviewstudie, die zum Ziel hatte, differenzierte Informationen zu den subjektiv empfundenen intrapersonellen und paarbezogenen Phänomenen und Veränderungen im Zeitraum der Paarberatung zu erhalten.

Zentrale Fragestellungen der Studie 2

Meine Interviewstudie mit älteren Menschen in langjährigen Paarbeziehungen explorierte dementsprechend deren subjektive Perspektive auf ihre Erfahrungen im Zeitraum des Paarberatungsprozesses sowie ihre kognitiven Konstruktionen, ihre Gefühle und ihre Bewertungen zu diesen Erfahrungen. In offen angelegten Einzelinterviews mit jeweils beiden Partnern/-innen eines Paares waren folgende Fragestellungen leitend: Wie ist rückblickend die subjektive Sicht der Befragten auf ihren Anlass für die Paarberatung, und welche Anliegen und Erwartungen haben sie diesbezüglich? Welche Erfahrungen machten sie im Zeitraum der Paarberatung hinsichtlich ihrer individuellen Belastung? Welche Entwicklung sahen sie in ihrer Paarbeziehung, insbesondere im Zusammenhang mit den körperlichen und psychischen Belastungen, dem Umgang mit Problemen in der Paarbeziehung, der Intimität als Paar, der Emotionsregulation und dem Ärgermanagement in der Paarinteraktion? Welche Veränderungen haben sie ggf. im Zeitraum der Paarberatung bei sich selbst und ihrem Partner/ihrer Partnerin wahrgenommen? Bringen sie diese Veränderungen mit der Paarberatung in Verbindung, und wenn ja, in welcher Hinsicht?

Mittelfristiges Ziel dieser qualitativ angelegten Interviewstudie war es, neue Hypothesen und Fragestellungen zu langjährigen Paaren und ihren Belastungen, Themen und Prozessen im Paarberatungssetting zu entwickeln (vgl. Mayring, 2007).

U. a. wurden die Themen Anspannung, Stress, Emotionsregulation, Ärgermanagement und Problemlösen im Zusammenhang mit der Paarbeziehung und im Rückblick auf den Paarberatungsprozess exploriert.

Zentrale Ergebnisse der Studie 2

Die zentralen Ergebnisse meiner Interviewstudie lassen sich wie folgt zusammenfassen. Über einen längeren Zeitraum andauernde massive körperliche und psychische Belastungen sowie Verlusterfahrungen hatten bei den Befragten das Gefühl der Überforderung zur Folge. Stresserfahrungen dieser Art können zu dauerhaft erhöhtem Arousal führen (Mroczek & Almeida, 2004). Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung erlebten die Befragten ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als erschöpft und empfanden emotionale Entfremdung vom Partner/von der Partnerin, so dass die Paarbindung gefährdet erschien.

Im Paarberatungsprozess sprachen die Paare die Probleme und Belastungen in ihrer Paarbeziehung konkret an und nahmen somit die Spannungen auf der Paarebene bewusster wahr. Die gegenseitige Selbstöffnung in den Paarberatungssitzungen und der individuell erreichte Perspektivwechsel durchbrachen das bisherige Interaktionsmuster der Paare und förderten ihre emotionale Wiederannäherung. Dies führte wiederum subjektiv zur Verringerung der Belastung. Einige Partner/-innen setzten bei interpersonalen Konflikten in konstruktiver Weise Strategien der Vermeidung oder Distanzierung ein, um negativen emotionalen Stress zu vermindern sowie Harmonie im Paarsystem und subjektives Wohlbefinden zu erhalten. Die Paare fanden in der Folge emotionale Nähe wieder und waren in der Lage, Positives an dem Partner/der Partnerin und in der Beziehung zu sehen. Die Paarberatung wurde zu diesem Zeitpunkt beendet, allerdings erwiesen sich die Veränderungen als nicht stabil.

Die Visualisierungen zur Paarbeziehungsqualität (siehe 7.1.8 und 7.3.1), die während der Interviews entstanden, weisen auf einen subjektiven Anstieg der Paarzufriedenheit zu Beginn und im Verlauf des Paarberatungsprozesses hin und zeigen einen Abfall der Zufriedenheit gegen Ende bzw. nach Beendigung der Paarberatung. Traten erneute Belastungen im Alltag auf, gerieten die Paare wiederum in dysfunktionale Interaktionsmuster.

Das Thema gemeinsame Sexualität wurde in den Interviews, allerdings nicht in allen Fällen im Rahmen der Paarberatung angesprochen.

7.4.1 Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse

Die Aussagen der Befragten lassen sich drei übergeordneten thematischen Rubriken oder Clustern zuordnen: Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse. Diese drei Themenkomplexe folgen in der genannten Reihenfolge dem zeitlichen Verlauf der Paarberatungsprozesse, wie er in den Interviews beschrieben wurde und stehen in einem zirkulären Zusammenhang. Sie werden veranschaulicht in der Abbildung 23, Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen.

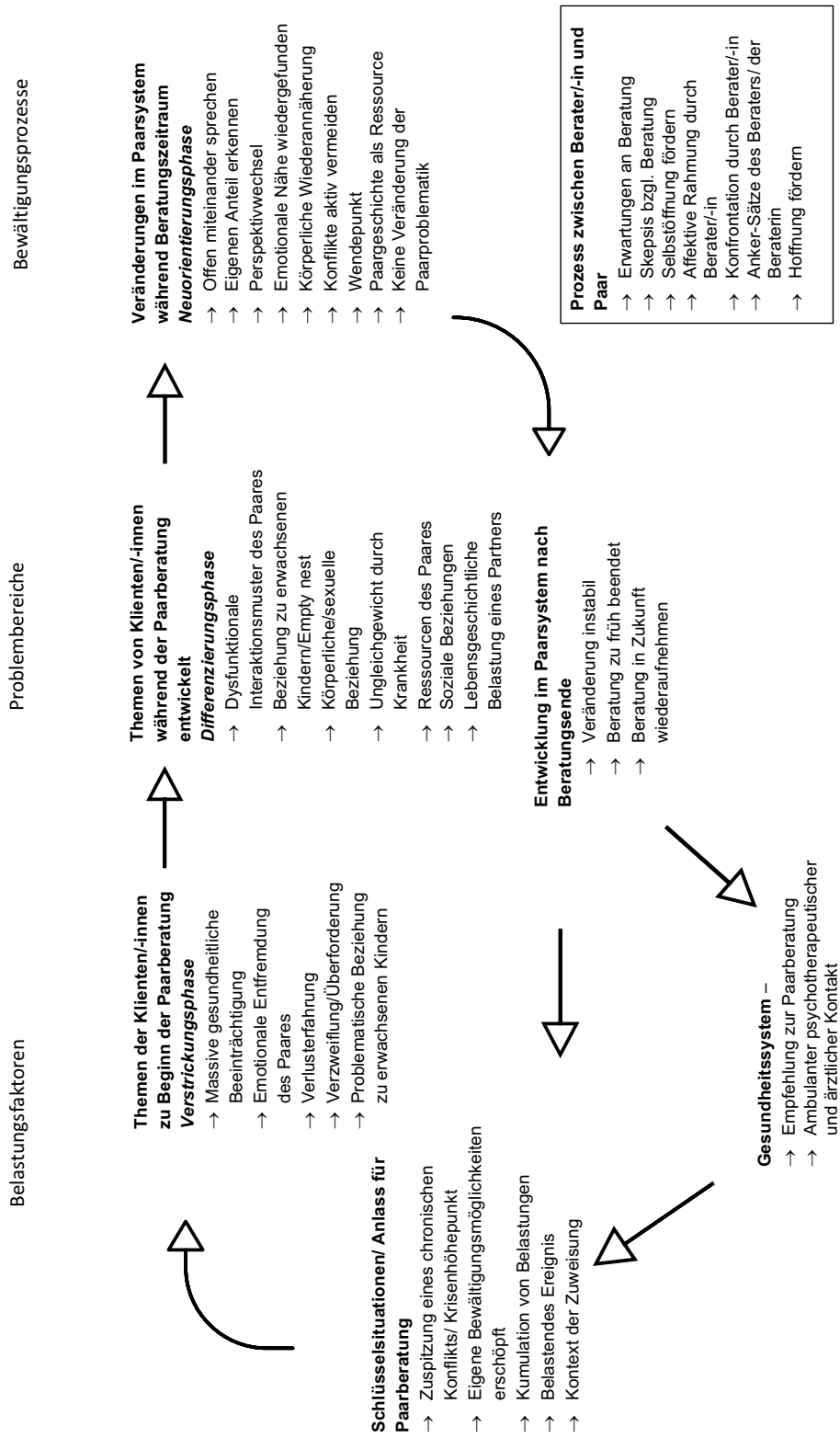


Abbildung 23: Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen

Im Folgenden erläutere ich die diese drei zentralen Cluster näher, indem ich ihnen die Ergebnisse meiner Interviewstudie zuordne

Unter die Rubrik „Belastungsfaktoren“ fallen die bio-psycho-sozialen Einschränkungen und paarbezogenen Schwierigkeiten, die die befragten Personen hinsichtlich ihrer langjährigen Paarbeziehungen erlebten. Belastungsfaktoren fanden sich sowohl bei den Anlässen für die Anmeldung zur Paarberatung als auch in Verbindung mit den Themen, die für die Befragten zu Beginn des Paarberatungsprozesses im Fokus standen.

„Problembereiche“ sind zu verstehen als die individuellen und paarbezogenen Aspekte, die für die Paare zur Bearbeitung und Lösung im Rahmen der Paarberatung anstanden. Im Verlauf des Beratungsprozesses veränderten und erweiterten sich die Perspektiven der Klienten/-innen auf die Problembereiche und dysfunktionalen Interaktionsmuster innerhalb ihrer Paarbeziehung. Die Befragten berichteten, dass sie eine differenzierte Sicht auf individuelle und paarbezogene Aspekte entwickelten.

Unter „Bewältigungsprozesse“ sind die entsprechenden Entwicklungs- bzw. Veränderungsschritte der Einzelnen und des Paarsystems zu verstehen. Verschiedene Formen der Bewältigung bezüglich der belastenden Faktoren und Probleme führten im Verlauf des Paarberatungsprozesses zu Veränderungen bei den einzelnen Personen und im Paarsystem.

Meine qualitative Auswertung der Interviews ergab fünf Hauptkategorien, die die drei übergeordneten Rubriken - Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse – inhaltlich füllen sowie zwei zusätzliche Kategorien. Die fünf Hauptkategorien sind folgendermaßen benannt:

- Schlüsselsituationen - Anlass für Paarberatung
- Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung
- Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt
- Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum
- Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende

Anhand der Einzelfallanalysen der 10 Interviews (siehe 4.2) zeigte sich, dass es sinnvoll ist, eine Kategorisierung der Interviewaussagen entlang dem zeitlichen

Verlauf des Paarberatungsprozesses vorzunehmen, denn die Befragten beschrieben in Bezug auf die Paarberatung und die Entwicklung ihrer Paarbeziehungsqualität einen Prozess mit aufeinander folgenden Schritten. Zeitliche Markierungen der verschiedenen Phasen des Beratungsprozesses finden sich bereits in den exmanenten Fragen meines Interviewleitfadens zum Anmeldeanlass und zur Entwicklung im Verlauf des Paarberatungsprozesses bis zur Beendigung. Zudem legte meine Einladung an die Befragten während der Interviews, ihre subjektive Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung in den Monaten der Paarberatung anhand eines Koordinatensystems zu markieren, eine Orientierung an der Zeitachse nahe.

Ähnlich wie die drei genannten übergeordneten Rubriken meiner Studie 2 skizziert das Phasenmodell systemischer Paarberatung nach Jellouschek und Kohaus-Jellouschek (1993) idealtypisch zeitlich aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte, die Paare in einer gemeinsamen Therapie durchlaufen (können). Es handelt sich um die Phasen der Verstrickung, Differenzierung und Neuorientierung (vgl. Abbildung 23). Zu Beginn befindet sich das Paar in der sog. Verstrickungsphase, die als Sackgasse empfunden wird. Dies entspricht in meiner Interviewstudie der Benennung der Belastungsfaktoren als Anlässe für die Paarberatung und den Themen zu Beratungsbeginn. Die Befragten sahen keine eigenen Möglichkeiten der Bewältigung dieser Belastungen und suchten Paarberatung auf. Dadurch, dass sich die Paare im Beratungssetting mit ihren interaktionell dysfunktionalen Interaktionsmustern auf der Paarebene konfrontierten und ihre je individuellen Anteile am Paarinteraktionsmuster fokussierten, eröffnet sich ihnen die Möglichkeit, in die sog. Differenzierungsphase zu wechseln, in der sie sich ihrer Verstrickungen auf der Paarebene bewusstwurden, sich darüber mit dem Partner/der Partnerin austauschten und in der Folge emotional wieder annäherten. Merkmale der Differenzierungsphase finden sich in meiner qualitativen Auswertung in der übergeordneten Rubrik „Problembereiche“ mit der Kategorie „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt“ wieder. Nach Jellouschek und Kohaus-Jellouschek (1993) gelingt Paaren die Lösung aus destruktiven interaktionellen Kreisläufen zum einen, indem die Partner/-innen individuell mehr Selbstverantwortung (zurück)gewinnen und zum anderen, indem sich die Partner/-innen gegenseitig öffnen und ihre Gefühle zeigen. Dadurch komme Bewegung in die erstarrte Paardynamik, und die problematischen Themen

können in der folgenden „Phase der Neustrukturierung“ (oder Neuorientierung) im Kontext der Paarberatung bearbeitet und bewältigt werden. In meiner Hauptkategorie „Veränderungen im Paarsystem während Zeitraum der Beratung“ finden sich entsprechende kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte, die die Befragten retrospektiv als relevante Veränderungen benannten. Diese Phase kann damit enden, dass das Paar entweder eine neue Basis für die Paarbeziehung findet oder sich zur Trennung entscheidet.

In allen 10 Interviews meiner Studie 2 berichteten die Befragten zudem spontan über die Entwicklung der Zufriedenheit in ihrer Paarbeziehung nach der Beendigung der Paarberatung. Die Zufriedenheit mit Paarbeziehung stieg demnach während des Beratungszeitraums mehr oder weniger ausgeprägt an und sank nach dem Ende der Paarberatung wieder ab.

Aussagen zur beraterischen Beziehung wurden ebenfalls von allen Befragten gemacht. Eine weitere siebte Kategorie gründet auf die Aussagen der Befragten zu ihrem Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitssystems. Diese beiden Kategorien sind inhaltlich der Rubrik „Bewältigungsprozesse“ zuzuordnen (vgl. Abbildung 23).

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Interviewstudie in der Systematik der von mir entwickelten Hauptkategorien vorgestellt, in einen zirkulären Zusammenhang gestellt und diskutiert.

7.4.2 Schlüsselsituationen/Anlass

Bei der Frage, wieso die befragten Paare genau zu dem Zeitpunkt Beratung aufsuchten, zu dem sie es taten, zeigte sich, dass sich eine bereits länger andauernde belastende Lebenssituation zugespitzt hatte. Nach der subjektiven Einschätzung der Interviewten waren im Vorfeld seit Längerem problematische Entwicklungen gegeben. Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung hatten die Belastungen im Paarsystem entweder eine „kritische Masse“ erreicht, und/oder es trat eine aktuelle Veränderung im Paar- und Familiensystem auf, die den Anstoß gab, Unterstützung mittels einer Paarberatung zu suchen („Schlüsselsituation“). Belastende Ereignisse sind in diesem Zusammenhang als normative und nicht-normative kritische Lebensereignisse zu verstehen (Filipp, 1990), z.B. chronische somatische und psychische Erkrankungen (eigene sowie die des Partners/der Partnerin), der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. der von ungünstigen Umständen geprägte Ausstieg aus dem

Arbeitsleben und subjektive Verlusterfahrungen durch den Auszug erwachsener Kinder. Die Belastungsfaktoren wurden von den Interviewten als massiv erlebt, sie hatten eine große Schwere und Wucht und bestanden z. T. über Jahre. Die Befragten versuchten zuvor vergeblich, diesen negativen Stress ohne Unterstützung von außen zu bewältigen, was die Belastungen schließlich verstärkte. Bewältigungsversuche der Einzelnen, des Paares und Hilfe durch ihr soziales Umfeld – Verwandte, Freunde - hatten keine Entlastung und Lösung erbracht, so dass nun professionelle Hilfe durch Paarberatung in Anspruch genommen wurde. Dieses Phänomen ist als Kaskadenmodell bekannt (Bodenmann, 2000; Widmer Rodríguez Bétancourt, 2001).

Eine niedrige Paarzufriedenheit erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich zwischen den Partnern/-innen eine Verbindung bzw. Übertragung von negativen Stimmungen und individuellem Arousal entwickelt. Studien ergaben Hinweise auf die Beziehungsqualität als Moderator für die physiologische Koregulation von Paaren. Paare, die eine hohe Übereinstimmung bei physiologischem Arousal zeigten, neigten eher dazu, sich gegenseitig emotional „anzustecken“ und auf Stress und negative Zustände des/der anderen mit eigenem Arousalanstieg zu reagieren (Saxbe & Repetti, 2010). Dies wird vermittelt über die HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) (vgl. McEwen, 2000). Dieses bedeutsame Stress-Reaktionssystem des Körpers wird aktiviert, wenn subjektiv Stress empfunden wird. Es weist Kortisol als Endprodukt auf und gilt als zuverlässiger Prädiktor für Stress.

Nach Welter-Endelin (1993) sind sogenannte unlösbar gewordene Schwierigkeiten in Paarbeziehungen als Vorboten anstehenden Wandels zu verstehen. Phasen von Kontinuität und kritische Zeiten in der Paarbeziehung wechseln einander ab, wobei Routinen, die nicht mehr konstruktiv wirken, diese Veränderung auslösen können. Externe Stressoren - sowohl überdauernd als auch aktuell einwirkend - sowie Vulnerabilitäten der einzelnen Partner/-innen fordern von beiden Partnern Bewältigungsfähigkeit und adaptives Verhalten. Je besser diese Anpassungsprozesse gelingen, desto höher wird die Qualität der Partnerschaft empfunden (Wunderer, 2003). Ein ähnliches Zusammenspiel postuliert das Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung nach Karney und Bradbury (1995). Fortdauernde Vulnerabilitäten der Einzelnen und stresshafte

Ereignisse beeinflussen die adaptiven Prozesse innerhalb der Paarbeziehung, und diese Adaptationsprozesse wirken wiederum auf die Paarbeziehung zurück. Die Qualität der Paarbeziehung steht also in direktem Zusammenhang mit dem adaptiven Potential des Paares (siehe 2.5.9).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Schlüsselsituationen, in denen die Paare externe Unterstützung über Paarberatung wählten, Lebenssituationen waren, in denen sich die Belastungen und Herausforderungen der Paarbeziehung anhäuften und die bisherigen eigenen Bewältigungsmöglichkeiten der Partner/-innen nicht mehr ausreichten. Es handelte sich um die aktuelle Zuspitzung eines chronischen Konflikts und/oder einen subjektiv empfundenen Krisenhöhepunkt aufgrund der Kumulation mehrerer länger andauernder Belastungen, in der die eigenen Coping-Fähigkeiten der Partner/-innen erschöpft waren. In einigen Fällen traten zusätzlich belastende akute Ereignisse im Lebenskontext auf.

7.4.3 Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung

Die Belastungen und Problembereiche, die die Interviewten im Zusammenhang mit dem Beratungsprozess nennen, differenziere ich nach „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung " und „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt" (siehe 7.4.3). Diese beiden Kategorien sind nicht völlig trennscharf, dennoch erscheint es mir sinnvoll, hier eine Unterscheidung zu treffen. Die Aussagen der Befragten, die unter „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung" zusammengestellt sind, bleiben eher auf der beschreibenden Ebene. Belastungen wurden als etwas beschrieben, das ertragen werden muss. Die codierten Interviewausschnitte hingegen, die sich unter der Kategorie „Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt" finden, enthalten mehrheitlich Hinweise auf die Paardynamik und die interaktionell gestalteten Muster des Paares. Bei letzteren Aussagen geht es um die Bedeutung der Problembereiche für die Einzelnen und das Paarsystem, die Attribuierungen der Interviewten und ihre Bewältigungsversuche.

Zu den Lebenssituationen, die dazu führten, dass sich die interviewten Paare an eine EFL-Beratungsstelle wandten, gehören u. a. Verluste und Einschränkungen im gesundheitlichen Bereich, d.h. somatische und psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowie der Verlust des Arbeitsplatzes eines der beiden. Gleichzeitig

sind dies die Themen, die die Befragten rückblickend als ihre Anliegen auf der Paarebene zu Beratungsbeginn erinnern. In den Interviews berichten die Ehepartner/-innen von Verzweiflung und Überforderungsgefühlen. Im Zusammenhang damit entwickelte sich im Vorfeld der Paarberatung zunehmend eine subjektiv negative Beziehungsqualität. Die Themenbereiche zu Beratungsbeginn, die in den Interviews genannt wurden, entsprechen weitgehend den Präkonzepten, die sich in der Literatur zu den Problemfeldern von Menschen im Alter 55 plus und ihren Paarbeziehungen finden (siehe 1.2).

Massive gesundheitliche Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Erkrankungen und Symptome stellten die am häufigsten genannte Kategorie zu Beginn des Paarberatungsprozesses dar. Es handelte sich z.B. um chronische somatische und psychische Erkrankungen und Einschränkungen eines oder beider Partner/-innen, die z. T. von dauerhaften Schmerzen begleitet werden, um körperliche und psychische Langzeitfolgen einer schwerwiegenden somatischen Erkrankung, um Depressionen, Angststörungen oder eine Suchterkrankung eines Partners/einer Partnerin.

Verlusterfahrungen wurden ebenfalls häufig genannt, hier besonders der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Mobbingerfahrungen, aber auch der Auszug der erwachsenen Kinder und damit der Abschied aus der aktiven Elternrolle. Deutlich wurde, dass es sich um kumulierte Verlusterfahrungen handelte, d.h. aufeinander folgende oder gleichzeitig auftretende Belastungen, die die Coping-Möglichkeiten der einzelnen Partner/-innen und des Paares sowie des sozialen Umfeldes überstiegen. Geschildert wurden Überforderungssituationen und Gefühle der Verzweiflung:
„Und es ging so weiter, fünf Jahre und dann hat unser Hausarzt – hab ich immer wieder mal geklagt, und dann hat er gesagt ‚Ja, ja, Frau A., Sie müssen ja froh sein, dass Ihr Mann überhaupt noch lebt!'. Ich sag, ja sicher bin ich froh, dass er lebt, ich sag, aber das ist kein Leben mehr. Ich sag, ich gehe eher kaputt dran als er.".

Diese Belastungen und Überforderungserfahrungen gingen einher mit „Emotionaler Entfremdung" auf der Paarebene: „Das waren also geballte Situationen, die auf uns zukamen, und wir haben uns immer mehr auseinandergelebt. Er war immer in seinem Bereich und ich in meinem Bereich.". In dieser Kategorie wird der man-

gelnde bzw. verloren gegangene emotionale Kontakt des Paares erfasst. „Er war immer in so einer Glasglocke.“, so beschreibt eine Befragte ihren Eindruck von ihrem Mann. Mit abnehmender Restlebenszeit werden emotionsbezogene Ziele priorisiert (Carstensen et al., 1999; Carstensen et al., 2011), d.h. die Qualität der sozialen Beziehungen - insbesondere der Paarbeziehung - wird im höheren Lebensalter bedeutsamer. Das Grundbedürfnis nach Nähe und Angenommensein in der Paarbeziehung erhält somit besonderes Gewicht. Erscheint die Bindung zum Partner/zur Partnerin gefährdet, so löst dies erheblichen Stress aus.

Zu Beratungsbeginn sind die Partner/-innen nach eigener Beschreibung emotional weit voneinander entfernt. „Emotionale Entfremdung“ im Sinne von Verlust der Intimität und des Zugangs zum Partner/zu der Partnerin verbunden mit Gefühlen der Vereinzelung wurde von den Befragten durchgängig als Phänomen genannt: *„Es hatte jeder so sein eigenes Leben gelebt… Als Paar haben wir überhaupt nicht mehr gelebt die ganzen Jahre.“*.

Diese Erfahrung der emotionalen Entfremdung von dem Partner/der Partnerin wird in der Stressforschung im Zusammenhang mit den Auswirkungen stressbeladener Situationen auf nahe Beziehungen aufgegriffen (Karney, Story & Bradbury, 2005). Neff und Karney (2004) untersuchten den „Stress spillover“-Effekt. Paar-externaler Stress verursacht demnach, dass negative Wahrnehmungen in der Paarbeziehung auftreten und der konstruktive Umgang der Partner/-innen mit diesen kritischen Wahrnehmungen stark eingeschränkt ist. Bei hohem Stress sind die Partner/-innen in ihren kognitiven Ressourcen überfordert und können externalen Stress und die Beziehungsunzufriedenheit nicht differenzieren. Eine Befragte beschrieb ihre Situation so: *„...hab ich ja bald einen Nervenzusammenbruch gekriegt. Da hab ich geschrien mitten in der Nacht, dass das Haus wohl alles mitgekriegt hat. Vor Verzweiflung und vor, vor Nichtmehrkönnen.“*

Die kognitive Organisation, die ansonsten ermöglicht, den weitreichenden positiven Blick auf die Beziehung von situativen negativen Sichtweisen auf den Partner/die Partnerin zu trennen, fällt bei individuell hohem Stressniveau wesentlich schwerer und steht als Coping-Strategie nur eingeschränkt zur Verfügung. Dieser Effekt zeigte sich besonders bei den untersuchten Frauen (Neff & Karney, 2004). Aber auch alltägliche Belastungen gehören zum Distress, z.B. Konflikte des Paares bezgl.

Alltagsaufgaben, gemeinsamer Sexualität etc. Nach Bodenmann (2006) zeigen Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Stressforschung bei Paaren recht übereinstimmend, dass vor allem nicht bewältigter Alltagsstress („daily hassles“) zu Rückzug in der Kommunikation, Feindseligkeit und weniger Positivität in der Beziehungsgestaltung führt und damit zu einem schlechteren Befinden der Partner/-innen, einer niedrigeren Partnerschaftsqualität und einem höheren Trennungsrisiko beiträgt.

Der drohende Verlust der Paarbindung kann Angst auslösen. Mentalisierungsbasierte Ansätze in der Paartherapie weisen darauf hin, dass in Belastungs- und Bedrohungssituationen, in denen Angst vor Bindungsverlust erlebt wird, das Bindungssystem eine erhebliche Aktivierung erfährt. Parallel dazu kann die Fähigkeit zur Mentalisierung bei den Partnern/-innen (temporär) eingeschränkt sein. Eine der Befragten schilderte ihren Ehepartner folgendermaßen: *„Er war eigentlich immer in so einer Glasglocke. Man kam also absolut nicht an ihn heran.“*.

Dies führt zu Missinterpretationen und dysfunktionalen Reaktionen in der Paarinteraktion, was wiederum bei der/dem anderen Ärger- und Rückzugreaktionen aktiviert (vgl. Plitt, 2017). Der Begriff der Mentalisierung geht auf die Arbeitsgruppe um Peter Fonagy (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) zurück und beinhaltet „die Fähigkeit, sich innere Zustände wie Motive, Gefühle und Überzeugungen im eigenen Selbst wie auch in anderen Menschen angemessen vorzustellen“ (Rottländer, 2017, S.24). Auf das Mentalisierungsmodell kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden. Dazu wird auf die Veröffentlichungen von Schultz-Venrath (2015), Taubner (2015) und Kirsch, Brockmann und Taubner (2016) verwiesen. Mentalisierungsdefizite werden nicht generell als Ursache von Problemen und Konflikten in sozialen Beziehungen, insbesondere auf der Paarebene gesehen. Allerdings fördern reife Fähigkeiten zu mentalisieren das gemeinsame Problemlösen als Paar. Gerade bei starken Affekten, z.B. Angst oder Wut, die von hohem Arousal bei den Partnern/-innen begleitet werden, ist das Risiko hoch, dass – temporär - die Fähigkeit, angemessen zu mentalisieren, nicht aufrechterhalten werden kann. Dem dualen Stressverarbeitungsmodell (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2011) zufolge steigt unter Stress die Erregung an und führt zu einem Umschalten von kortikalen (präfrontaler Cortex) zu subkortikalen Systemen (posteriorer Cortex, limbisches System) (vgl.

Schultz-Venrath, 2015). Zur reflektierenden Problemlösung mit geringem bis mittlerem Arousal werden kortikale Systeme benötigt. Bei hohem Arousal ermöglichen subkortikale Leistungen zwar eine rasche Informationsverarbeitung, diese sind aber mit dem Nachlassen der Mentalisierungsfähigkeit verbunden. Explizite, kontrollierte Mentalisierungsprozesse verringern sich mit steigendem Arousal. Implizite, automatische Mentalisierungsprozesse treten an ihre Stelle. Stress und Bindungsaktivierung in der Paarbeziehung sind eng verknüpft, denn der Umschaltpunkt von der expliziten zur impliziten Mentalisierung hängt u. a. mit dem Ausmaß des Bindungsstresses und den individuellen Bewältigungsstrategien zusammen. Eine ausreichende Mentalisierungsfähigkeit fördert den konstruktiven Umgang mit den eigenen Affekten und denen des Partners/der Partnerin und ermöglicht, die zentralen Konflikte in der Paarbeziehung zu regulieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Themen, die den Befragten zu Beratungsbeginn bewusst waren, massive gesundheitliche Belastungen und verschiedene Verlusterfahrungen betreffen. Damit verbunden waren Gefühle der Überforderung bei beiden Partnern/-innen und in der Folge die emotionale Entfremdung als Paar. Bei überfordernden Stresserfahrungen brechen möglicherweise reife Formen der Mentalisierungskompetenz bei den Partnern/-innen zusammen. Dies führte zu Fehleinschätzungen und dysfunktionalem Erleben in der Paarbeziehung (Bark, Taubner & Georg, 2016). Die Bindungsbeziehung der Partner/-innen war zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung in Gefahr, was aufgrund der hohen Priorität emotional bedeutsamer Beziehungen bei Älteren bedeutet, dass ihnen die emotionale Sicherheit in der Paarbeziehung nicht mehr als Ressource zur Verfügung stand (siehe 2.4.1).

7.4.4 Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt

Diese Kategorie unterscheidet sich von der Kategorie „Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung“ dadurch, dass die Klienten/-innen im Lauf des Beratungsprozesses bestimmte Aspekte bzw. Hintergrundthemen ihrer belasteten Paarbeziehung und ihren eigenen Anteil an den Problemen in den Blick nahmen und sich dafür öffneten. So wandelten sich ihre Perspektiven. Statt der Themen zu Beginn der Paarberatung, die sie eher im Sinne externe Belastungsfaktoren beschrieben hatten, standen interne Anliegen und Bedürfnisse der Befragten im Mittelpunkt. Dieser

Fokuswechsel ist möglicherweise bereits als ein Ergebnis der Paarberatung zu werten.

In den Interviews schilderten die Befragten interaktionell dysfunktionale Muster innerhalb der Paarbeziehung, die sich z.B. infolge der veränderten Situation nach der Beendigung der Berufstätigkeit oder aufgrund einer Erkrankung entwickelt haben: *„und, das war uns relativ schnell klar, dass das schon mal ein großer Punkt bei uns ist, der einfach nicht in Ordnung ist. Weil jeder sagt, hör mal, ich kann das und das nicht machen, weil's dem andern ja nicht gut geht. Von beiden Seiten, so diese Rücksichtnahme war einfach zu viel des Ganzen."*

Die Beziehung zu den erwachsenen Kindern und die Empty-nest-Situation sowie ihre Auswirkungen auf die Qualität der Paarbeziehung wurden für die Interviewten im Lauf der Paarberatung zu relevanten Themen. Erwachsene Kinder, die bis vor Kurzem noch im elterlichen Haushalt wohnten, hatten bis dahin eine regulative Funktion im Paarsystem. Z.B. waren sie Vertraute eines Partners/einer Partnerin und glichen emotionale Defizite in der Paarbeziehung aus: *„Es war positiv, mit ihr (der Tochter, Anm. d. V.) konnte ich mich immer unterhalten, was man mit meinem Mann nicht konnte"*. Diese Kompensationsmöglichkeit war in der Lebenssituation der Befragten vor Beratungsbeginn verloren gegangen, sodass die Paare herausgefordert waren, neue Regulationsmechanismen für Distanz und Nähe in ihrem Kontakt zu finden. Auch die psychischen Probleme der erwachsenen Kinder, die im Übergang zur Selbständigkeit auftreten, forderten die Befragten stark: *„Wo wir, also wir sind letztes Wochenende mitgefahren, und, also, äh, wo eine sehr, sehr gedrückte Stimmung war. Und jetzt kam er* (der Sohn, Anm. d. V.) *am Wochenende wieder, weil er heute Abend dieses Gespräch wieder hat bei dem Psychotherapeuten, und, ich sag mal so, seit Freitagabend, wo er gekommen ist und wo ich ihn abgeholt habe, da sagte er, er hätte wieder jeden Tag Selbstmordgedanken gehabt, weil ihn das so bewegt."*.

Die Paare befassten sich in ihrer Rolle als Eltern mit der Lebensführung ihrer erwachsenen Kinder und waren in dieser Hinsicht emotional engagiert*: „Und so bin ich auch jetzt wieder. Ich versuche – das Negative ist da, die Sorgen um die Tochter ist da, um nicht dran kaputt zu gehen, weil der Arzt ja selber schon gesagt hat, als sie*

uns, als sie mir mal so eine Szene gemacht hat, ich hätte mich nicht um sie gekümmert, mit Probleme in ihrer Ehe.“.

Das Ungleichgewicht in der Paarbeziehung durch Krankheit oder die biografische Belastung eines Partners/einer Partnerin wurde im Beratungsprozess ebenfalls thematisiert. Es ging beispielsweise um die ungleichgewichtige Verteilung von Verantwortung: *„Das geht dann nämlich zu weit. Dann sag ich nämlich auch, mach das doch so, und mach das doch so. Weil ich dann irgendwo schon in diesem blöden Verantwortungsgefühl drin bin und dann natürlich auch über das Ziel hinausschieße.“*

Die Gestaltung der körperlichen Kontakte zwischen den Partnern/-innen und ggf. die Störung ihrer sexuellen Beziehung stand im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen, gefühlsmäßiger Entfremdung voneinander oder mit Machtkämpfen innerhalb der Paarbeziehung. Dies wurde laut Aussagen der Befragten nur in einigen Paarberatungsprozessen angesprochen. In den Interviews wurden die - fehlenden - körperlichen Kontakte, Zärtlichkeit miteinander und die sexuelle Beziehung als Paar von fast allen Befragten thematisiert. Die Themen „Distanz und Nähe“ und „Bindung und Autonomie“ innerhalb der Paarbeziehung spielten dabei eine Rolle. Als besitzergreifend oder emotional distanziert empfundenes Interaktionsverhalten eines Partners/einer Partnerin wurde u.U. damit beantwortet, dass der/die andere gemeinsame sexuelle Kontakte vermied: *„Und dann hat man so richtig gemerkt, ne, dat: ‚Wenn ich jetzt küsse, dann kriegt er mich vielleicht rum.‘ Nee! Da hatte sie dann Feierabend gemacht. Als ob sie zumacht. Die ist jetzt grundsauer. Das Grund-sauer-Sein, sage ich mal jetzt, verhindert jetzt, dass sie sich loslässt und sagt: Ach komm!"*. Bei einem Paar war bei beiden Befragten im Zusammenhang mit verweigerter sexueller Aktivität explizit von „Bestrafung“ des/der anderen die Rede.

Die Befragten benannten neben den belastenden Aspekten explizit Ressourcen ihrer Paarbeziehung. Gegenseitige Solidarität, Kontinuität in der Bindung an den Partner/die Partnerin und gemeinsame Werte wurden als Basis der Paarbeziehung und als stabilisierende Faktoren gewertet. Hierbei ging es vor allem um die lange Dauer der Paarbeziehung und den Wert „Zusammenbleiben“ aufgrund der gemeinsamen Lebensgeschichte. *„Wir waren immer ein Paar. Und ich weiß nicht, ich geb‘ auch nicht so schnell auf. Und mein Mann auch nicht, denke ich mal. Unsere Ehe,*

unsere Familie hat eigentlich eine ganz andere Basis oder ein anderes Ziel als die jungen Leute von heute."

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den Befragten im Lauf des Beratungsprozesses ihre dysfunktionalen interaktionellen Kreisläufe als Paar und ihr je eigener Anteil an diesen Mustern in ihrer Paarbeziehung deutlich wurden. Ein Ungleichgewicht in der Rollenverteilung durch Krankheit, Einschränkung oder biografisch bedingte Vulnerabilität eines Partners/einer Partnerin wurde ebenso angesprochen wie die anstehenden Entwicklungsaufgaben in der Beziehung zu den erwachsenen Kindern im Sinne einer Loslösung aus der gemeinsamen Elternrolle. Unstimmigkeiten in der körperlichen/sexuellen Beziehung des Paares kamen in einigen, aber nicht in allen Paarberatungsprozessen zur Sprache. Die Thematisierung der Partnerschaftsprobleme zu Beginn des Paarberatungsprozesses bewirkte, dass beide Partner/-innen ein größeres Bewusstsein für die Spannungen und ungelösten Fragen in der Paarbeziehung entwickelten.

7.4.5 Veränderungen im Paarsystem während des Beratungszeitraums

Veränderungen werden hier verstanden als Bewältigungsprozesse der Partner/-innen. Die Veränderungen, die in den Interviews geschildert wurden, betrafen die Paarbeziehung und die eigene Person der Befragten. Diese Veränderungen fanden innerhalb und außerhalb der Paarberatungssitzungen statt. Folgende Erfahrungen im Interaktionsprozess des Paares innerhalb der Beratungssitzungen waren für die Befragten relevant.

Der offene Austausch über ihre Gedanken, Gefühle, Erlebnisse, Erfahrungen, Probleme und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Partner/der Partnerin wurde sehr häufig genannt: *„Man hat, man ist offener mit sich umgegangen. Man hat mehr über sich persönlich geredet. Seine eigenen Wünsche auch mal öffentlich gesagt, ne. Und das kam sehr gut an."* Eine interviewte Frau betonte, in der Beratungssituation habe sie ihrem Mann zuhören und seine Impulse aufnehmen können: *„Und dann sage ich, so tust du mir noch viel mehr weh, wenn ich da jetzt so sitze und plötzlich etwas von dir zu hören bekomme, was ich vorher durchaus hätte vertragen können, aber nicht gehört habe. Und das hat mich dann so erstaunt, ein bisschen wütend gemacht. Aber ich bin nie aufgestanden und rausgegangen, weil er irgendwo, irgendwo war es vielleicht auch interessant."*.

Studien zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Paartherapie identifizieren folgende übergreifende therapeutische Prozesse: die Sichtweise des Paares auf das benannte Problem in Richtung Sachlichkeit, Kontexteinbezug und Paarebene verändern, emotionsgesteuertes dysfunktionales Verhalten verringern, bisher vermiedenen Ausdruck von Emotionen und konstruktive Kommunikationsmuster fördern (Benson, McGinn & Christensen, 2012). Das Ausmaß der Offenheit und Zugewandtheit dem Partner/der Partnerin gegenüber beeinflusst möglicherweise die Wirkung von Stress auf die HPA-Achse (Slatcher, Robles, Repetti & Fellows, 2010).

-Den eigenen Anteil an der Paarproblematik zu erkennen, war für die Befragten ein entscheidender Schritt: „Nein, eigentlich genau so, äh, unsicher bzw. dass ich weiß, letztendlich muss ich die Schritte gehen. Ähm - Ja, und dazu bin ich einfach zu feige, zu sagen, o.k., so wie wir uns eine Ehe vorstellen, ist es ja nicht. Und, äh, ja, kein Mensch kann sich innerlich so ändern, das geht gar nicht.“. Angeregt durch die Beratung erfolgte bei mehr als der Hälfte der Befragten ein Wechsel in ihrer Perspektive auf die Paarbeziehung: „Ja nu, indem man versucht hat, auf den Mann zuzugehen, auf meinen Partner, und versucht habe, das mal mit anderen Augen zu sehen.“. Untersuchungen zur Paartherapie zeigen, dass therapeutische Prozesse, die Veränderungen auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene parallel initiieren, sich als wirksam erweisen (Greenberg & Johnson, 1986; Christensen, Russell, Miller & Peterson, 1998; Greenberg, Warwar & Malcom, 2010). Die Selbstöffnung in emotional aktivierten Situationen und gegenseitiges emotionales Verständnis der Partner/-innen gehören ebenso dazu wie das intellektuelle Nachvollziehen der Situationen und die Fähigkeit, die eigene Verantwortung für Probleme in der Paarbeziehung anzuerkennen und dem Partner/der Partnerin Unterstützung zu geben. Die eigenen Affekte wahrzunehmen, einzuordnen und mitzuteilen wird im Mentalisierungskonzept als Leistung angesehen, ebenso wie die Wahrnehmung der Affekte des Partners/der Partnerin (Cordes & Schulz-Venrath, 2015). Dadurch wird beiden eine Perspektivübernahme des/der anderen möglich, und sie sind in der Lage, die Wirkung des eigenen Verhaltens aus der der Sicht des Partners/der Partnerin zu betrachten. Diesen Perspektivwechsel stellten die Befragten als einen entscheidenden Veränderungsschritt im Zeitraum der Paarberatung dar.

Die Befragten in meiner Studie beschrieben, dass sie im Lauf der Beratung erkannten, dass die dysfunktionalen Interaktionsmuster auf der Paarebene zu emotionaler Entfremdung geführt hatten und sie in dauerhaft überlastenden Situationen den emotionalen Zugang zueinander verloren hatten: *„Die Wand, die ging hoch."*. Dies entspricht dem Modell stressabhängigen Umschaltens der Mentalisierung (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2011). Durch Stress, erhöhte Erregung und die damit einhergehende Aktivierung des Bindungssystems erfolgt ein Wechsel von explizitem kontrolliertem zum impliziten automatischem Mentalisieren (vgl. Plitt, 2017, S.44). Je nach individuellen Bindungserfahrungen und psychischen Strukturmerkmalen erfolgt diese Umschalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Bei starkem emotionalem Stress, wie die Befragten in meiner Studie 2 es beschrieben, hatten die Partner/-innen möglicherweise keinen Zugang zu ihren Mentalisierungsfähigkeiten. Im Rahmen der Paarberatungssitzungen konnten die Befragten ihr Arousal senken und waren (wieder) zu gegenseitigem Mentalisieren und Reflektion ihrer Paardynamik in der Lage.

Die Befragten beschrieben Veränderungen außerhalb der Beratungssituation, d.h. im Alltag der Paare. Sie hatten emotionale und sexuelle/körperliche Nähe zum Partner/zur Partnerin wiedergewonnen, wodurch auch das subjektive Wohlbefinden stieg: *„Also, wo - am Anfang, wo wir sehr viel darüber geredet haben, fand ich das von uns beiden, das war toll! Er genauso, er wurde auch immer offener, und das war sehr, sehr schön. Dadurch fühlte ich mich ja auch immer wohler, und dadurch merkte ich auch, wie mein Körper ganz anders wieder reagierte. Und eben diese Wehwehchen, die man jetzt hat, immer weniger wurden."*.

Primäre Veränderungsprozesse innerhalb der Beratungssitzungen, die den Paaren kurzfristig Erfahrungen von Intimität ermöglichen, werden von sekundären Veränderungsprozessen außerhalb der therapeutischen Situation unterschieden (Schär, 2010, S.148ff.). Die Erfahrung von Intimität zum Partner/zur Partnerin innerhalb der paartherapeutischen Sitzung, gestützt durch therapeutische Interventionen, fördert den Transfer in den Alltag des Paares. Die Befragten in meiner Studie 2 berichteten beispielsweise, dass sie kurz nach den Paarberatungssitzungen Veränderungen im gemeinsamen Zusammenspiel als Paar im Alltag umsetzten. Eine neue Balance als Paar wurde gefunden, was eine der interviewten Frauen so ausdrückte:

„Und, aber es ist nun mal so – 50 Jahre, bald 50 Jahre sind wir zusammen, das ist wie hier, so' n Kettenglied, mal ist das durcheinander, das Glied, und dann ist es wieder glatt, oder man zieht es glatt. Und so ist es auch in der Ehe. Da kommen manchmal Zeiten, die so verwirrt und verhakt sind, dass man denkt, die kriegt man nicht mehr gerade, und dann sind sie dann doch noch wieder glatt geworden.".

Eine Stabilisierung der Paarbeziehung versuchten einige Befragte zu erreichen, indem sie die aktive Vermeidung von konfrontativen Begegnungen mit dem Partner/der Partnerin bei lange bekannten Konfliktthemen praktizierten. *„Wie soll ich das sagen? Wie hab ich das gemacht? Wenn ich das jetzt gebrauch, das Wort, unterwürfig habe ich mich gegeben. ... Damit sie wieder die Oberhand bekam – das ist, jetzt haben wir wieder vier Tage, als sie hier gewesen ist, war sie wieder drei Tage nicht ansprechbar."*. Ein bewusster Entschluss zur Rücksichtnahme bzw. „Opferbereitschaft" diente einigen Partnern/-innen dazu, die negative Spannung aus der aktuellen Paarinteraktion zu nehmen. *„Ja, und jetzt haben wir uns sozusagen da in der Mitte eingependelt. Ähm, ich versuche sie nicht zu provozieren, und sie nimmt auch nicht immer alles so krumm. Das ist schon mal vorteilhaft."*.

Im Ansatz des interpersonellen Copings (Coyne & Smith, 1991) wird davon ausgegangen, dass die sogenannte protektive Pufferung zur Stressbewältigung in nahen Paarbeziehungen dient. Um den Partner/die Partnerin emotional zu entlasten, werden z.B. belastende Themen ausgespart, oder es wird auf der Verhaltensebene Nachgiebigkeit gezeigt, um Missstimmungen zu mildern oder zu vermeiden. In langjährigen Paarbeziehungen im höheren Lebensalter wird die Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus der Paarbeziehung als Gewinn erlebt, da sie subjektives Wohlbefinden fördert (Ebner, Freund & Baltes, 2006). Nach der Prozesstheorie von Gross (John & Gross, 2004) wählen Ältere häufiger die Affektregulationsstrategie des Reappraisals, in dem sie negativ konnotierte oder Stresssituationen umdeuten. Dadurch vermeiden sie negative Emotionen und bewältigen die Situationen mit weniger Ressourcenaufwand. Zu den erweiterten sozio-emotionalen Kompetenzen im höheren Lebensalter gehört der Einsatz passiver Emotionsregulationsstrategien (Blanchard-Fields, 2007). Ältere passen ihre Strategien dem Kontext besser an als Jüngere, indem sie beispielsweise entscheiden, wann es angezeigt ist, eine Konfliktsituation mit dem

Partner/der Partnerin aktiv anzugehen und wann es eher angemessen ist, sich zurückzunehmen (Blanchard-Fields, 2007). Bei Paarkonflikten im höheren Alter finden sich somit häufiger konstruktive und beziehungsfördernde Konfliktvermeidungsstrategien als bei jüngeren Paaren (Holley, Haase & Levenson, 2013). Bei älteren Menschen können demnach solche Vermeidungsziele als konstruktiv gewertet werden, die sich gegen einen Verlust oder eine negative Änderung des augenblicklich stabilen Status richten. Strategien der Verdrängung oder Suppression bei emotional bedeutsamen Konflikten in Paarbeziehungen fordern beträchtliche kognitive Ressourcen (Edelstein & Gillath, 2008, vgl. Peters, 2015a). Es ist also zu fragen, unter welchen Bedingungen die geschilderten Vermeidungsstrategien als reife Form der Affektregulation anzusehen sind, und wann sie an Grenzen stoßen. Dies kann auftreten, wenn das physiologische Arousal ein so hohes Ausmaß erreicht, dass aufgrund der altersbedingt länger anhaltenden Erregung eine Situation der Überforderung eintritt (McEwen, 2000; Charles, 2010; Labouvie-Vief & Medler, 2002).

Einige der von mir Befragten bemerkten im Lauf des Beratungsprozesses bei sich selbst mehr Toleranz dem Partner/der Partnerin gegenüber. Sie bemühten sich um gemeinsame Lösungen für Stresssituationen. Im Interview mit einer Frau kam dieses Prinzip so zum Ausdruck*: „Aber das ist einfach auch krankheitsbedingt durch die Depression. Das ist bei anderen, bei Familienfeiern und solchen Sachen auch. Das weiß ich einfach. Aber er tut es! Und das finde ich dann, das rechne ich ihm immer unheimlich hoch an. Dann denk ich, und dann komm ich wieder ins Gefühl und sag, naja, irgendwie müsste ich das mehr akzeptieren. Ich müsste mich mehr zurückhalten oder sonst was.“*.

Eine weitreichende Veränderung bedeutete es für die Interviewten, eine Neuentscheidung für den Partner/die Partnerin zu treffen, was auch als Wendepunkt bezeichnet wurde: *„Da hab ich noch gesagt, da biste endlich wieder. Ja, und so ein kleiner Anlass, große Wirkung, kann einem klarmachen, wie zwei Tage vorher grübeln und grübeln, kann einem klarmachen, wie wertvoll der Mensch eigentlich doch noch ist.“*. Die lange gemeinsame Geschichte als Paar wurde als Ressource in den Blick genommen. Affektoptimierungstheorien (Carstensen, 2003; Charles, 2010) postulieren, dass sogenanntes gutes Altern geprägt ist durch selbstwirksam gestaltete po-

sitive Gegenwart. Aktuelle Ansätze zur Affektreaktivität (Almeida, 2005; Ong & Bergemann, 2006) betonen, dass in belastenden Situationen weniger das Ausmaß des negativen Affekts bedeutsam ist, sondern vielmehr die Möglichkeit, gleichzeitig positive Emotionen zu erleben. Dass sie sich trotz der aktuellen Belastungen und Schwierigkeiten an schöne Zeiten in der Paarbeziehung erinnerten und den Partner/die Partnerin in der „vierten Dimension" (Riehl-Emde, 2016a, S.255) sehen konnten, erleichterte den Älteren die Regulation ihrer Emotionen.

Es gab von einigen Befragten deutliche Hinweise darauf, dass sie keine Veränderung ihrer Paarproblematik wahrgenommen hatten. Vier Befragte aus zwei der Paare berichteten – jeweils übereinstimmend innerhalb des Paares - dass sie ihren Umgang mit einem unüberbrückbaren Konfliktbereich verändert hatten. Eine Zunahme der Intimität bei Paaren wird durch therapeutische Interventionen unterstützt, die bei den Partnern/-innen folgende Faktoren fördern: Empathie, Einsicht in die Motive und Gefühle, Einsicht und Verhaltensveränderung sowie die Mobilisierung von Unterstützung (Woolley, Butler & Wampler, 2000).

Zusammenfassend wurde deutlich, dass im Verlauf der Paarberatung relevante intra- und interindividuelle Veränderungen bei den Klienten/-innen und in ihrer Paarbeziehung auftraten. Das Ansprechen der Partnerschaftsprobleme bewirkte ein größeres Bewusstsein für die dysfunktionalen Interaktionszirkel und ungelösten Fragen in der Paarbeziehung. Über die selbstkritische Reflektion der eigenen Anteile an diesen Interaktionsmustern und die emotionale Selbstöffnung dem Partner/der Partnerin gegenüber durchbrachen die Befragten ihre bisherige Art der Beziehungsgestaltung. Dies ermöglichte den Paaren eine emotionale und körperliche Wiederannäherung. Bei einigen der Befragten diente eine „aktive Vermeidung von Konflikten" dazu, negative Emotionen in der Paarbeziehung zu regulieren.

7.4.6 Prozess zwischen Berater/-in und Paar

Zum Interaktionsprozess zwischen Beratern/-innen und Klienten/-innen nannten die Befragten folgende Aspekte, die förderlich für die Bewältigungsprozesse der Paare waren. Die Beraterin/der Berater fungierte als eine Art Katalysator, ermöglichte die Selbstöffnung dem Partner/der Partnerin gegenüber und förderte den emotionalen

Kontakt der Paare. *„Aber so den richtigen Durchbruch war erst, wo wir zusammengesessen haben. Und ich Sachen erzählt hab, wie ich eigentlich normalerweise gar nicht erzählt hätte, meiner Frau oder so.“*.

Die affektive Rahmung des Paarberatungsprozesses durch die Beraterin/den Berater und die therapeutische Allianz mit dem Paarsystem wurden von den Befragten positiv hervorgehoben, da diese Faktoren ihre Selbstöffnung sowohl der Beraterin/dem Berater als auch dem Partner/der Partnerin gegenüber förderte. Nach Orlinsky, Roonestad und Willutzki (2004) werden Prozesse, die in einer Klientin/einem Klienten ablaufen („change process“) von solchen Ereignissen unterschieden, die sich innerhalb der therapeutischen Sitzungen ergeben („treatment process“). Die Haltung und die Interventionen der Beraterin/des Beraters sind nicht unmittelbarer Bestandteil dieses Veränderungsprozesses in den Klienten/-innen. Vielmehr bildet die Interaktion zwischen Klient/-in und Therapeut/-in die Basis für die Veränderung, die die Klienten/-innen vollziehen. In den Interviews meiner Studie 2 wurde deutlich, dass die vertrauensvolle Beziehung der Klienten/-innen zu der Paarberaterin/dem Paarberater den Rahmen dafür bildete, als Paar offen miteinander zu sprechen, selbstkritisch die eigene Position zu betrachten und empathisch die Sichtweise und die Gefühle des/der anderen zu reflektieren. Dadurch wurde es ihnen möglich, sich dem Partner/der Partnerin emotional wieder anzunähern. Dieses Zusammenspiel von Berater/-in und Klient/-in ist als paartherapeutische Metastabilisierung eines instabilen Systems im Prozess der Veränderung zu verstehen (Welter-Enderlin & Jellouschek, 2002; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004; Trost, 2015; Borst, 2017).

Einigen Befragten dienten als konstruktiv konfrontativ empfundene paartherapeutische Interventionen oder Ankersätze der Beraterin/des Beraters im Alltag als Handlungsorientierung: *„Frühzeitig, frühzeitig anfangen zu reden. Nicht erst die ganze Sache eskalieren zu lassen. Frühzeitig, und sich dann auch mehr und besser in die Augen gucken, mehr angucken und sagen „Halt, stop!“*.

Forschungsergebnisse zu Prozessen zwischen den einzelnen Psychotherapiesitzungen zeigen, dass die Gedanken und Erinnerungen der Klienten/-innen an die Therapie affektiv getönt sind (Zeeck, Hartmann & Orlinsky, 2004). Sie werden in bedeutsamen Kontexten im Alltag wachgerufen und scheinen einen Zusammenhang

mit dem Erleben einer guten therapeutischen Beziehung und möglicherweise auch dem Therapieergebnis zu haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Befragten die Haltung der Beraterin/des Beraters im Sinne einer affektiven Rahmung des Paarberatungsprozesses und die Interventionen der Berater/-innen weitgehend als hilfreich einschätzten. Die paartherapeutische Allianz bildete die Grundlage für kognitiven, emotionalen und Verhaltensveränderungen innerhalb und außerhalb der Paarberatungssitzungen.

7.4.7 Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende

Die Befragten schilderten rückblickend, dass sie im Lauf des Paarberatungsprozesses eine emotionale Annäherung zur Partnerin/zum Partner erlebten und positive Veränderungen in der Paarkommunikation sowie Veränderungen in ihren interaktionellen Mustern als Paar umsetzten. Dies führte zu einem verbesserten subjektiven Wohlbefinden. Die Veränderungen waren jedoch eher von kurzfristiger Dauer. Gegen Ende oder nach Beendigung des Paarberatungsprozesses stieg die subjektiv empfundene Belastung und Unzufriedenheit bezüglich der Paarbeziehung bei der Mehrzahl der Befragten wieder an. Anschaulich lässt sich diese Entwicklung an den Einschätzungen der Qualität der Paarbeziehung ablesen, die die Befragten während der Interviews in einem Koordinatensystem vornahmen (siehe 7.3.1). Nach einem Anstieg in der ersten Phase der Paarberatung sank die Paarzufriedenheit mehr oder weniger stark wieder ab. Sehr deutlich wird in den Aussagen der Befragten, dass sie die Veränderungen, die während der Zeit der Beratung erzielt wurden, häufig als nicht stabil erlebten: *„Erst Schwung, dann alter Trott*". Der Transfer in den Alltag gelang den Befragten nicht dauerhaft. Dies galt besonders, wenn erneut negative Stressfaktoren auftraten: *„So nach dem Motto, lass uns bloß nicht groß miteinander reden, weil wir beide nicht mehr können. Und das wollten wir eigentlich abschaffen, ... Und da sind wir im Moment noch nicht. Und darum ist es für uns, für mich noch unheimlich schwierig im Moment."*.

Dieses Prozessgeschehen bildeten die Befragten mittels einer Visualisierung ab, die sie während der Interviews vornahmen (vgl. Kap. 7.3.1). Sie markierten in einem vorbereiteten Blanko-Koordinatensystem ihre Einschätzung zur Zufriedenheit

mit ihrer Paarbeziehung über die Monate der Paarberatung hinweg. In der Zusammenschau aller 10 Einschätzungen wird deutlich, dass nach einem anfänglichen Anstieg die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung wieder abfällt (Abbildung 7).

Die Befragten meinten, sie hätten die Paarberatung zu früh beendet oder würden aufgrund ihrer Erfahrungen bei weiteren kritischen Situationen erneut Beratung wahrnehmen: *„Da haben wir auch nachher gesagt ‚Wir hätten's noch nicht so früh wieder aufgeben sollen!' Man hätte noch länger hierhin kommen sollen, länger noch reden und noch mehr, da wär's vielleicht noch besser gewesen. Wir haben vielleicht zu früh abgebrochen. Wir haben gesagt, O.K., das schaffen wir schon. Wir sind auf einem guten Weg, wir kriegen das schon hin.' Aber es war längst noch nicht so richtig gefestigt."*.

Soziale Systeme, also auch Paare werden im Modell der Synergetik auf ihre selbstorganisierenden Dynamiken hin betrachtet, wobei postuliert wird, dass Systemveränderungen eher sprunghaft geschehen (Haken & Schiepek, 2006). In diesem Modell wird Psychotherapie verstanden als „prozessuales Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Ordnungs-Ordnungs-Übergängen zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern eines bio-psycho-sozialen Systems in einem (als Psychotherapie definierten) professionellen Kontext" (ebenda, S.327). Ein wichtiger Aspekt sei die Restabilisierung des (Paar-)Systems nach dem Entstehen einer neuen Ordnung. Die in meinen Interviews Befragten beschrieben mehrheitlich, dass sie - nach den ersten ermutigenden und entlastenden Veränderungserfahrungen in ihrer Paarbeziehung – die Paarberatung beendeten. Rückblickend auf die Zeit nach der Beendigung der Beratung erschien ihnen dies ungünstig. Sie hätten vielmehr Begleitung durch Paarberatung über einen längeren Zeitraum nutzen sollen.

Diskontinuierliche Veränderungstrajektorien sind aus der Paartherapieforschung bekannt. Eine sprunghafte Verschlechterung der Paarzufriedenheit unmittelbar nach Therapieende zeigte sich in einer Studie von Christensen, Atkins, Baucom und George (2006). Über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Therapieende nahm die Zufriedenheit jedoch für die meisten Paare zu. Viele Paare profitieren von sogenannten Booster sessions in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren nach Ende einer Therapie, die den Erfolg verbessern und die Veränderungen stabilisieren können (Christensen, Dimidjian & Martell, 2015). Langjährige Paare, die unter besonderem

Stress stehen und Vulnerabilitäten aufweisen, könnten demnach eine dauerhafte Begleitung benötigen, um ihre Paarzufriedenheit zu erhalten. In akuten Krisen sollte diesen Paaren eine Unterstützung durch Paarberatung kurzfristig angeboten werden, während langfristig intermittierende Beratungstermine hilfreich sein können.

Im Rahmen eines integrativen paartherapeutischen Modells (Schär, 2010) wird zwischen primären und sekundären Veränderungsprozessen unterschieden. Kurzfristig wird zu Beginn der Paartherapie gefördert, dass das Paar miteinander (wieder) Intimität in unterschiedlichen Bereichen ihrer Beziehung erlebt. Auf dieser Basis lassen sich zu einem späteren Zeitpunkt in der Paartherapie Interventionen einsetzen, die langfristig das Intimitätserleben des Paares und in der Folge die Paarzufriedenheit und Paarstabilität fördern sollen. Weitergehende paartherapeutische Interventionen zielen nach Schär (2010) darauf, dass Erleben solch zunächst kurzfristiger Intimität in den Alltag des Paares zwischen den Therapie-/Beratungssitzungen zu transferieren. Dieses Paartherapiemodell setzt an spezifischen Veränderungsmechanismen auf Seiten der Paare an wie der Kommunikation, der Akzeptanz, dem Copingverhalten bei Problemen oder der Emotionsregulation in Stresssituationen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mehrzahl der Interviewten im Verlauf der Paarberatung wieder zu emotionaler und körperlicher Nähe in ihrer Paarbeziehung fanden, positive Aspekte am Partner/an der Partnerin und in der Beziehung wahrnahmen und die Paarberatung zu diesem Zeitpunkt beendeten. Diese Veränderungsaspekte erwiesen sich jedoch als nicht stabil, wenn erneut intensiver Stress auftrat. Konflikte auf der Paarebene nahmen dann wieder zu, und beide Partner/-innen zeigten aggressives Verhalten als Folge ihrer erneuten Überlastung: *„Weil einfach beide körperlich so schlecht drauf sind und dann nur noch, nicht miteinander, sondern nur noch gegeneinander. Jeder ist kaputt, genervt, will aber seine Arbeit fertig machen.“*.

Die Befragten benannten, dass sie die Paarberatung über längere Zeit hätten fortsetzen sollen bzw. wiederaufnehmen sollten. Probleme in der Paarbeziehung in der Paarberatung wurden benannt, die Paare fanden aber (noch) keine tragfähigen Lösungen.

7.4.8 Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems zur Regulierung der Paarkonflikte

Neben den drei zentralen Themen „Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse“, die sich bereits in meinem Leitfaden für die Interviews finden, kam in den Interviews - für mich überraschend - immer wieder zur Sprache, dass die Befragten parallel zum Beratungsprozess bzw. davor und/oder im Anschluss Einrichtungen des Gesundheitssystems in Anspruch nahmen, wenn die Spannungen in ihrer Paarbeziehung und in der Folge die subjektive Belastung stark anstiegen: *„Wir haben wirklich viel gearbeitet seit Anfang des Jahres, sind auch noch nicht ganz fertig, aber körperlich so am Ende, dass sein Therapeut ständig sagt: Herr D., Sie müssen wieder raus.“*. Es handelte sich um Kontakte zu einer hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis, zu niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten/-innen, zu einer psychiatrischen Fachklinik oder zu einem Allgemeinkrankenhaus.

Massive akute und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen - sowohl durch körperliche als auch durch psychische Erkrankungen - zählten zu den zentralen Belastungsfaktoren, die die Interviewten als Kennzeichen ihrer Lebenssituation nannten. Es war daher zu erwarten, dass sie auch während des Paarberatungsprozesses und/oder danach Hilfe im Rahmen des Gesundheitssystems suchten. Zum Teil benannten die Interviewten allerdings ausdrücklich, dass der Aufenthalt des Partners/der Partnerin in einer stationären Einrichtung bzw. die medizinische Behandlung nach der Beendigung der Paarberatung zur Regulierung der Emotionen in der Paarbeziehung diente. Im Hinblick auf einen stationären Aufenthalt ihres Mannes in einer psychiatrischen Klinik äußerte eine Frau Folgendes: *„Es geht nicht darum ihn abzuschieben und weg. Aber einfach darum, dass ich ein bisschen Luft kriege. Nein, ich möchte da nicht weg oder irgendwas. Ich möchte dann einfach nur, wir haben jeden Abend telefoniert, aber einfach, ja das Gefühl haben, jetzt geht's ihm erst mal gut. Die bauen ihn wieder auf, und dann brauche ich das nicht machen. So nach dem Motto, ich kann mich so ein bisschen um mich kümmern und muss mich nicht da - das ist eigentlich so, ich hab schon so oft zu ihm, das hab ich auch damals hier gesagt, die Verantwortung will ich einfach nicht haben.“*

In einigen Fällen hatte Stress in der Paarbeziehung zu Symptomen auf der körperlichen Ebene beigetragen, die eine medizinische Behandlung zur Folge hatten.

Eine der Interviewten reflektierte: *„Ja, und ob sie ihm das gesagt hat, das weiß ich ja nicht, auf jeden Fall war da die Untersuchung* (beim Hausarzt, Anm. d. V.) *und konnte ihn ins Krankenhaus stecken, und das war quasi so, ich möchte fast sagen, war das die Rettung unserer Ehe."*

Angesichts solcher Aussagen in den Interviews stellen sich Fragen nach der Vernetzung von psychologischen Beratungseinrichtungen und dem Gesundheitssystem. Der initiale Hinweis, sich wegen einer Paarberatung an eine EFL-Beratungsstelle zu wenden, kam bei der Mehrzahl der Interviewten von Seiten einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis. Die Kriterien im Kontext solcher Zuweisung zur Paarberatung wurden im Rahmen dieser Studie nicht bekannt. Ebenso wenig, ob und wie die Angebote und Interventionen in Einrichtungen es Gesundheitssystems und in der Paarberatung aufeinander abgestimmt waren. Es stellt sich die Frage, ob ratsuchende Paare das Gesundheitssystem seltener in Anspruch genommen nähmen, wenn die Probleme auf der Paarebene sich durch Paarberatung entspannen würden. Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen der häufigen Nutzung von Einrichtungen im Gesundheitsbereich und Psychotherapie oder Familien- und Paartherapie zeigen einen „offset effect". Bei denjenigen, die Ehe- oder Familientherapie wahrnahmen, sank die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems um über 20% (Law, 2000).

Die Befragten schildern, dass sie Einrichtungen des Gesundheitssystems zur Regulierung ihrer Emotionen bei eskalierenden interpersonellen Situationen in ihrer Paarbeziehung nutzten. Es lässt sich - ausgehend von diesen Aussagen - fragen, ob und wie sich die Vernetzung von Beratungseinrichtungen mit dem Gesundheitssystem gestaltet. Nach welchen Kriterien erfolgt eine Weiterverweisung der Paare an die Beratungsstellen und von diesen an Einrichtungen des Gesundheitswesens? Lassen sich die Angebote und Interventionen im Beratungs- und Gesundheitsbereich im Sinne der Passung zu den Bedürfnissen der Ratsuchenden noch gezielter aufeinander abstimmen? Für Ältere kann es zur Aufrechterhaltung ihres subjektiven Wohlbefindens angezeigt sein, parallel Einrichtungen im Beratungs- und im Gesundheitsbereich in Anspruch zu nehmen. Die Interventionen der unterschiedlichen Hilfe- und

Therapieangebote sollten möglichst aufeinander abgestimmt sein, um Synergieeffekte zu erzielen. Dies würde fallübergreifende und fallbezogene Kontakte zwischen den Einrichtungen erforderlich machen.

7.4.9 Hypothesen und Fragestellungen zu langjährigen Paaren und ihren Belastungen, Themen und Prozessen im Paarberatungssetting

Im Rahmen meiner Studie 2 war ein Ziel die prozessuale Hypothesengenerierung zu Belastungsfaktoren, Problembereichen und Bewältigungsstrategien langjähriger Paare in Paarberatung, die sich auf die Erkenntnisse aus meinen Interviewdaten stützt (Lamnek, 1995). Im Verlauf meiner Untersuchung brachte ich diese Interviewinhalte mit wissenschaftlichen empirischen Erkenntnissen und theoretischen Ansätzen in Zusammenhang. Es ist anzunehmen, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur Emotionsregulation der Partner/-innen, der Qualität der Paarbeziehung und dem subjektiven Wohlbefinden der Partner/-innen besteht.

Folgende Hypothesen leite ich aus den Ergebnissen meiner Studie 2 ab:

- Langjährige Paare suchen Paarberatung auf, wenn sie übermäßigen Stress durch die Kumulation chronischer und akuter Belastungen und Einschränkungen erleben, die mit dem subjektiven Gefühl der Überforderung und Hilflosigkeit verbunden sind. Bei der Anmeldung zur Paarberatung erleben sie sehr hohes emotionales Arousal durch Überflutung mit Problemen und sehen keine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten.
- Durch das erhöhte Stressniveau geht den Partnern/-innen der Zugang zu ihrer im Lebenslauf erworbenen sozio-emotionalen Expertise und ihren Problemlösefähigkeiten in der Paarbeziehung verloren.
- Infolge der Überlastung kommt es zur emotionalen Entfremdung auf der Paarebene, wodurch bei den Paaren das Bindungssystem aktiviert wird. Dies hat zur Folge, dass die Partner/-innen in weiteren emotionalen Aufruhr geraten.
- Die Mentalisierungsfähigkeit der Partner/-innen bricht unter ihrer hohen Stressbelastung temporär zusammen, was zur Störung der affektiven Kommunikation des Paares und z. T. zu aggressiven Verhaltensweisen der Partner/-innen führt. Individuelle Vulnerabilitäten und Bindungsstile beeinflussen den Umschaltpunkt vom expliziten zum impliziten Mentalisieren im Paarsystem.

- In den Paarberatungsprozessen erleben die Partner/-innen affektive Rahmung durch die Beraterin/den Berater, die es ihnen erleichtert, sich dem Partner/der Partnerin gegenüber (wieder) zu öffnen.
- Dadurch ist den Partnern/-innen eine emotionale Wiederannäherung auf der Paarebene möglich, was wiederum die emotionale Beruhigung der Einzelnen zur Folge hat. Die Paare nehmen körperliche Berührungen wieder auf, wodurch das Bindungssystem der Partner/-innen beruhigt wird und sich das negative emotionale Arousal verringert.
- Diese Beruhigung ermöglicht den älteren Paaren, wieder Zugang zu ihrer erworbenen sozio-emotionalen Expertise zu finden. Durch die Verringerung des Arousal sind die Partner/-innen (wieder) in der Lage, sich dem/der anderen gegenüber emotional zu öffnen, die Perspektive des/der anderen einzunehmen und den eigenen Anteil an den Problemen auf der Paarebene zu erfassen (d.h. reifes Mentalisieren einzusetzen). Eine reflektierende Problemlösung auf der Paarebene wird dadurch möglich, und die Problembereiche und Ressourcen in der Paarbeziehung werden von den Partnern/-innen differenziert gesehen.
- Bei seit langem bekannten bzw. bestehenden interaktionellen Probleme in der Paarbeziehung wenden Ältere situativ und konstruktiv Vermeidungs- und Distanzierungsstrategien an, die ihnen helfen, emotionalen Stress in der Paarbeziehung zu umgehen und ihr emotionales Wohlbefinden zu stabilisieren.
- Treten erneut erhebliche Stressbelastungen auf, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Ältere nicht in der Lage sind, ein hohes Level an Distress zu vermeiden oder kognitiv-behaviorale Strategien zur Abmilderung aversiver emotionaler Erfahrungen einzusetzen. In der Folge bricht ihre reife Mentalisierungsleistung wieder zusammen. Sie können in diesen Situationen auf ihre altersbedingten emotionalen Vorteile in der Emotionsregulation nur eingeschränkt zugreifen.
- Einige ältere Menschen in langjährigen Paarbeziehungen nutzen in stressbeladenen Situationen, die ihre Paarbeziehung übermäßig belasten, Einrichtungen des Gesundheitssystems, um Unterstützung bei der Emotionsregulation zu erhalten und eine Entlastung in ihrem Paarsystem herbeizuführen.

7.4.10 Einschränkungen der Studie 2

Insgesamt ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse meiner Interviewstudie aufgrund der Datengrundlage stark begrenzt. Die Paare, die an der Interviewstudie teilnahmen, stammen aus dem Pool der Paare, die sich an meiner Studie 1 mit Selbsteinschätzungsfragebogen beteiligt hatten. Die Ergebnisse aus Studie 1 wurden anonymisiert an mich übermittelt, ebenso blieben die betreffenden Berater/-innen anonym. Die Selektion der Paare für die Einzelinterviews gestaltete sich schwierig, da auf meine Anfrage für die Studie 2 hin zunächst keine Rückmeldung aus den beteiligten Beratungsstellen erfolgte. Weitere Aufrufe an die Beratungsstellen führten schließlich dazu, dass ich Kontakt zu ehemaligen Klientenpaaren im Alter 55 plus aus meiner Studie 1 aufnehmen und die Interviews führen konnte. Die Kriterien, nach denen die Berater/-innen diese Klientenpaare für die Fragebogenerhebung und die Interviews auswählten, sind mir nicht bekannt. Möglicherweise haben die Berater/-innen selektiv bestimmte Klienten/-innen aus ihren Paarberatungsprozessen wegen einer Teilnahme an der Studie 2 angesprochen. Eine Auswahl der Teilnehmer/-innen an den qualitativen Interviews nach bestimmten Kriterien war mir nicht möglich. Fraglich ist, ob sich Klienten/-innen zu den Interviews bereit erklärt haben, die eher zufrieden mit dem Paarberatungsprozess und mit der Beraterin/dem Berater waren. Paare, die sich getrennt oder die Beratung abgebrochen hatten, standen z.B. nicht für Interviews zur Verfügung.

Die Aussagekraft der Daten ist zudem eingeschränkt durch die Charakteristika der Stichprobe. Es handelte sich um heterosexuelle Paare im Alter 55 plus, die langjährig in erster Ehe verheiratet waren. Die Paarberatung wurde laut Auskunft der Berater/-innen regulär beendet, und sie wurden von ihrem jeweiligen Berater/ihrer Beraterin zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung und an einem Interview aufgefordert. Möglich ist, dass etwaige negativ kritische Aspekte zur Paarberatung in den Interviews nicht benannt wurden, zumal in einigen Fällen die Interviewerin identisch mit der vorherigen Beraterin war. Auch die Tatsache, dass die Partner/-innen wussten, dass der/die andere ebenfalls zu demselben Themenkomplex befragt wird, könnte dazu geführt haben, dass die Befragten sich selektiv äußerten.

In Studie 1 zeigten sich im Partnerschaftsfragebogen EPF zu Beratungsende gestiegene Unzufriedenheitswerte in den Skalen affektive Kommunikation, Problemlösen und Aggression in der Paarbeziehung. Dies weist möglicherweise auf Überforderungssituationen hin, in denen Stress und Arousal andauernd hoch sind und die älteren Paare auf ihre erworbenen sozio-emotionalen Kompetenzen nicht mehr zugreifen können (Charles, 2010). In der Konzeption des Partnerschaftsfragebogens werden Kriterien für effektives Problemlösen zugrunde gelegt, die die empathischen Fähigkeiten während der Auseinandersetzungen als Paar erfassen (Klann et al., 2006, S.16). Bei andauerndem hohem Stress und Arousal haben Älteren evtl. keinen Zugang zu ihren sozio-emotionalen Kompetenzen (Ryff & Singer, 2001; Uchino, 2013). Dies könnte dazu führen, dass sie Schwierigkeiten bezüglich ihrer Emotionsregulation haben und somit nicht konstruktiv an der Lösung ihrer Probleme in der Paarbeziehung arbeiten können. Im Rahmen des Mentalisierungskonzeptes wird dieses Phänomen als eine Art Mentalisierungseinbruch gesehen. Diese Effekte und die Zusammenhänge zwischen der Höhe und der Dauer des Arousal bei den Älteren und ihrem eingeschränkten Zugriff auf ihre emotionalen Kompetenzen lässt sich aus der vorliegenden Interviewstudie als Hypothese ableiten. Da die Interviewstudie als retrospektive Befragung angelegt war, konnte sie diese Aspekte nicht ausreichend belegen. Die Erinnerung der Befragten an die verschiedenen Situationen in vergangenen Paarinteraktionssituationen ist evtl. nicht differenziert und unterliegt subjektiven selektiven Prozessen. Eine direkte Beobachtung des Interaktionsverhaltens älterer Paare unter starkem Stress in ihrem Lebensumfeld und/oder in der Beratungssituation könnte weitere Einblicke geben.

Beim Lösen der interaktionellen Probleme in der Paarbeziehung wenden Ältere in manchen Situationen Vermeidungs- und Distanzierungsstrategien an, die ihnen helfen, emotionalen Stress zu umgehen und ihr emotionales Wohlbefinden zu stabilisieren (Urry & Gross, 2010). Im Rahmen der vorliegenden Studie lässt sich nicht unterscheiden, bei welchen Konflikten zwischen älteren Paaren es konstruktiv ist, diese Strategien beraterisch-therapeutisch zu unterstützen und wann nicht.

8 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION

Die vorliegenden Studien nehmen ältere Paare in den Fokus, die in langjährigen Paarbeziehungen leben und Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben. Ihre Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse wurden untersucht. In einem explanativen zweiphasigen Design wurde in Studie 1 zunächst eine Untersuchung mittels standardisierter Fragebogen durchgeführt, um die individuellen und partnerschaftsbezogenen Belastungen und Konfliktbereiche zu erfassen. Darauf folgte Studie 2, die zum Ziel hatte, ausgewählte Aspekte der zuvor quantitativ ermittelten Befunde mittels qualitativer Interviews zu differenzieren und zu vertiefen (vgl. Plano Clark & Creswell, 2008).

8.1 Zentrale Ergebnisse der Studien 1 und 2

Im Rahmen meiner Studie 1 wurden den teilnehmenden Paaren zu Beginn und bei Beendigung ihres Paarberatungsprozesses standardisierte Fragebogen zur Einschätzung der individuellen und subjektiven Belastung und der paarbezogenen Problembereiche vorgelegt. Zentrale Ergebnisse der Studie 1 waren, dass sich über den Zeitraum der Paarberatung die subjektiven gesundheitlichen Beschwerden der einzelnen Personen reduzierten und die Gesamtbelastung der Paarbeziehung abnahm. Diese Ergebnisse entsprechen zum überwiegenden Teil den bisherigen Forschungsergebnissen im Rahmen der Beratungsbegleitenden Forschung in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) (Klann et al., 2011; Vogt, 2009).

Hinsichtlich einiger Aspekte ergaben sich in meiner Studie 1 Ergebnisse, die von den Vorerwartungen abwichen. Die Unzufriedenheit mit der affektiven Kommunikation und emotionalen Intimität in der Beziehung zum Partner/zur Partnerin war insgesamt bei den Teilnehmern/-innen der Studie 1 vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt gestiegen. Ebenso schätzten die Teilnehmer/-innen ihre Unzufriedenheit in den Bereichen Problemlösen und Aggression in der Paarbeziehung am Ende der Paarberatung höher ein als am Anfang. Als Folge aus diesen Ergebnissen wurden für die qualitativen Interviews meiner Studie 2 die Themen gegenseitige emotionale Erreichbarkeit und Unterstützung, Selbstöffnung, Stress, Emotionsregulation und Ärgermanagement im Zusammenhang mit Problemen in der Paarbeziehung und die Problemlösungsstrategien der Partner/Partnerinnen zu relevanten Aspekten.

Um diese Aspekte zu vertiefen, wurden daran anschließend in meiner Studie 2 gemäß einem Mixed Methods-Ansatz (Mayring, 2001) qualitative Einzelinterviews mit jeweils beiden Partnern/-innen von fünf Klientenpaaren aus dem Pool der Studie 1 geführt. Mit Blick auf die langjährige Paarbeziehung der Befragten wurden folgende Punkte in den Interviews retrospektiv differenziert betrachtet:

- Individuelle und paarbezogene Belastungsfaktoren zu Beginn der Paarberatung,
- Problembereiche in der Paarbeziehung, die im Lauf des Beratungsprozesses herausgearbeitet wurden sowie
- Bewältigungsprozesse der Klienten/-innen während der Zeit der Paarberatung und nach Abschluss des Beratungsprozesses.

Die zentralen Ergebnisse meiner Interviewstudie lassen sich in einem zirkulären Prozessmodell zusammenfassen (Abbildung 24: Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen, zusammenfassende Darstellung). Die einzelnen Elemente des Prozesses sind den übergeordneten Kategorien „Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse“ zugeordnet und werden im Folgenden zunächst anhand der Abbildung 24 dargestellt. Anschließend werde ich sie unter Einbezug der Ergebnisse aus meiner Studie 1 und relevanter theoretischer Ansätze diskutieren.

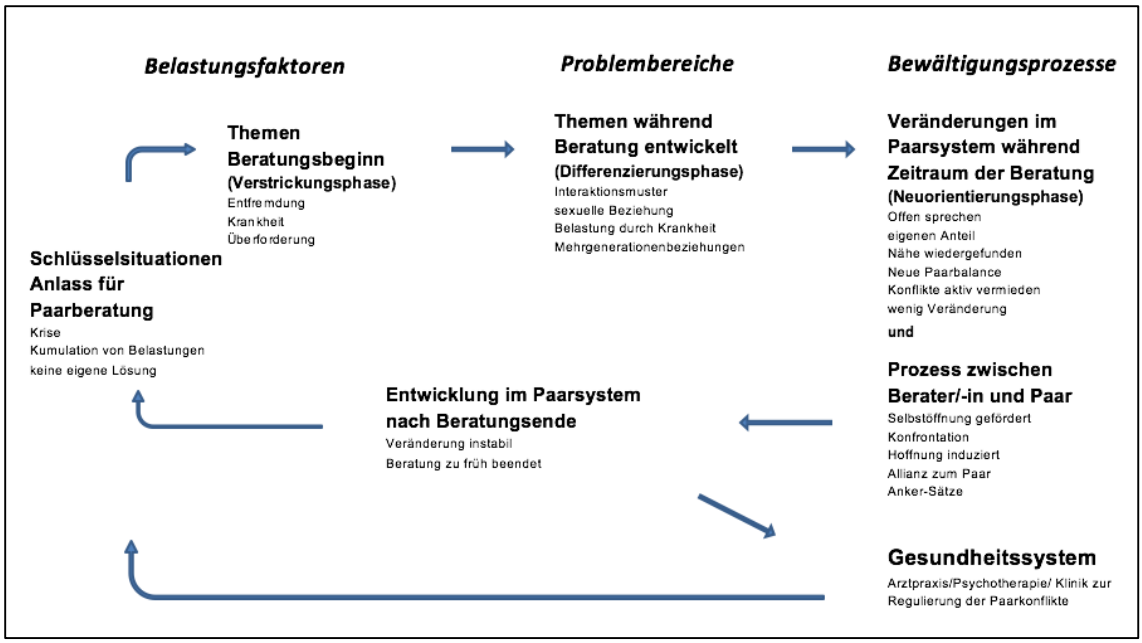


Abbildung 24: Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen, zusammenfassende Darstellung

Die Schlüsselsituationen, die dazu führten, dass die befragten langjährigen Paare Paarberatung in Anspruch nahmen, waren gekennzeichnet durch die Zuspitzung massiver akuter und chronischer Belastungsfaktoren und Verlusterfahrungen. Zu Beratungsbeginn verbanden die Befragten diese Themen subjektiv mit dem Gefühl der Überforderung und Verzweiflung. Diese Phänomene finden sich unter der Überschrift „Belastungsfaktoren“ in der linken Spalte in Abbildung 24. Die stressbeladenen Situationen in der Paarbeziehung, die sich in den Fragebogenergebnissen der Studie 1 ebenfalls zeigten, wurden zu Beginn der Beratung thematisiert. Sie führten zu einer emotionalen Entfremdung vom Partner/von der Partnerin entsprechend der Verstrickungsphase in der Paarberatung (Jellouschek & Kohaus-Jellouschek, 1993).

Im Verlauf des Paarberatungsprozesses veränderten sich die Themen. In Abbildung 24 findet sich dies in der mittleren Spalte unter der Überschrift „Problembereiche“. Die Partner/-innen sprachen in den Paarberatungssitzungen die vorhandenen Problembereiche und Belastungen in der Paarbeziehung sowie ihre Paarinteraktionsmuster offen und differenziert an. Dieses offene Ansprechen der Partnerschafts-

probleme bewirkte bei ihnen ein größeres Bewusstsein für ihre dysfunktionalen Interaktionszirkel und ungelösten Fragen in der Paarbeziehung, was der Differenzierungsphase in der Paarberatung entspricht (Jellouschek & Kohaus-Jellouschek, 1993).

In einem Neuorientierungsschritt gelangen den Befragten Veränderungen und Bewältigungsprozesse im Rahmen ihrer Paarbeziehung, in Abbildung 24 in der rechten Spalte unter der Überschrift „Bewältigungsprozesse" abzulesen. Indem sie sich in der Paarberatungssituation wechselseitig dem Partner/der Partnerin gegenüber emotional öffneten sowie Selbstkritik und Perspektivwechsel vornahmen, durchbrachen sie ihre bisherigen dysfunktionalen Muster auf der Paarebene. Dies förderte die emotionale und körperliche Wiederannäherung auf der Paarebene, was wiederum zur Verringerung der subjektiven Belastung und zu einem gesteigerten Wohlbefinden der einzelnen Personen führte. Im systemischen Modell der Paarberatung sind diese Prozesse der Phase der Neuorientierung zuzuordnen (Jellouschek & Kohaus-Jellouschek, 1993). Bei einigen der Befragten diente eine aktive Vermeidung von Konflikten in der Interaktion mit dem Partner/der Partnerin dazu, negative Gefühle und destruktive Konfliktsituationen zu vermeiden und ihre Emotionen zu regulieren. Die Befragten fanden in der Folge emotionale und körperliche Nähe in der Paarbeziehung wieder und nahmen positive Aspekte an dem Partner/der Partnerin und in der Beziehung wahr. Sie beendeten die Beratung zu diesem Zeitpunkt.

Die Befragten nannten zudem Interventionen der Beraterin/des Beraters, die ihre wechselseitige Selbstöffnung ihrem Partner/ihrer Partnerin gegenüber förderten. Zusammen mit konstruktiven Aspekten der Beziehung zwischen Klienten/-innen und Berater/-innnen sind diese Prozesse den Bewältigungsschritten der Befragten und ihrer Partner/-innen zuzurechnen.

Die Veränderungen in der Interaktion des Paares erwiesen sich nach Beratungsende als nicht stabil über die Zeit. Sobald erneut überfordernde Stressfaktoren auftraten, konnten die Partner/-innen nicht mehr auf ihre Selbstregulationskompetenzen zugreifen und gerieten erneut in dysfunktionale Interaktionsmuster auf der Paarebene. Dieses Phänomen beinhaltet sowohl die Belastungsfaktoren, mit denen die Einzelnen und die Paare zu kämpfen hatten als auch die Problembereiche in der Paarinteraktion, die ihnen allerdings nach Abschluss des Paarberatungsprozesses

durch die Klärungsprozesse im Rahmen der Paarberatung bewusster waren als vorher. In Abbildung 24 werden sie daher unter dem Stichwort „Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende“ mittig unter beide Rubriken positioniert.

Ein unerwartetes Ergebnis meiner Interviewstudie war, dass die Befragten berichteten, dass sie in hochstresshaften Situationen in der Paarbeziehung u. a. Einrichtungen des Gesundheitssystems gezielt nutzten, um die eigenen Emotionen und die Spannungen im Paarsystem zu regulieren. Dies ordne ich den Bewältigungsprozessen der Paare zu (vgl. in Abbildung 24, „Gesundheitssystem“).

Einrichtungen im Gesundheitsbereich wie Arzt- oder Psychotherapiepraxen und Kliniken wiederum verwiesen die Paare in einigen Fällen an die institutionelle Paarberatung, z.B. die Ehe-, Familien- und Lebensberatung.

8.2 Relevante theoretische Ansätze zur Diskussion der Ergebnisse

Sowohl die Ergebnisse meiner Fragebogenstudie als auch die meiner Interviewstudie geben Hinweise auf die Verzahnung der Prozesse im Paarsystem mit den Emotionen der Partner/-innen und mit dem Gesundheitszustand der Partner/-innen. Integrative theoretische Modelle, die an der Schnittstelle der Bereiche Paarbeziehung, Emotionen und Gesundheit ansetzen, bieten daher einen konstruktiven Rahmen für meine Studien mit langjährigen Paaren. Entsprechende Forschungsergebnisse zeigen, dass die Interaktions- und Beziehungsprozesse der Paare in Verbindung stehen mit den biologischen Mechanismen bei den Partnern/-innen, die sich in stetig Abstimmung befinden. Beide Komponenten wirken sich wiederum auf den individuellen Gesundheitszustand der Partner/-innen aus (Ryff, Singer, Wing & Dienberg Love, 2001; Uchino, 2013). Diese reziproken oder synchronen Muster in Paarbeziehungen, haben deutliche Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status der Partner/-innen (Butler, 2011b). Koregulative Prozesse bei Paaren erfolgen wechselseitig auf emotionaler und physiologischer Ebene, was zur Balance oder auch zur Destabilisierung beider Partner/-innen beiträgt (Butler & Randall, 2013). Die Qualität der Paarbeziehung kann sowohl stabilisierenden als auch destabilisierenden Einfluss auf die Gesundheit der Einzelnen nehmen, da im Paarinteraktionsprozess gesundheitsrelevante physiologische Reaktionen der Partner/-innen als Korrelate ihrer Emotionen entstehen. In stressbeladenen Lebenssituationen lassen sich sowohl gegenseitiges

Unterstützungsverhalten als auch Spannungen in der langjährigen Paarbeziehung als Ergebnis solch komplexer interpersonaler Muster der Emotionsregulation verstehen. Psychische und somatische Beschwerden und Symptome, wie sie in den Fragebogen meiner Studie 1 und in den Interviews meiner Studie 2 erhoben wurden, wirken sich demzufolge zum einen belastend auf die Zufriedenheit in der Paarbeziehung aus. Zum anderen können die Beschwerden auch aufgrund massiver Beziehungsprobleme des Paares auftreten.

Der Ansatz der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (Brandtstädter & Lindenberger, 2007) bietet ebenso einen geeigneten theoretischen Rahmen, um die selbstregulatorischen Prozesse und Fähigkeiten der Einzelnen sowie dyadische Prozesse bei der Gestaltung der langjährigen Paarbeziehung im höheren Alter zu betrachten. Hauptsächlich sind hier Forschungsergebnisse zur Handlungsmotivation und Emotionsregulation bei älteren Menschen in langjährigen Paarbeziehungen relevant (Carstensen & Lang, 2007; Charles & Carstensen, 2007). Im höheren Alter treten kritische Lebensereignisse oder menschliche Grenzsituationen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auf (Staudinger & Dittmann-Kohli, 1994). Dazu gehören gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Verlusterlebnisse verschiedenster Art, die die Älteren dazu herausfordern, Bewältigungsformen zu entwickeln und den eigenen Lebensentwurf und das persönliche Sinnsystem umfassend neu zu konstruieren.

Emotionale Ziele gewinnen im höheren Lebensalter im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung des subjektiven Wohlbefindens an Bedeutung. Vertraute und bedeutsame Beziehungen wie die Paarbeziehung werden bevorzugt und weniger bedeutsame soziale Kontakte reduziert (Carstensen & Charles, 1998). Neuere Modelle zur Theorie der sozio-emotionalen Selektivität befassen sich mit Altersunterschieden in spezifischen Bereichen der emotionalen und kognitiven Funktionsfähigkeit, indem sie die Entwicklungsbereiche Sinn und Emotion kombinieren. Hierbei werden sozio-emotionale Stärken älterer Menschen, beispielsweise Emotionsregulationskompetenzen und emotionale Ambiguitätstoleranz, aufgegriffen, die sich insbesondere in Paar- und nahen Familienbeziehungen zeigen. Gleichzeitig beziehen diese Modelle die Vulnerabilitäten Älterer ein, die sich bei anhaltendem emotionalen Arousal auswir-

ken. In solchen Situationen können Ältere aufgrund altersbedingt veränderter physiologischer Prozesse ihre Erregung nur zeitlich verzögert herunterregulieren (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013). Um negative Affekte und Eskalation auf der Paarebene zu vermeiden und subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, setzen Ältere daher in nahen Beziehungen andere interaktionelle und Problemlösestrategien ein als Jüngere (Holley, Haase & Levenson, 2013).

Die oben genannten theoretischen Modelle und Forschungsergebnisse bilden den Hintergrund für die Diskussion der Ergebnisse meiner vorliegenden Studien 1 und 2. Dabei greife ich die drei Hauptkategorien „Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse“ auf, die langjähriger Paare aufweisen, die Beratung im Paarsetting wahrgenommen haben.

8.3 Belastungsfaktoren

Unter „Belastungsfaktoren“ sind die bio-psycho-sozialen Einschränkungen und paarbezogenen Schwierigkeiten in den langjährigen Paarbeziehungen der Teilnehmer/-innen an meinen Studien zu verstehen. Belastungsfaktoren fanden sich sowohl bei den Schlüsselsituationen, die dazu führten, dass die Paare Beratung aufsuchten, als auch bei den Themen, die für die Befragten zu Beginn des Paarberatungsprozesses im Fokus standen und die nach Beratungsende in stresshaften Situationen erneut auftraten (Abbildung 24). In der Lebensspannenpsychologie werden Menschen als aktive Gestalter ihrer eigenen Entwicklung über ihren gesamten Lebenslauf angesehen. Dies gilt auch für die Entwicklung innerhalb der langjährigen Paarbeziehung im höheren Alter. Paarberatung ist ein Unterstützungsangebot, das langjährigen Paare in Anspruch nehmen können, um kritische Lebenssituationen über Selbstorganisationsprozesse konstruktiv zu bewältigen.

Die befragten langjährigen Paare nannten als Anlässe, Paarberatung aufzusuchen, ihre krisenhaft zugespitzten Lebenssituationen, in denen sich eine Kumulation von Belastungen und Verlusterfahrungen entwickelt hatte. Die Belastungsfaktoren spiegeln sich auch in meiner Studie 1 in den Ergebnissen der Selbsteinschätzungsfragebogen wieder. Lebenslange Entwicklung ist durch die Dynamik der drei Entwicklungsziele Wachstum, Aufrechterhaltung und Regulation von Verlusten bzw. Resili-

enz gekennzeichnet (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006). Im höheren Lebensalter spielen alle drei genannten Phänomene eine Rolle. Allerdings verlagert sich der Schwerpunkt von Wachstum hin zu Adaptationsprozessen, die die Aufrechterhaltung eines erreichten Funktionsniveaus angesichts von Belastungen und Verlusten ermöglichen (Baltes, 1997; Carstensen & Lang, 2007). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko von Entwicklungsverlusten in verschiedenen Bereichen an (Charles, 2011). Zu den Verlusten, die die von mir befragten älteren Menschen in langjährigen Paarbeziehungen erlebten, gehörten massive gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen somatischer oder psychischer Art, chronische Paarkonflikte mit Verlust des emotional positiven Kontaktes der Partner/-innen, Enttäuschungen am Arbeitsplatz oder Beziehungsprobleme mit erwachsenen Kindern.

Als übergeordnete Entwicklungsziele im späten Erwachsenenalter gelten der Erhalt der Funktionsfähigkeit und die Regulation von Verlusten durch relative Allokation von Ressourcen (Lindenberger & Schaefer, 2008). Um trotz irreversibler Verluste und Abbauprozesse subjektives Wohlbefinden zu erleben, müssen Ältere ggf. anstreben, sich auf einem niedrigeren Funktionsniveau zu stabilisieren (Freund, 2007). Diese Anpassungsleitung konnten die Befragten meiner Interviewstudie zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung nicht aus eigenen Kräften leisten. Sie beschrieben, dass sie nicht mehr auf ihre eigenen Ressourcen zur adäquaten Bewältigung der Belastungen und Verluste zurückgreifen konnten und somit keine Möglichkeit der effektiven Selbstregulation hatten. Sie bewerteten ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung als erschöpft und erlebten Verzweiflung, Überforderung und/oder Resignation. Im Rahmen meiner Studien konnte nicht erfasst werden, ob und in welchem Ausmaß die Befragten zuvor die entsprechende sozio-emotionale Expertise entwickelt und in ähnlichen Situationen eingesetzt hatten, sodass ich keine differenzierenden Aussagen zum Einfluss interindividueller Vulnerabilitäten und Stärken auf die stresshaften Ereignisse vornehmen kann (vgl. Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung von Karney & Bradbury, 1995).

Gleichzeitig empfanden die Befragten in ihrer krisenhaften zugespitzten Situation eine emotionale Entfremdung vom Partner/von der Partnerin so massiv, dass sie

ihre Paarbindung als gefährdet ansahen. Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Paarberatung wog für die Befragten der drohende Verlust der emotionalen Verbindung zum Partner/zur Partnerin besonders schwer. Die emotionale Sicherheit in der Paarbeziehung hatte für sie eine hohe Priorität. Dies entspricht den Erkenntnissen aus der Theorie der Sozio-emotionalen Selektivität, die eine Umzentrierung sozialer Motive angesichts begrenzter Lebenszeit postuliert (Carstensen & Charles, 1998; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Angesichts limitierter Lebenszeit nimmt das Streben nach emotionalem Wohlbefinden, Sicherheit in Bindungsbeziehungen, die Vertiefung der vorhandenen positiven Beziehungen und die Suche nach sozialem Zusammenhalt zu (Lang, 2003).

Es ist daher anzunehmen, dass das Bindungssystem in der Paarbeziehung der Teilnehmer/-innen meiner Fragebogen- und Interviewstudien durch die drohende emotionale Entfremdung aktiviert war. Die Befragten meiner Studie 2 berichteten in den Interviews konkret davon. Die Bedrohung der Bindung in der Paarbeziehung ist hochgradig mit Stress verknüpft (Hazan & Shaver, 1987). Stresserfahrungen dieser Art führen zu erhöhtem emotionalem und physiologischen Arousal, der andauern kann und zu einer erheblichen Störung der affektiven Kommunikation in der Beziehung eines Paares führt. In meiner Studie 1 zeigte sich dieser Effekt in den hohen Unzufriedenheitswerten in der Fragebogenskala Affektive Kommunikation des EPF (Klann et al., 2006). Dem dualen Stressverarbeitungsmodell zufolge verringern sich mit steigendem Arousal die expliziten, kontrollierten Mentalisierungsprozesse. Gleichzeitig nehmen implizite, automatische Mentalisierungsprozesse zu (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2011). Bei steigendem Bindungsstress, wie ihn die älteren Teilnehmer/-innen meiner Studien durch den Verlust des emotionalen Kontaktes zueinander erlebten, kann von einer Abnahme der Komplexität und Flexibilität ihrer Reflektions- und Problemlösefähigkeit ausgegangen werden. Im neurobiologischen stressabhängigen Modell hängt der individuelle Umschaltpunkt von einem expliziten zu einem impliziten Mentalisierungsmodus mit dem Ausmaß des Bindungsstresses und mit den individuellen Bewältigungsstrategien zusammen (Kotte & Taubner, 2017). Zu diesen Phänomenen liegen im Rahmen meiner Studien keine Daten vor. Es ist anzunehmen, dass die überfordernden Stresserfahrungen zu Beratungsbeginn, von denen die Befragten meiner Interviewstudie berichteten, dazu führten, dass bei

den Partnern/-innen ihre lebenslang erworbenen reifen Formen der Mentalisierungskompetenz - wie z. B. Reflektionsfähigkeit - zusammenbrachen. Dies führte zu Fehleinschätzungen und dysfunktionalem Erleben in der Paarinteraktion (Bark, Taubner & Georg, 2016). Die Bindungsbeziehung des Paares war subjektiv in Gefahr, was aufgrund der hohen Priorität emotional bedeutsamer Beziehungen bei Älteren dazu führte, dass die emotionale Sicherheit in der Paarbeziehung nicht mehr als stabilisierende Ressource zur Verfügung stand.

Die Bedeutung von Anpassungs- und Bewältigungsprozessen für die Qualität und letztlich die Stabilität der Paarbeziehung steht auch im Zentrum des Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung von Karney und Bradbury (1995) (vgl. Stegmann & Schmidt, 2006). Stresshafte Ereignisse und adaptive Prozesse stehen demnach in Wechselwirkung miteinander. Auf beide Aspekte wiederum wirken überdauernde Vulnerabilitäten der Einzelnen ein (vgl. 2.5.9). Das adaptive Potential des Paares beeinflusst die Qualität der Paarbeziehung, und diese Qualität wiederum hat langfristige Folgen für die Stabilität der Paarbeziehung. Als stresshafte Ereignisse sind im Rahmen meiner beiden Studien Belastungsfaktoren zu verstehen, beispielsweise zugespitzte interpersonelle Konflikte und dauerhafte Überforderungssituationen. Diese werden von den Befragten in meiner Studie 2 als sog. Schlüsselsituationen beschrieben, die zur Anmeldung zur Paarberatung führten. Erfahrungen von Verlust und Kränkung im Arbeitsumfeld oder in der Familie bzw. im Freundeskreis, mangelnde Selbstwirksamkeit angesichts sich verändernder Lebensumstände gehören ebenfalls zu den von ihnen genannten Stressfaktoren. Fortdauernde Vulnerabilitäten stellen die in den Interviews benannten massiven akuten und chronischen Erkrankungen auf psychischer und somatischer Ebene der einzelnen Partner/-innen dar. Berichtet wurden z.B. Depression, Sucht, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf- und orthopädische Erkrankungen sowie chronische Schmerzen oder die Folgen traumatischer Erfahrungen in früheren Lebensphasen. Diese Vulnerabilitäten können zum einen stresshafte Ereignisse in der Paarbeziehung befördern. Zum anderen wirken sie sich auf den Spielraum der adaptiven Prozesse und Kompetenzen im Paarsystem aus. Hinreichende adaptive Prozesse der Einzelnen und auf der Paarebene befördern die Bewältigung von Stresssituationen, die die Paarbeziehung betreffen. Eine der adapti-

ven Selbstregulationsstrategien Älterer besteht darin, Situationen erfolgreich zu vermeiden oder zu begrenzen, in denen sie emotional negativ gefärbten Erfahrungen ausgesetzt sind (Carstensen & Lang, 2007). In Situationen, in denen Ältere nicht in der Lage sind, hochstresshafte Ereignisse zu vermeiden oder kognitiv-behaviorale Strategien zur Abmilderung aversiver Erfahrungen einzusetzen, können sie auf ihre altersbedingten emotionalen Vorteile in der Emotionsregulation nur eingeschränkt zugreifen (Charles & Luong, 2013). Dies zeigte sich in meiner Studie 1 in den erhöhten Werten der Subskalen des Partnerschaftsfragebogens (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006), die die Unzufriedenheit mit der Affektiven Kommunikation, mit Aggression und mit dem gemeinsamen Problemlösen erfassen und in meiner Studie 2 in den Beschreibungen der Befragten, in welcher belasteten Situation sie sich zu Beratungsbeginn befanden.

8.4 Problembereiche

Unter „Problembereiche“ werden hier die individuellen und paarbezogenen Aspekte verstanden, die im Rahmen der Paarberatung für die langjährigen Paare aus meiner Interviewstudie zur Bearbeitung und Lösung anstanden. Es handelte sich hauptsächlich um dysfunktionale Muster der Paarinteraktion, um Schwierigkeiten bezüglich der körperlichen und sexuellen Kontakte des Paares, um ein Rollenungleichgewicht durch Krankheit, lebensgeschichtliche Belastungen eines Partners/einer Partnerin oder um die Beziehung der Befragten zu ihren erwachsenen Kindern. Diese problematischen Aspekte wurden von den Befragten erst im Verlauf des Paarberatungsprozesses als solche identifiziert. Sie decken sich weitgehend mit den Themen, die in der Literatur als Beratungsthemen von älteren Paaren in der Paartherapie aufgeführt werden (vgl. Riehl-Emde, 2014, S.15).

Im Unterschied zu dieser interpersonellen Beschreibungsebene in der mittleren Phase der Paarberatung nannten die in meiner Interviewstudie Befragten als Anlass für die Paarberatung vorwiegend Aspekte, die als externe Belastungsfaktoren attribuiert wurden. Die Befragten berichteten rückblickend, dass sie im Verlauf des Paarberatungsprozesses ihren je eigenen Fokus auf die Paarsituation veränderten. In einem Differenzierungs- und Klärungsprozess richteten sie im Verlauf des Paarberatungsprozesses ihre Aufmerksamkeit mehr und mehr auf ihre persönlichen Anliegen

und Bedürfnisse und die ihrer Partner/-innen sowie auf die Paardynamik und ihre gemeinsam gestalteten Interaktionsmuster als Paar. Dieser Fokuswechsel ist möglicherweise bereits als ein Ergebnis der Paarberatung zu werten, da die Befragten berichteten, dass sie im Verlauf der Paarberatung ihre persönliche Perspektive erweiterten und sich mit den dysfunktionalen Interaktionsmustern innerhalb ihrer Paarbeziehung befassten.

In meiner Studie 1 zeigten sich in der Subskala „Konvention" des Partnerschaftsfragebogens (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006) zum Ende der Paarberatung verringerte Werte. Dies kann so interpretiert werden, dass das Bemühen der Partner/-innen nachgelassen hat, die Paarbeziehung im Sinne eines Harmonieideals als unrealistisch positiv darzustellen. Probleme in der Gestaltung der Paarbindung, Autonomiebestrebungen, Nähe- und Distanzregulierung im Paarsystem, mangelnde Abgrenzung dem Partner/der Partnerin gegenüber sowie veränderte Rollen sind weitere Themen, die die Paare im Verlauf der Paarberatung herausbildeten. Die Befragten zogen in meiner Interviewstudie Verbindungslinien zu verschiedenen Lebensübergangskrisen. So brachten sie z. B. ihre veränderte Situation in der Paarbeziehung nach Beendigung der Berufstätigkeit, ihre veränderte Familiensituation mit erwachsenen Kindern oder die Erkrankung eines Partners/einer Partnerin mit ihren Problemen als Paar in Verbindung.

Während Probleme im Zusammenhang mit der sexuellen Beziehung zum Partner/der Partnerin im Paarberatungsprozess nach Aussagen der Befragten weitgehend nicht erwähnt wurden, beschrieben die Befragten in den Interviews spontan diese Probleme. Angesichts der Freimütigkeit, mit der sie in den Einzelinterviews über ihre sexuellen Probleme sprachen, ist es erstaunlich, dass das Thema gemeinsame Sexualität in den Paarberatungsprozessen her selten eine Rolle gespielt haben soll. Möglicherweise wären die Partner/-innen in einem gemeinsamen Paarinterview diesbezüglich weniger freimütig gewesen als in den Einzelinterviews.

Neben den problematischen Aspekten in ihrer aktuellen Paarbeziehungssituation nannten die Befragten in meiner Interviewstudie spontan und explizit die Ressourcen ihrer langjährigen Paarbeziehung. Gegenseitige Solidarität, gemeinsame Werte und die lange Dauer der Beziehung wurden als Basis der Paarbeziehung gesehen. Im Konzept des Commitment, das die bewusste Entscheidung für die Bindung

an den Partner/die Partnerin und Kontinuität über die Zeit beinhaltet, finden sich ähnliche Charakteristika (Sternberg, 1986; Acker & Davis, 1992; Bodenmann, 2013). Die Vulnerabilität durch Belastungen, körperliche Einschränkungen und Verluste nimmt im höheren Lebensalter zu. Da die Partner/-innen zunehmend aufeinander angewiesen sind, gewinnt die Komponente der Verbindlichkeit in der Paarbeziehung für ältere Menschen in langjährigen Beziehungen an Bedeutung. Die Dimension der langen gemeinsam geteilten Lebenszeit wurde von den Befragten hervorgehoben. Diese Fähigkeit zum „Sehen in der vierten Dimension" wird von Riehl-Emde (2016a) als Tiefendimension bezeichnet, die eine langjährige Paarbeziehung charakterisiere. Die emotionale Kompetenz im höheren Lebensalter ermögliche es den Paaren in langjährigen Beziehungen, sich gegenseitig auf komplexe Weise wahrzunehmen und den Partner/die Partnerin in der gegenwärtigen Lebenssituation sowie gleichzeitig in seiner/ihrer Entwicklung über die gemeinsame Zeit zu betrachten.

Der Begriff der sozio-emotionalen Expertise liegt auch der Konzeption der Skala „Problemlösen" im Partnerschaftsfragebogen (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006) zugrunde, der in meiner Fragebogenstudie eingesetzt wurde. Als ein Kriterium für effektives Problemlösen werden u. a. die empathischen Fähigkeiten während der Auseinandersetzungen des Paares erfasst. Bei andauerndem hohem Arousal durch stressbeladene Lebenssituationen und die Aktivierung des Bindungssystems aufgrund der Angst, die Bindung an den Partner/die Partnerin zu verlieren, haben Ältere möglicherweise keinen Zugriff auf diese Kompetenzen (Ryff & Singer, 2001; Uchino, 2013). Gemeinsames konstruktives Problemlösen ist ihnen unter diesen Bedingungen nicht möglich. Nachdem im Verlauf des Paarberatungsprozesses die körperliche Stressantwort der Partne/-innen gedämpft war, kamen die sozio-emotionalen Kompetenzen in der Paarinteraktion wieder zum Zuge. Das im Verlauf der Paarbeziehung erworbene Wissen über den Partner/die Partnerin und ihre/seine Bedürfnisse, Vorlieben, Ressourcen und Vulnerabilitäten wird als „partner knowledge" bezeichnet (Fletcher & Kerr, 2010). Die Vertrautheit mit den Einstellungen und Haltungen des/der anderen („attitude familiarity", vgl. Uchino, 2013) erleichtert im gemeinsamen Leben als Paar die Informationsverarbeitung und gibt Orientierung für Entscheidungen und Verhalten. Nach den Aussagen der Befragten in den Interviews entwickelte sich die Fähigkeit, die eigene Perspektive auf das Zusammenspiel mit

dem Partner/der Partnerin zu richten, nach und nach im Paarberatungsprozess. Insofern ist die Differenzierung der Themen für die Paarberatung unter Einbezug dysfunktionaler Muster in der Paarinteraktion bereits eine bedeutsame Mentalisierungsleistung, die zur Problemlösefähigkeit des Paares beiträgt (Plitt, 2017). Dieser klärungsorientierte Schritt kann als eine Bewältigungsstrategie in kritischen Paarsituationen gewertet werden.

8.5 Bewältigungsprozesse

Unter „Bewältigungsprozesse“ sind die entsprechenden Entwicklungs- bzw. Veränderungsschritte der Einzelnen und der Dyade bezüglich der sie belastenden Faktoren und Probleme zu verstehen. Verschiedene Formen der Bewältigung führten im Verlauf der Paarberatungsprozesse zu Veränderungen auf der kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene, sowohl bei den einzelnen Befragten meiner Interviewstudie als auch in ihrem langjährigen Paarsystem. Unter diese Rubrik subsummiere ich mehrere Kategorien. Es handelt sich um die Veränderungen im Paarsystem während des Zeitraums der Beratung, von denen die Befragten in den Interviews berichteten, außerdem um den Prozess zwischen Berater/-in und Paar und um die Kontakte der Partner/-innen zum Gesundheitssystem.

Veränderungen im Paarsystem während des Zeitraums der Beratung

Die Befragten richteten ihren Fokus im Verlauf der Paarberatung nicht mehr ausschließlich auf die belastenden Themen, die für sie der Anlass gewesen waren, Paarberatung aufzusuchen. Ihre Schwierigkeiten hatten sie zu Beginn des Paarberatungsprozesses eher externen Faktoren zugeschrieben, während sie in der mittleren Phase der Paarberatung selbstkritisch ihren eigenen Anteil an den Problemen in der Paarbeziehung reflektierten. Indem sie zusätzlich sowohl die gegenwärtige als auch vergangene Situationen aus der Sicht des Partners/der Partnerin betrachteten, nahmen sie einen Perspektivwechsel vor, der zu einer interaktionellen Sicht ihrer Probleme als Paar führte. Nach der Theorie der Zwangsprozesse in Paarbeziehungen führen kommunikative Teufelskreise zu fortschreitenden negativen Interaktionen des Paares (Patterson & Hops, 1972; Patterson, Hops & Weiß, 1975). Ein zentrales Ziel paartherapeutischer Interventionen ist daher, mit dem Paar eine erweiterte, interaktionelle Sichtweise ihrer Beziehung und ihrer Probleme zu entwickeln. Dabei sollen

die Partner/-innen ihren je eigenen Anteil am Eskalationsprozess erkennen, um vorhergehende und nachfolgende Bedingungen zu identifizieren, die zur Eskalation führen.

Als bedeutsame Veränderung beschrieben die Befragten meiner Interviewstudie, dass sie sich in den Paarberatungssitzungen mit ihrem Partner/ihrer Partnerin offen über ihre persönlichen Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse, Erlebnisse, Erfahrungen, Probleme und Sichtweisen austauschten, im Gegensatz zum Zeitraum vor der Anmeldung zur Paarberatung. Als weiteren entscheidenden Punkt nannten sie ihr verändertes Verhalten, dem Partner/der Partnerin zuzuhören und seine/ihre Impulse aufzunehmen. Wie die Partner/-innen die gegenseitige emotionale Erreichbarkeit und Unterstützung in verschiedenen Konfliktbereichen empfanden, wurde durch die Skala „Affektive Kommunikation" des Partnerschaftsfragebogens in meiner Studie 1 erfasst. Sie gibt wieder, wie die emotionale Intimität in der Paarbeziehung empfunden wird, also das „Ausmaß an Zuneigung, Affektivität, Selbstöffnung und Verständnis, das vom Partner gezeigt wird" (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006, S.15). Die Unzufriedenheit mit dieser Paardimension war in meiner Studie 1 vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt angestiegen (zu Beginn und nach Beendigung der Beratung). Allerdings gab es keine Messung in der mittleren Phase der Paarberatung, so dass im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht nachvollzogen werden kann, wie sich die affektive Kommunikation der Paare im Verlauf des Beratungsprozesses entwickelte. Die Befragten schilderten in den Interviews, dass sie als Paar in der mittleren Phase des Beratungsprozesses schrittweise (wieder) in positive Interaktionszirkel eintraten. Eine größere Vertrautheit mit den Einstellungen, Möglichkeiten und Grenzen des Partners/der Partnerin ist mit einer größeren wahrgenommenen Ansprechbarkeit und einem Entgegenkommen in der Paarbeziehung verbunden und fördert positive Interaktionen des Paares (Sanbonmatsu, Uchino & Birmingham, 2011). Konflikte in der Paarinteraktion werden auf diese Weise vermieden und die Paare tauschen mehr gegenseitige positive Unterstützung aus (Neff & Karney, 2005).

Ebenso relevant für die affektive Kommunikation des Paares ist, ob und wie konfliktträchtige Gefühle zwischen den Partnern/-innen angesprochen werden und wie dies subjektiv empfunden und bewertet wird. Die in meiner Interviewstudie Befragten berichteten, dass sie in den Paarberatungssitzungen offen über die eigenen

Gefühle und Gedanken mit dem Partner/der Partnerin sprachen und gleichzeitig ihren eigenen Anteil an den Problemen innerhalb der Paarbeziehung erkannten. Dadurch veränderten sie ihr bisheriges Interaktionsmuster und erreichten eine emotionale Wiederannäherung an den Partner/die Partnerin. Nach Wile (2002) ist ein zentrales Ziel von Paarberatung, einem Paar in einer Krise den Wiedereinstieg in intime Begegnung zu ermöglichen.

Derartige Mentalisierungsprozesse in der Paarinteraktion setzen voraus, dass das Bindungssystem des Paares nicht durch Belastungs- und Bedrohungssituationen hochaktiviert ist (Plitt, 2017). Die meisten Befragten meiner Interviewstudie beschrieben, dass sie sich im Zeitraum der Beratung ihrem Partner/ihrer Partnerin auf emotionaler und körperlicher und sexueller Ebene wieder angenähert hatten. Die körperliche Berührung und die (wieder gewonnene) Verbundenheit hatten zu ihrem Wohlbefinden und zur Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung entscheidend beigetragen. Das Modell der Koregulation in nahen Beziehungen geht davon aus, dass die Partner/-innen in Paarbeziehungen ein dynamisches emotionales System bilden (Butler & Randall, 2013). In einem bidirektionalen Prozess gestaltet das Paar ein oszillierendes Muster von affektivem Arousal und Dämpfung, das zu einem stabilen emotionalen Zustand beider beiträgt. Der Zusammenhang zwischen physischem und psychischem Wohlbefinden und Zufriedenheit in der Paarbeziehung ist vielfach belegt und wird vermutlich durch solche psychobiologischen Stressreduktionsprozesse beeinflusst (Frisch, Aguilar-Raab & Eckstein, 2017). Einige Befragte meiner Interviewstudie beschrieben dem entsprechend eine neue „Balance als Paar“, die sie im Verlauf der Paarberatung gefunden hatten.

In den Interviews meiner Studie 2 gab es zudem immer wieder Hinweise auf eine bestimmte interaktionelle Deeskalationsstrategie, die die Befragten dem Partner/der Partnerin gegenüber anwandten, um destruktive Konflikte zu reduzieren. Sie setzten ein aktives Vermeidungsverhalten ein, indem sie dem Disput aus dem Weg gingen, auf weniger stressbeladene Themen ablenkten etc. Da zwischenmenschliche Spannungen zu den emotionalen Erfahrungen gehören, die den höchsten Stress verursachen, bevorzugen Ältere bei interpersonalen Probleme, z.B. in einer Paarbeziehung, vermeidende oder distanzierende Strategien (Birditt & Fingerman, 2005; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Dies bezieht sich auf sogenannte „unlösbare“ bzw.

dauerhaft bestehende Probleme zwischen den Partnern/-innen, bei denen Ältere dazu neigen, passive Bewältigungsstrategien zu wählen, um soziale Harmonie und Wohlbefinden zu erhalten (Birditt, 2014). Beispiele sind grundsätzliche Unterschiede in den Einstellungen zum Lebensstil, in der Persönlichkeit oder im Wertesystem, die beide Partner/-innen jeweils nicht verändern wollen (Gottman & Silver, 2004). Die veränderte Lebenssituation der Befragten meiner Interviewstudie, die zu Einschränkungen und Verlusterlebnissen führte, bildet den motivationalen Hintergrund für die genannten konstruktiv-passiven Bewertungs- und Verhaltensstrategien. Als aktive Antwort auf funktionale Verluste – wie chronische Erkrankungen - lassen sich bei Älteren Veränderungen in ihrer Handlungsmotivation und Emotionsregulierung feststellen. Angesichts des begrenzten Lebenszeithorizontes bevorzugen sie emotional bedeutungsvolle gegenwartsfokussierte Ziele (Carstensen, 2006) und wählen eher internale Kontrollstrategien wie flexible Zielanpassung anstatt aktive Kontrolle über ihre physische und soziale Umwelt anzustreben (Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010). Da emotionsbezogene Ziele im höheren Lebensalter an Bedeutung gewinnen, kann es bei langjährigen älteren Paaren konstruktive und beziehungsfördernde Folgen für die Einzelnen und die Paarbeziehung haben, eine Haltung und Verhalten im Sinne eines Disengagements oder konstruktives avoidance-Verhaltens zu zeigen, wenn es sich um sogenannte unlösbare Problembereiche in der Paarbeziehung handelt (Birditt, 2014; Urry & Gross, 2010). Dies geschieht z.B. über eine Selektion der Situationen oder die Lenkung der eigenen Aufmerksamkeit. Zu den bedeutsamen vorbereitungsorientierten Strategien gehört Neubewertung (reappraisal) (Gross & John, 2003). Hierbei wird die individuell empfundene Bedeutung von negativen Ereignissen oder Reaktionen herabgesetzt, wenn die eigenen Einflussmöglichkeiten begrenzt sind. Nachteilig kann es für Ältere sein, negative Affekte generell zu vermeiden oder zu unterdrücken. Dadurch können sie versäumen, sich mit negativen Lebenserfahrungen und Affekten auseinanderzusetzen, sie zu reflektieren und zu verarbeiten und in der Folge darin liegenden Entwicklungschancen nicht nutzen und daran gehindert sein, notwendige Anpassungsprozesse vorzunehmen (Mayne, 1999).

In Studien mit langjährigen Paaren fand sich bei persönlich relevanten Zielen keine generelle Abnahme ihres Demand-orientierten Verhaltens in der Paarinteraktion über die Zeit. Schätzten Ältere ihre Ziele in der langjährigen Paarbeziehung als

erreichbar ein, so versuchen auch sie, Einfluss auf den Partner/die Partnerin auszuüben (Holley et al., 2013). In meiner Studie 1 beinhaltet der Partnerschaftsfragebogen die Subskala „Problemlösen“, die das „Vermeiden von Konflikten“ als unzufriedenstellend einstuft (Klann, Hahlweg, Limbird & Snyder, 2006). Der eingesetzte Fragebogen differenziert nicht, um welche Art von Problemen es sich jeweils handelt. Daher lässt sich aufgrund der Fragebogenergebnisse in meiner Studie 1 nicht unterscheiden, bei welcher Art von interpersonellen Problemen es konstruktiv ist, coping-orientiertes, aktiv-konstruktives Verhalten wie Diskutieren als Problemlösestrategie zu unterstützen, und wann es für Ältere in langjährigen Paarbeziehungen von Vorteil ist, passiv-konstruktive Strategien zu wählen wie nichts zu tun, ein Problem zu vermeiden oder Zuneigung zu zeigen. Altersbedingte Unterschiede im Umgang mit interpersonellen Problemen führen dazu, dass Ältere besser in der Lage sind, ihr Verhalten in Beziehungskonflikten zu regulieren und ggf. passiv-konstruktive Konfliktstrategien einzusetzen (Birditt & Fingermann, 2005). Dem Modell der „Strength and Vulnerability Integration” zufolge nutzen Ältere häufiger als Jüngere Emotionsregulationsstrategien, die es ihnen erlauben, emotional negativ gefärbte Erfahrungen zu vermeiden oder zumindest zu begrenzen. Dies gelingt ihnen im Allgemeinen aufgrund ihrer erworbenen sozio-emotionalen Expertise. In Situationen, in denen sie andauerndem hohem Arousal ausgesetzt sind, verringert sich jedoch diese Fähigkeit, oder sie steht ihnen gar nicht mehr zur Verfügung (Charles, 2010; Charles & Piazza, 2007).

Ein weiterer Aspekt zur Differenzierung der Problemlösestrategien auf der Paarebene könnte im Lebensalter der Partner/-innen liegen. In der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) zeigte sich, dass Paare jenseits des 70. Altersjahres dazu neigen, ihre Konflikte zu begrenzen und sich zu arrangieren, während Paare um Mitte 50 ihre Beziehungen als konfliktreicher und gleichzeitig als intensiver beschreiben (Riehl-Emde, 2016). Diese Ergebnisse regen an, je nach Alter unterschiedliche Ausgangssituationen für die Paartherapie zu berücksichtigen.

Einige der von mir Befragten schilderten, dass sie wenig oder keine Veränderung bezüglich ihrer Paarproblematik im Zeitraum der Paarberatung wahrnahmen. Wirkungsforschung und Metaanalysen zur Paartherapie zeigen, dass sich etwa bei der Hälfte der Paare eine signifikante Verbesserung der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung feststellen lässt (Sexton, Alexander & Leigh Mease, 2004).

Prozess zwischen Berater/-in und Paar

Veränderungsprozesse im Zusammenhang mit paartherapeutischen Prozessen werden nach Schär (2010) durch therapeutische Interventionen ausgelöst und durch die therapeutische Allianz sowie durch die Interaktionsprozesse zwischen den Partnern beeinflusst. Insofern ordne ich im Rahmen meiner Interviewstudie die Phänomene im Prozess zwischen Berater/-in und Paar den Bewältigungsprozessen der langjährigen Paare zu.

In den Interviews meiner Studie 2 berichteten die Befragten durchgängig, wie sie die Interaktion mit der Beraterin/dem Berater und ihre/seine Interventionen erlebt haben. Die positive Wirkung der affektiven Rahmung durch die Beraterin/den Berater wurde hervorgehoben. Die vertrauensvolle Beziehung zum Berater/zur Beraterin bildete zum einen die Grundlage dafür, dass sich die Befragten darauf einließen, sich in der Paarberatung dem Partner/der Partnerin gegenüber emotional zu öffnen. Zum anderen bewirkte sie, dass die Partner/-innen sich auf Entwicklungs- und Veränderungsherausforderungen durch konfrontative Impulse der Beraterin/des Beraters einließen. Die beraterische Allianz zwischen Paar und Berater/-in förderte über gemeinsame Ziele für die Paarberatung die Hoffnung der Befragten auf eine positive Veränderung auf der Paarebene. Zudem nutzten die Befragten bestimmte Sätze der Beraterin/des Beraters aus den Paarberatungssitzungen als „Anker“, um sich in ihrem Alltag zwischen den Beratungssitzungen an Veränderungen zu erinnern, die sie in den Sitzungen erprobt und vereinbart hatten.

Solche prozessdirektiven Interventionen der Beraterin/des Beraters fördern kurzfristig, dass die Paare in den Paarberatungssitzungen Intimität erleben. Die in meiner Studie 2 Befragten betonten, dass sie durch die eigene und die Selbstöffnung ihres Partners/ihrer Partnerin in den Paarberatungssitzungen wieder emotionale Nähe und Intimität in der Paarbeziehung gespürt und zugelassen haben. Indem sie im Rahmen der Beratungssituation ihre eigene Verantwortung an den ungünstigen Interaktionszirkeln mit dem Partner/der Partnerin herausarbeiteten und in der Folge den Partner/die Partnerin in seinen/ihren Bedürfnissen unterstützten, verstärkten sie positive Emotionen und konstruktive Interaktionszirkel in der Beziehung zum Partner/zur Partnerin. Die Entwicklung von Intimität im Sinne von emotionaler Nähe und Aus-

tausch in der Paarbeziehung gilt als wichtiger Veränderungsfaktor im Rahmen paartherapeutischer Prozesse. Insbesondere eine Kombination von Veränderungsprozessen auf emotionaler, kognitiver und verhaltensbezogener Ebene haben eine hohe Wirksamkeit (Greenberg, James & Conry, 1988; Johnson, 2009).

Dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie von Orlinsky (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004) folgend entwickelte Schär (2010) ein Integratives Modell für die Psychotherapie mit Paaren. In einem mehrstufigen Prozess werden zunächst primäre Veränderungen während der Paarberatungssitzungen initiiert, um Nähe und Verbundenheit zwischen den Partnern/-innen zu (re)aktivieren. Dies entspricht den Berichten der von mir Befragten zu ihren subjektiv erlebten Veränderungsprozessen in den Paarberatungssitzungen. Sekundäre Veränderungsprozesse beinhalten, dass das Paar diesen Interaktionsprozess zwischen den Paarberatungssitzungen fortsetzt und vertieft. Die Paarberaterin/der Paarberater gibt dem Paar Impulse zum Erwerb von Kommunikationsfertigkeiten und zur Emotionsregulation. Das Ziel ist, dass das Paar die Fähigkeit entwickelt, über längere Zeit relativ stabile Intimitätszustände zu bilden (vgl. Schär, 2016, S.161 f.). Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren wirken im Paarberatungsprozess zusammen, wobei die von mir befragten Älteren dem Wirkfaktor der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung (Asay & Lambert, 1999) besondere Bedeutung zuschrieben.

8.6 Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende

Nach der Beendigung der Beratung gelang es den Paaren, die an meiner Interviewstudie teilnahmen, nicht, ihre (wieder) erworbene Intimität als Paar stabil aufrecht zu erhalten. Die Visualisierungen zur Paarbeziehungsqualität, die die Befragten während der Interviews erstellten, weisen in der Mehrzahl der Fälle auf einen Anstieg der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung zu Beginn der Paarberatung und einen Abfall der Zufriedenheit gegen Ende bzw. nach Beendigung der Beratung hin (vgl. Abbildung 7). Traten erneute Belastungen im Alltag auf, gerieten die Paare wieder in dysfunktionale Interaktionsmuster, die bei ihnen zu erhöhtem Bindungsstress führten. In meiner Fragebogenstudie 1 spiegelt sich dies in den gestiegenen Unzufriedenheitswerten im Partnerschaftsfragebogen in der Subskala „Aggression“ bei der zweiten

Messung am Beratungsende wieder. Die Themen Anspannung, Stress, Emotionsregulation und Ärgermanagement traten im Zusammenhang mit der Paarbeziehung erneut in den Vordergrund, was diese Tendenz erklärt.

Bei steigendem Bindungsstress, den die von mir Befragten als belastend erlebten, kann von einem Verlust des emotionalen Kontaktes auf der Paarebene und einer Abnahme der Flexibilität der Partner/-innen beim Reflektieren ausgegangen werden. Situationen mit hohem emotionalen Arousal – wie z. B. stressbeladene Konflikte in der Paarbeziehung – sind bei Älteren mit ansteigender physiologischer Aktivität verbunden (Kunzmann & Grühn, 2005; Uchino, Holt-Lunstad, Bloor & Campo, 2005). Es wird angenommen, dass Ältere im Unterschied zu Erwachsenen im mittleren Alter weniger physiologische Reaktivität zeigen, wenn ihr Arousal gering ist. Überschreitet die emotionale Erregung durch sozio-emotionalen Stress einen Schwellenwert, so zeigen Ältere eine stärkere physiologische Reaktion als Jüngere und können in der Folge ihre Fähigkeiten im Bereich der kristallinen Intelligenz nicht zur Problemlösung einsetzen (vgl. Peters, 2015).

Reifes Mentalisieren bricht bei übermäßiger emotionaler Erregung zusammen, und es erfolgt eine Regression auf prämentalisierende Modi (Plitt, 2017). Ärger und Sorgen der Beteiligten fungieren dabei als Filter. Dies kann zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen in Interaktionssituationen führen und dysfunktionales Beziehungserleben in der Paarbeziehung nach sich ziehen (Bark, Taubner & Georg, 2016). Die von mir Befragten reflektierten in den Interviews rückblickend, dass sie die Paarberatung nach dem ersten Hochgefühl, das durch die emotionale und körperliche Wiederannäherung und die positiven Interaktionen mit dem Partner/der Partnerin entstand, zu früh beendeten, da sie bei erneut auftretenden Stressfaktoren wieder in dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster zurückfielen.

Älteren Menschen werden sozio-emotionale Stärken in dem Sinne zugeschrieben, dass sie ihre guten und engen Beziehungen stärken und schwierige emotionale Beziehungssituationen bewältigen können. Dazu dient ihre lebenslang erworbene komplexe Fähigkeit zur Emotionsregulation. Sie können in der Regel eine gleichzeitige Mischung aus positiv und negativ gefärbten Emotionen in ihren Paarbeziehungen mit Ambiguitätstoleranz tragen und Situationen vermeiden, die negative Emotionen

auslösen (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselrode, 2000). Eine ausreichende Mentalisierungsfähigkeit fördert den konstruktiven Umgang Älterer in langjährigen Beziehungen mit ihren eigenen Affekten und denen des Partners/der Partnerin und ermöglicht es ihnen, die zentralen Konflikte in der Paarbeziehung zu regulieren. Eine Option, negative Emotionen auf der Paarebene zu bewältigen, besteht darin, die aktuelle Situation zu beruhigen und abzumildern. Einige der Befragten in meinen Interviews beschrieben diese Strategie, in emotional angespannten Situationen abzulenken, sich neutralen oder positiven Themen zuzuwenden oder im Kontakt mit der Partnerin/dem Partner nachzugeben. Bei hohem Bindungsstress, der mit übermäßigem emotionalem Arousal verbunden ist, gelingt das gemeinsame Problemlösen als Paar eher nicht. Die gestiegenen Unzufriedenheitswerte zum Ende der Paarberatung in der Subskala Problemlösen des Partnerschaftsfragebogens EPF in meiner Studie 1 weisen möglicherweise auf dieses Defizit der Paare in der gemeinsamen Auseinandersetzung mit ihren zu klärenden Problemen hin. Durch das erhöhte Stressniveau und die Aktivierung des Bindungssystems könnte die explizite Mentalisierungsfähigkeit der Partner/-innen eingeschränkt gewesen sein. Die kognitive Kapazität ist durch die Umschaltung auf den impliziten Mentalisierungsmodus bei hohem Stress geringer, wodurch Gedächtnisleistungen, Informationsverarbeitung und Problemlösen erschwert sind. Höheres emotionales Arousal aufgrund von chronischem Stress ist bei Paaren mit einer geringeren Erinnerung an erlernte kommunikative Fähigkeiten gekoppelt (Baucom, Weusthoff, Atkins & Hahlweg, 2012). Paare, die fortgesetztem emotionalen Arousal ausgesetzt sind, benötigen Unterstützung bei der Herunterregulierung, damit sie ihre Fertigkeiten zur Problemlösung einsetzen können (Wolf, 2008). Diese sozio-emotionale Kompetenz, die die meisten älteren Menschen auszeichnet, steht den Partnern/-innen bei einem hohen Stressniveau nicht zur Verfügung. Um wieder Zugriff auf ihre Mentalisierungsfähigkeit und ihre Problemlösefertigkeiten zu erlangen, benötigen sie ggf. Unterstützung durch erneute Paarberatung.

In der Mehrzahl der Interviews nannten die Befragten meiner Studie 2 spontan ein weiteres Hilfesystem, das sie in solchen Situationen in Anspruch nahmen. Es handelte sich um Einrichtungen des Gesundheitssystems.

8.7 Kontakte zum Gesundheitssystem

Zum Teil benannten die von mir Interviewten ausdrücklich, dass sie bei stressbeladenen Situationen den Aufenthalt ihres Partners/ihrer Partnerin in einer stationären Einrichtung bzw. die ambulante medizinische oder psychotherapeutische Behandlung initiierten, um die negativen Emotionen in der Paarbeziehung zu regulieren und destruktive Interaktionszirkel zu unterbrechen. Insofern sind diese Bestrebungen der Betroffenen als Bewältigungsstrategien zu verstehen und daher in der Abbildung 24 unter dieser Rubrik eingeordnet. Kliniken, Hausärzte und ambulante Psychotherapie werden von den Älteren in akuten hochbelastenden Krisen vermutlich auch zur Regulierung von eskalierenden interpersonellen Situationen in der Paarbeziehung genutzt, um eine temporäre Distanz zum Partner/zu der Partnerin herzustellen und somit Entlastung zu erhalten. Die Anlässe für ein Hilfe suchendes Verhalten in Stresssituationen können massive somatische und psychische Symptome sein, die das Wohlbefinden der Betreffenden stark einschränken. In diesem Zusammenhang ist zu fragen, welche Art von Unterstützung institutionelle Paarberatung anbieten kann. Katamnestische Termine oder Krisenkontakte mit der Beraterin/dem Berater könnten den Anliegen und Bedürfnissen der älteren Ratsuchenden in langjährigen Paarbeziehungen ebenso entgegenkommen wie die gezielte Kooperation der Beratungseinrichtungen mit Einrichtungen des Gesundheitssystems.

8.8 Implikationen für die Paarberatung mit langjährigen Paaren

Ein entscheidendes Merkmal erfolgreicher psychotherapeutischer und Beratungsprozesse ist die hinreichende Passung zwischen der Person, den Bedürfnissen und den Erwartungen des Klienten/der Klientin und der Person des Beraters/der Psychotherapeutin sowie seinem/ihrem Behandlungs- und Störungsmodell (Sipal, 2015; Eckert, Frohburg & Kriz, 2004). Die Ergebnisse meiner vorliegenden Studien geben Hinweise auf ein Konzept für die Paarberatung, das auf Ältere in langjährigen Paarbeziehungen und ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Hierbei sollte die Umzentrierung sozialer Motive im höheren Alter (Lang, 2003) einbezogen und die sozio-emotionalen Ressourcen und Vulnerabilitäten in der Lebensphase Alter berücksichtigt werden (Charles & Carstensen, 2010).

Die Lebensphase des höheren Alters kann aufgrund der zunehmenden Langlebigkeit 30 Jahre und mehr umfassen und somit zu den längsten im Lebenslauf gehören. Eine Ausdifferenzierung der Lebensphase Alter in mindestens vier Stufen wird inzwischen vorgenommen (Höpflinger, 2017). Daher ist es sinnvoll, in der Beratungsarbeit mit langjährigen Paaren zu unterscheiden, mit welchen Ressourcen und Defiziten bzw. welchem Ausmaß von Fragilisierung die Paare konfrontiert sind. Je nach den individuellen Lebensbedingungen ist die Auseinandersetzung mit Verlusterfahrungen verschiedenster Art und körperlichen Einschränkungen und Erkrankungen ein belastendes Thema, das nicht selten den Anlass für die Paarberatung darstellt und in den Beratungsprozessen Beachtung finden sollte.

In Beratungsprozessen mit langjährigen Paaren erscheint es förderlich, ihre Priorisierung emotionaler Sicherheit und Verbundenheit in der Paarbeziehung als Basis für den konstruktiven Umgang mit Konflikten zu beachten. Mit abnehmendem Lebenszeithorizont legen Menschen zunehmend Wert auf ein positives emotionales Klima in ihren nahen Beziehungen. Gerade in krisenhaften Lebenssituationen, die von akuten und chronischen Belastungen und Problemen sowie von Einschränkungen und Verlusterlebnissen geprägt sind, sollten die Berater/-innen reife Strategien der Emotionsregulation bei den älteren Partnern/-innen unterstützen. Es bietet sich an, die Ressourcen langjähriger Paare in die Beratungsprozesse einbeziehen. Dazu gehören ihre lange gemeinsame Geschichte und ihr Commitment als Paar sowie ihre altersbedingten emotionalen Stärken in der Emotionsregulation wie Ambiguitätstoleranz und Selbstreflektionsfähigkeit. Mit zunehmendem Lebensalter besteht in der Regel ein umfangreicheres Wissen über sich selbst und eine differenzierte Sicht auf nahe Bezugspersonen (Blanchard-Fields, 2007). Die Förderung von Emotionsregulationskompetenzen kann daher in der Paarberatung mit Älteren im Vergleich zur paartherapeutischen Arbeit mit Jüngeren ggf. leichter erfolgen. Unabhängig vom Lebensalter sollten interpersonale Kompetenzen wie die emotionale Öffnung dem Partner/der Partnerin gegenüber, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und die eigene Verantwortungsübernahme bei paarbezogenen Problemen in der Paarberatung gefördert werden. Bei Älteren in langjährigen Paarbeziehungen dient dies insbesondere dazu, eine emotionale Wiederannäherung des Paares zu unterstützen und so das subjektive Wohlbefinden der Partner/-innen zu fördern.

Ebenso bedeutsam erscheint es, in der Beratung mit langjährigen Paaren die Ergebnisse aus den affektiven bzw. sozialen Neurowissenschaften zu berücksichtigen und Kenntnisse über physiologische Spezifika bei Älteren einzubeziehen. Die Handlungsspielräume Älterer in ihren langjährigen Paarbeziehungen werden durch die Auswirkungen eines dauerhaft erhöhten Arousal in massiven akuten und chronischen Belastungssituationen eingeschränkt. Altersbedingte langsamere Erholungsprozesse und deren Auswirkungen auf ihre emotionalen, kognitiven und Verhaltensaspekte, z.B. eine Abnahme der Komplexität und Flexibilität beim Reflektieren, spielen eine bedeutsame Rolle im Umgang mit Problemen, die die Paarbeziehung belasten (Charles & Luong, 2013). Durch negativ gefärbte Koregulationsprozesse im Paarsystem können Ältere in destruktive Interaktionszirkel geraten und den emotionalen Kontakt zueinander verlieren (Butler & Randall, 2013). Dies wiederum führt bei den Partnern/-innen zur Aktivierung des Bindungssystems und löst hohen Stress aus. Solche Situationen tragen das Risiko in sich, dass Ältere keinen Zugriff mehr auf ihre erworbene Mentalisierungsfähigkeit haben und sie in der Folge ihre Fähigkeit zum Lösen der Probleme auf der Paarebene temporär einbüßen (Bark, Taubner & Georg, 2016). Im Modell der SAVI (Strength and Vulnerability Integration) werden altersbedingte sozio-emotionale Stärken postuliert, denen altersbedingte Vulnerabilitäten gegenüberstehen, die sich in Situationen zeigen, in denen anhaltendes emotionales Arousal auftritt, das im höheren Alter nur mit zeitlicher Verzögerung herunterreguliert werden kann (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013). Die Zeitspanne bis die Partner/-innen wieder Zugriff auf ihre Problemlösekompetenzen haben, kann daher bei Älteren länger dauern als bei Jüngeren. In der Paarberatung mit langjährigen Paaren sollte dem Aspekt der (Selbst-)Beruhigung und Emotionsregulation daher entsprechend beraterische Aufmerksamkeit zukommen.

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Adaptationsmodell der Paarbeziehung (Karney & Bradbury, 1995) stehen stresshafte Ereignisse und adaptive Prozesse in einem komplexen Wechselspiel, das von den individuellen Vulnerabilitäten der Partner/-innen beeinflusst wird. Ein Ziel in der Beratung älterer Menschen in langjährigen Paarbeziehungen könnte daher darin bestehen, ihnen Psychoedukation zum konstruktiven Umgang mit intensivem Stress und zur Prophylaxe gegenseitiger destruktiver emotionaler Ansteckung als Paar anzubieten. Ebenso bedeutsam scheint es, den

Partnern/-innen in langjährigen Paarbeziehungen individuell zugeschnittene Strategien der Emotionsregulation in starken Belastungssituationen zu vermitteln und deren Transfer in ihren Alltag paartherapeutisch zu begleiten, um die Qualität und Stabilität der Paarbeziehung zu fördern. Die Mehrzahl der Befragten in meiner Interviewstudie berichteten z.B., dass körperliche Berührungen und emotionale (Wieder)Annäherung als Paar ihnen die individuelle Selbstregulationsfähigkeit in stressbeladenen Situationen erleichtert hatten.

Ältere nutzen aufgrund der genannten emotionalen und physiologischen Phänomene öfter als Jüngere Interaktionsstrategien, die es ihnen erlauben, emotional negativ gefärbte Erfahrungen zu vermeiden oder zu begrenzen. Interpersonelle Konflikte auf der Paarebene existieren auch in langjährigen Paarbeziehungen, allerdings sehen die Partner/-innen die emotionalen Kosten eines heftigen Konfliktes um länger bekannte Themen innerhalb der Paarbeziehung im Verhältnis zum möglichen Nutzen möglicherweise als zu hoch an. Bei sogenannten unlösbaren Problemen, die seit vielen Jahren zur jeweiligen Paarbeziehung gehören, ist es u. U. sinnvoll, Konfliktdeeskalation als Ziel zu wählen, um negative Emotionen zu vermeiden (Gottman & Silver, 2004). Zu einem Paarberatungskonzept für langjährige Paare kann es demnach gehören, sie in bestimmten Situationen bei der Anwendung konstruktiv-passiver interaktioneller Strategien zu unterstützen, z.B. das Thema zu wechseln, die gemeinsame Aufmerksamkeit auf unbelastete Situationen zu lenken oder nachzugeben. Dadurch sind sie in der Lage, ihr subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

Im Unterschied dazu ist es bei zentralen paarbezogenen Konfliktthemen, für die eine Lösung möglich erscheint, sinnvoll, langjährige Paare darin zu unterstützen, ihr emotionales Arousal zu regulieren, im Kontakt mit dem Partner/der Partnerin zu bleiben und ihre sozio-emotionalen Kompetenzen zur Problemlösung in der Verhandlung mit dem Partner/der Partnerin einzusetzen.

Das Thema gemeinsame Sexualität als Paar sollte von der Beraterin/dem Berater langjährigen Paaren gegenüber offensiv angesprochen werden. In den Interviews meiner Studie 2 sprachen alle Befragten über ihre sexuellen Probleme in der Paarbeziehung. Im Rahmen des gemeinsamen Paarberatungsprozesses hatten sie nach ihren Angaben die gemeinsame Sexualität mit dem Partner/der Partnerin sehr

viel seltener thematisiert. Möglicherweise fehlte eine gemeinsame Sprache, oder es existierten Tabus aufgrund der Sozialisation in diesem Lebensbereich.

Eine Verschlechterung der Paarzufriedenheit unmittelbar nach Therapieende ist aus der Paartherapieforschung bekannt (Christensen, Atkins, Yi, Baucom & George, 2006). Viele Paare profitieren von katamnestischen Beratungskontakten in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren nach Ende einer Paarberatung, die die erarbeiteten Veränderungen stabilisieren können (Christensen, Dimidjian & Martell, 2015). Paare, die unter besonderem Stress stehen und bei denen einer oder beide Partner/-innen stärker ausgeprägte Vulnerabilitäten aufweisen, könnten demnach eine länger andauernde Begleitung benötigen, um ihre Paarzufriedenheit nach Ende der Paarberatung aufrecht zu erhalten. Katamnestische Beratungstermine nach Beendigung der Paarberatung sollten langjährigen Paaren zur Stabilisierung der erarbeiteten Veränderungen angeboten werden. Ebenso kann angeregt werden, dass sich langjährige Paare bei erneuter Stressbelastung wieder an die Beratungseinrichtung wenden. In akuten Krisen sollte solchen Paaren in langjährigen Beziehungen eine Unterstützung durch Paarberatung kurzfristig angeboten werden.

Aufgrund von körperlichen Erkrankungen und degenerativen Prozessen haben ältere Menschen nicht selten regelmäßigen Kontakt zu Ärzten und/oder Kliniken. Diese sind für sie daher vertraute Anlaufstellen. Dies bietet die Chance, dass Ärzte und andere Mitarbeiter/-innen im medizinischen Versorgungsbereich die negativen Auswirkungen von somatischen und psychischen Krankheitsbelastungen auf die Paarbeziehung wahrnehmen und langjährige Paare auf das institutionelle Paarberatungsangebot aufmerksam machen. Die fallbezogene Kooperation und die fallübergreifende fachliche Vernetzung sind für den Paarberatungsbereich und Einrichtungen im Gesundheitssystems sinnvoll. Darüber hinaus haben die Befragten meiner Interviewstudie geschildert, dass sie ambulante und stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen nutzen, um ihre negativen Emotionen im Zusammenhang mit Paarkonflikten zu regulieren. Dies betrifft auch stationäre Aufenthalte eines Partners/einer Partnerin, um zeitweilig eine entlastende räumliche Distanz auf der Paarebene zu schaffen. Zur Aufrechterhaltung ihres subjektiven Wohlbefindens kann es für Ältere in langjährigen Paarbeziehungen passend sein, parallel Einrichtungen im Beratungs- und im Gesundheitsbereich in Anspruch zu nehmen. Paarberatung sollte langjährige

Paare vorwiegend dabei unterstützen, ihre eigenen Kräfte und Fähigkeiten zur Regulierung ihrer Emotionen in belastenden Situationen, zum Umgang mit Aggressionen und Ärger in der Paarbeziehung und zur konstruktiven Konfliktlösung zu aktivieren. Die Interventionen der Hilfeangebote im Beratungs- und medizinischen Bereich sollten aufeinander abgestimmt sein, um Synergieeffekte zu erzielen.

8.9 Methodische Limitationen der Studien 1 und 2

Bezüglich beider hier vorliegender Studien lassen sich keine Aussagen über die Repräsentativität der Ergebnisse machen, da sie aufgrund des geringen Umfangs der Stichproben nicht den entsprechenden Kriterien genügen. Dies war auch nicht beabsichtigt, denn die vorliegenden Studien haben explorativen Charakter. Die Hypothesen und Schlussfolgerungen, die ich auf der Grundlage der Studien ziehe, unterliegen daher starken Einschränkungen.

Die Aussagekraft der Daten ist zudem durch die selektive Stichprobe mit spezifischen Charakteristika eingeschränkt. Es handelt sich in Studie 1 und 2 ausschließlich um heterosexuelle Paare, die langjährig in erster Ehe verheiratet waren. Sie hatten die Paarberatung regulär beendet und wurden von jeweiligen Berater/der Beraterin zur Beteiligung an der Fragebogenerhebung und an den Interviews aufgefordert. Die Auswahlkriterien, nach denen die Berater/-innen Paare aus ihren Beratungsprozessen für die Studien auswählten, sind mir nicht bekannt. Möglicherweise sprachen die Berater/-innen nur bestimmte Klienten/-innen wegen einer Teilnahme an den Studien an. Wieviele Klienten/-innen mit welchen Kennzeichen es ablehnten, sich an den beiden Studien zu beteiligen bzw. was die Teilnehmer/-innen bewog, sich zu einer Beteiligung bereitzuerklären, ist mir ebenfalls unbekannt. Eine Differenzierung der Daten nach der Motivation zur Teilnahme an den Studien oder nach den Zuweisungskriterien kann hier daher nicht vorgenommen werden. Ebenso liegen in der Fragebogen- sowie in der Interviewstudie keine Daten von Paaren vor, die die Paarberatung abgebrochen haben. Die Akquirierung von Teilnehmern/-innen für beide Studien gestaltete sich insgesamt schwierig. Nur wenige der angefragten Berater/-innen in den Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen des Bistums, in dem die Daten erhoben wurden, beteiligten sich an den Studien.

Ob das Kategoriensystem, das aufgrund der Interviewaussagen der Befragten in Studie 2 gebildet wurde, auf andere Populationen langjähriger älterer Paare übertragen werden kann, bleibt offen. Die Altersspanne der Teilnehmer/-innen an meinen Studien reicht von 54 bis 79 Jahren. Diese Stichprobe umfasst unterschiedliche Alterskohorten, die mit durchaus unterschiedlichen altersbezogenen individuellen und paarbezogenen Belastungsfaktoren und Problembereichen konfrontiert sein können und möglicherweise differierende Bewältigungs- und Emotionsregulationsstrategien aufweisen. In den vorliegenden Studien wurden diese Altersgruppen nicht differenziert untersucht.

8.10 Ausblick

Aus den Ergebnissen der vorgelegten Studien und dem daraus entwickelten Modell zirkulärer Prozesse in der Paarberatung mit langjährigen Paaren (Abbildung 24) unter den Aspekten Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse und unter Einbezug der Einschränkungen meiner Studien lassen sich mögliche weiterführende und erweiternde Untersuchungsansätze ableiten.

Die Stichprobe, die den vorgelegten Studien zugrunde liegt, weist sehr spezielle Charakteristika auf. Denkbar wären ergänzende Forschungsdesigns, die die Belastungsfaktoren, Problembereiche und Bewältigungsprozesse bei Paaren untersuchen, bei denen die Partner/-innen im Alter 50 plus sind, sich aber erst vor kürzerer Zeit als Paar gefunden haben. Hierbei könnte unterscheiden werden, welche Phänomene mit dem Lebensalter der Partner/-innen und welche mit der Dauer der Paarbeziehung assoziiert sind. Ebenso wäre es interessant, zu untersuchen, ob die in Bezug auf langjährige heterosexuelle Paare geschilderten Phänomene auch bei gleichgeschlechtlichen Paaren auftreten oder ob sich andere Befunde ergeben.

Durch den demografischen Wandel wird es zukünftig wesentlich mehr hochaltrige Menschen geben, die ggf. in langjährigen Paarbeziehungen leben. Die Differenzierung der Belastungen, Beratungsanliegen, Paarbeziehungsprobleme und Bewältigungsstrategien bei den unterschiedlichen Alterskohorten innerhalb der Gruppe der Menschen im höheren Lebensalter könnte für Paarberatungsprozesse wertvolle Anregungen geben. Möglicherweise werden die 60-, 70- oder 80jährigen, die sich in

Zukunft an institutionelle Paarberatung wenden, andere Merkmale, Belastungsfaktoren, Probleme, Anliegen und Einstellungen zu Beratung und Therapie haben als die Ratsuchenden in den hier vorgelegten Studien und dementsprechend andere Bewältigungsstrategien benötigen.

Die beiden präsentierten Studien liefern Informationen aufgrund einer einfachen Wiederholungsmessung im Prä-Post-Design anhand standardisierter Fragebogen sowie auf der Basis retrospektiv angelegter qualitativer Einzelinterviews. Dabei wurde deutlich, dass bezüglich einiger Kriterien – insbesondere der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung – die Veränderungsprozesse bei den Paaren im Verlauf des Paarberatungsprozesses starken Schwankungen unterworfen waren. Forschungsprojekte, die den Prozess der Paarberatung mit langjährigen Paaren kontinuierlich und prozessorientiert evaluativ begleiten, könnten hierzu weitergehende Einblicke und Erkenntnisse hervorbringen.

Um den Zusammenhang von Emotionen bzw. Affektregulation, Arousal und Mentalisierungskompetenz sowie Paarbeziehungs- und gesundheitlichen Aspekten bei Älteren in langjährigen Paarbeziehungen weiter zu untersuchen, wäre es lohnenswert, die Erhebung physiologischer und neuro-endokriner Daten bei verschiedenen Stresslevels in Paarsituationen einzubeziehen. Dies würde allerdings einen interdisziplinären Forschungsansatz und erhebliche Ressourcen bezüglich der Befunderhebung voraussetzen.

Ein weiterer Forschungsansatz wäre die Befragung von einzelnen Partnern/-innen und/oder langjährigen Paaren, die einen Paarberatungsprozess abgebrochen haben. Dabei könnten die klienten-internen Merkmale, Vulnerabilitäten und Ressourcen ebenso erhoben werden wie die Prozess- und Outcomequalität der Paarberatungsprozesse.

Ochs und Schweitzer (2012) weisen auf die Notwendigkeit hin, die Rolle der Forscher/-innen als Miterzeuger/-innen der beschriebenen Prozesse zu reflektieren. Die von mir in der Interviewstudie Befragten äußerten möglicherweise im Sinne sozialer Erwünschtheit etwaige negativ-kritische Aspekte zur Paarberatung oder zum Berater/zur Beraterin nicht, zumal in einigen Fällen die Interviewerin identisch mit der Beraterin in dem vorangegangenen Paarberatungsprozess war. Qualitativ angelegte Interviews mit Klienten(paaren) und/oder Berater/-innen, die mit solchen Paaren

arbeiten, könnten in weiteren Studien durch externe Interviewer geführt werden. Möglicherweise würden sich auf diesem methodischen Weg Aspekte ergeben, die in der hier präsentierten Studie nicht erfasst werden konnten.

Weiterhin könnten die Aussagen der Befragten durch ihr Wissen beeinflusst gewesen sein, dass der Partner/die Partnerin ebenfalls befragt wurde. Möglicherweise hatten sie eine Selektion vorgenommen, welche Inhalte sie gegenüber der Interviewerin äußerten, um dissonante oder tabuisierte Aspekte in der Paarbeziehung nicht offenzulegen.

Aus den qualitativen Interviews meiner Studie 2 ergaben sich deutliche Hinweise, dass für die Befragten das Thema gemeinsame Sexualität in der langjährigen Paarbeziehung eine große Bedeutung hatte, sie dies aber in den Paarberatungsprozessen selten ansprachen. Studien, die sich damit befassen, wie die sexuelle Beziehung in Paarberatungsprozessen mit älteren Klienten/-innen konstruktiv thematisiert werden kann/sollte, könnten das Beratungskonzept für langjährige Paare bereichern.

Gemeinsame Paarinterviews, die qualitativ angelegt wären, könnten neben dem retrospektiven Ansatz ermöglichen, die Interaktion langjähriger Paare direkt zu beobachten und auszuwerten. Videoaufnahmen würden ein Rating durch geschulte Rater/-innen erlauben und mehr Informationen bereitstellen als Audioaufnahmen.

Die Perspektiven der Klienten/-innen auf ihre Paarberatungsprozesse könnten durch die Untersuchung der Sichtweise der Berater/-innen ergänzt werden. Hierbei wäre die jeweilige Einschätzung der Qualität der paartherapeutischen Beziehung ein möglicher Fokus. Beratungs- und psychotherapeutische Konzepte gründen sich zunehmend auf Erkenntnisse aus der Forschung zu Bindungsbeziehungen. Gerade im höheren Alter liegt die Priorität auf der emotionalen Sicherheit in Beziehungen, die wiederum mit Bindungsaspekten assoziiert ist. So ist davon auszugehen ist, dass die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehungsbasis auch in paartherapeutischen Prozessen mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen primäre, sekundäre und fortdauernde Veränderungsprozesse der Paare unterstützt.

9 LITERATURVERZEICHNIS

Acitelli, L., Rogers, S. & Knee, C. (1999). The role of identity in the link between relationship thinking and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 16*, 591–618.

Achtziger, A. & Gollwitzer, P. (2009). Rubikonmodell der Handlungsphasen. In V. Brandstätter (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie: Motivation und Emotion* (S.150-156). Göttingen: Hogrefe.

Acker, M. & Davis, M. (1992). Intimacy, passion and commitment in adult romantic relationships: a test of the triangular theory of love. *Journal of Social and Personal Relationships, 9*, 21-50.

Aigner, J. C. (2006). „Und alle Lust will Ewigkeit!?". Das Sexualleben älterer Menschen als diskursiv-soziales Konstrukt. *Journal für Psychologie, 14*(2), 166–177.

Almeida, D. (2005). Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 64–68.

American Psychological Association (APA) (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285.

Anderson, J., van Ryzin, M. & Doherty, W. (2010). Developmental trajectories of marital happiness in continuously married individuals: A group-based modeling approach. *Journal of Family Psychology, 24*(5), 587-596.

Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 693–704.

Antonucci, T. C., Birditt, K. S. & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengston, D. Gans, N. M. Pulney & M. Silverstein (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S.247-260). New York: Springer Publishing Co.

Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J. & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist, 54*(1), 82–92.

Arnold, M. B. (1960) *Emotion and personality, Volume 1*. New York, Columbia University Press.

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (S. 23–55). American Psychological Association.

Asen, E. & Fonagy, P. (2012) Mentalization-based Family Therapy. In A. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (S. 107-128). Washington and London: American Psychiatric Publ.

Asen, E. & Fonagy, P. (2010): Mentalisierungsbasierte Familientherapie. *Psychotherapie im Dialog, 11,* 239-243.

Asendorpf, J. & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung*. Göttingen: Huber.

Ashdown, B., Hackathorn, J. & Clarke, E. (2011). In and out of the bedroom: Sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences, 2*(1), 40-57.

Auckenthaler, A. (2014). Von der Ehetherapie zur Psychotherapie mit Paaren. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 26–29.

Baas, S. & Schmitt, M. (2010). Partnerschaft und Sexualität im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 377–383). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Backenstrass, M. (1998). *Depression und partnerschaftliche Interaktion*. München; Berlin: Waxman.

Backenstrass, M., Pfeiffer, N. & Marin, A. (2012). Emotionale Dysregulation bei affektiven Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60*(3), 195-204.

Bakan, D. (1966). *The dualty of human existence. Isolation and communion in western man*. Boston: Beacon Press.

Baltes, P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 29-68). Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*, 611-626.

Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, *41*(1), 1-24.

Baltes, P.B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese. *Psychologische Rundschau*, *48*(4), 191-210.

Baltes, P. B. (1999). Altern und Alter als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *32*, 433–448.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, *35* (1), 85-105.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1994). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 1-34). Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozeßorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, *47* (4), 199-216.

Baltes, M. M., Lang, F. R. & Wilms, H.-U. (1998). Selektive Optimierung mit Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie* (S. 188-202). Stuttgart: Hogrefe.

Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. In W. Damon, R. Lerner & N. Eisenberg (Hrsg.),

Handbook of child psychology, Theoretical Models of Human Development, Vol. 1 (S. 569-664). New York: Wiley Online Library.

Baltes, P. B., Reese, H. W. & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, *31*, 65-110.

Baltes, P. B. & Schaie, K. W. (Hrsg.). (1973). *Life-span Developmental Psychology: Personality and Socialization*. New York: Academic Press.

Baltes, P. B. & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V.L. Bengtson & K.W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S. 153-173). New York: Springer Publishing Company.

Baltes, P. B., Staudinger, U. M. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.

Bark, C., Taubner, S. & Georg, A. (2016). Mentalisierungs-basierte Eltern-Säuglings- und Kleinkind-Therapie. *Familiendynamik, 41*(4), 312-321.

Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 33–43.

Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, A.& Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *The Journal of Sexual Medicine 7*(1), 374-388.

Baucom, B. R., Atkins, D. C., Rowe, L. S., Doss, B. D. & Christensen, A. (2015). Prediction of treatment response at 5-year follow-up in a randomized clinical trial of behaviorally based couple therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 103-114.

Baucom, D. H., Hahlweg, K. & Kuschel, A. (2003). Are Waiting-List Control Groups Needed in Future Marital Therapy Outcome Research? *Behavior Therapy, 34*, 179-188.

Baucom, B. R., McFarland, P. T. & Christensen, A. (2010). Gender, topic, and time in observed demand–withdraw interaction in cross- and same-sex couples. *Journal of Family Psychology, 24,* 233–242.

Baucom, D. H., Shoham V., Mueser, K.T., Daiuto, A. D. & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 53-88.

Baucom, B., Weusthoff, S., Atkins, D. & Hahlweg, K. (2012). Greater emotional arousal predicts poorer long-term memory of communication skills in couples. *Behaviour Research and Therapy, 50*(6), 442–447.

Beach, S. R., Fincham, F. & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review, 18*, 635-661.

Beach, S. R., Katz, J., Kim, S. & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355–371.

Beckes. L. & Coan. J. (2011). Social baseline theory: The role of social proximity in emotion and economy of action. *Social and Personality Psychology Compass, 5*, 976–988.

Benazon, N. R. & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 1, 71-79.

Bengel, J. & Mittag, O. (2012). Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung von chronischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S.11-15). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. M. & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N.M. Putney & M. Silverstein (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S. 3-23). New York: Springer Publishing Company.

Bengtson, V. L., Rice, C. J. & Johnson, M. L. (1999). Are theories of aging important? Models and explanations in gerontologie at the turn of the century.

In V.L. Bengtson & Rice, C.A. & Johnson, M.L. (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S. 3-20). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Benson, L., McGinn, M. & Christensen, A. (2012). Common Principles of Couple Therapy. *Behavior Therapy, 43*, 25–35.

Berberich, H. (2004). Sexualität im Alter. *Urologe, 43*, 1076–1081.

Berberich, H. (2014). Sexualität und Alter. In A. Stirn, R. Starke, K. Tabbert, S. Wehrum-Osinsky & S. Oddo (Hrsg.*), Sexualität, Körper und Neurobiologie* (S. 408-419). Stuttgart: Kohlhammer.

Berberich, H. (2015). Sexualität und Alter. *Sexuologie, 22*(1-2), 5–12.

Berberich, H. & Brähler, E. (Hrsg.). (2001). *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Berg, C. & Upchurch (2007). A developmental–contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin, 133*(6), 920–954.

Berkic, J. & Quehenberger, J. (2012). Bindungsspezifische Mechanismen der Emotionsregulation bei Langzeit-Ehepaaren. In K.-H. Brisch (Hrsg.), *Bindungen - Paare, Sexualität und Kinder* (S. 36-60). Stuttgart: Klett-Cotta.

Berscheid, E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist, 54* (4), 260–266.

Berscheid, E. & Ammazzalorso, H. (2001). Emotional experience in close relationships. In: G. J. Fletcher & M. S. Clark (Hrsg.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (S.308-330). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.

Berscheid, E. & Reis, H. (1998). Attraction and close relationships. In: D. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey (Hrsg.), *The handbook of social psychology, Vol. 2* (S. 193–281). Boston: McGraw-Hill.

Berscheid, E. & Walster, E. H. (1969). *Interpersonal attraction*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. Fachkreis Gerontopsychologie der Sektion Gesundheits-, Umwelt-, Schriftpsychologie des BDP. (2019). *Gerontopsychologie. Aufgaben, Selbstverständnis und Praxisfelder in der Psychologischen Gerontologie*. Zugriff am 5.9.2019, http://www.bdp-gus.de/gus/gerontopsychologie.pdf

Beyer, A.-K., Wurm, S. & Wolff, J. K. (2017). Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Diskriminierungserfahrungen. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 329-343). Wiesbaden: Springer VS.

Bischof, N. (1985). Das Rätsel Ödipus. *Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie*. München: Piper.

Bischof-Köhler, D. (2007). Sicherheit, Erkundung und Autonomie. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 225–240). Stuttgart: Klett-Cotta.

Birditt, K. S. (2014). Age Differences in Emotional Reactions to Daily Negative Social Encounters. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(4), 557-566.

Birditt, K. S. & Fingerman, K. L. (2003). Age and gender differences in adults' descriptions of emotional reactions to interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58*(4), P237-P245.

Birditt, K. S. & Fingerman, K.L. (2005). Do we get better at picking our battles? Age group differences in descriptions of behavioral reactions to interpersonal tensions. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*(3), 121-128.

Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday Problem Solving and Emotion: An Adult Developmental Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, *16*(1), 26-31.

Blanchard-Fields, F. (2009). Flexible and adaptive socio-emotional problem solving in adult development and aging. *Restorative Neurology and Neuroscience, 27*(5), 539-550.

Blanchard-Fields, F. & Coats, A. H. (2008). The Experience of Anger and Sadness in Everyday Problems Impacts Age Differences in Emotion Regulation. *Developmental psychology, 44*(6), 1547-1556.

Blanchard-Fields, F., Jahnke, H. C. & Camp, C. (1995). Age differences in problem-solving style: The role of emotional salience. *Psychology and aging, 10*, 173-180.

Blazer, D. & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine, 35,* 1241–1252.

Bloch, L., Haase, C. M. & Levenson, R. W. (2014). Emotion Regulation Predicts Marital Satisfaction: More Than a Wives' Tale. *Emotion, 14*(1), 130-144.

Blow, A. J., Davis, S. D. & Sprenkle, D. S. (2012). Therapist world-view matching: Not as important as matching to clients. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, s1, 13–17.

Blow, A. J., Sprenkle, D. S. & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 298–317.

Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2001a). Psychologische Risikofaktoren für Scheidung: Ein Überblick. *Psychologische Rundschau, 52*, 85-99.

Bodenmann, G. (2001b). Neuere Entwicklungen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie. *Psychotherapeut, 46*, 161–168.

Bodenmann, G. (2006). Positionsbestimmungen in der Paar- und Familienpsychologie. *Zeitschrift für Familienforschung, 2*(18), 148-170.

Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familientherapie*. Bern: Huber.

Boerner, K. & Jopp, D. (2007). Improvement/maintenance and reorientation as central features of coping with major life change and loss: Contributions of three life-span theories. *Human development, 50*(4), 171-195.

Borst, U. (2017). So nah und doch auch fern - Die Dialektik des Fallverstehens in der Begegnung. *systeme, 31*(1), 22-42.

Bowlby J. (1969). *Attachment and loss.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1977). *Das Aufnehmen und Lösen von affektiven Bindungen. Das Glück und die Trauer.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Bradbury, T.N., Fincham, F.D. & Beach, S.R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family, 62*(4), 964-980.

Bradbury, T. N. & Karney, B. R. (2010). *Intimate relationships.* New York: W.W. Norton & Company.

Bradbury, T. N. & Karney, B. R. (2019). *Intimate relationships* (3. Auflage). New York: W.W. Norton & Company.

Brandenburg, H. (2015). Interdisziplinarität in der Gerontologie. Theoretische Probleme und praktische Herausforderungen. *Zeitschrift für Gerontolologie und Geriatrie*, 3, 220-224.

Brandenburg, U., Attermeyer, U.& Saß, H. (2000). Weibliches Begehren im Alter – zwischen Scham und Lust. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 5*, 223 – 228.

Brandtstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: cross-sequential analyses of development-related control believes and emotions. *Developmental Psychology, 25*(1), 96-108.

Brandtstädter, J. (2007a). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Leitvorstellungen und paradigmatische Orientierungen. In J. Brandtstädter &

U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Ein Lehrbuch* (S.34-66). Stuttgart: Kohlhammer.

Brandtstädter, J. (2007b). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkomodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S.413-445). Stuttgart: Kohlhammer.

Brandtstädter, J. (2007c). *Das flexible Selbst: Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung.* Heidelberg: Elsevier/Spektrum Akademischer Verlag.

Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research, 14* (1–2), 52-62.

Brandtstädter, J. (2011). *Positive Entwicklung: Zur Psychologie gelingender Lebensführung.* Heidelberg: Spektrum, Akademischer Verlag.

Brandtstädter, J. & Felser, G. (2003). *Entwicklung in Partnerschaften. Risiken und Ressourcen*. Bern: Huber.

Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and ageing, 5*, 58-67.

Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (1998). Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen* (S. 223-237). Göttingen: Hogrefe.

Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment. *Developmental Review, 22*, 117-150.

Braukhaus, C., Saßmann, H. & Hahlweg, K. (2000). Erfolgsbedingungen von Partnerschaften. *Partnerschaft und Paartherapie*, 173-189.

Brinkmann, R.D. (2011). *Mobbing, Bullying, Bossing. Treibjagd am Arbeitsplatz*. Hamburg: Windmühle-Verlag.

Bruchhaus Steinert, H. (2014). Sexualität und Partnerschaft im Alter – eine systemische Perspektive. In T. Friedrich-Hett & R. Ernst (Hrsg.), *Systemisches Arbeiten mit älteren Menschen. Konzepte und Praxis für Beratung und Psychotherapie* (S.140–151). Heidelberg: Carl Auer.

Bruder, A. & Riehl-Emde, A. (2006). „Dann komm ich noch mal ins Bett...": Paarbeziehung, Sexualität und Körpererleben bei älteren Paaren. *Psychotherapie im Alter, 12*(4), 49–66.

Bucher, T. (2005). Sexualität nach der Lebensmitte: Wünsche, Wirklichkeit und Wege. *Psychotherapie im Alter, 7*(3), 79–94.

Bucher, T. (2006). Altern und Sexualität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49*(6), 567–574.

Bucher, T., Hornung, R., Gutzwiller, F.& Buddeberg, C. (2001). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Erste Ergebnisse einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz. In H. Berberich H. & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 31-60). Gießen: Psychosozial–Verlag.

Buhl, T. & Hassebrauck, M. (1995). Liebe in 3D. Eine empirische Untersuchung zur Dreiecksтheorie von Sternberg. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 26*(2), 67-75.

Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Leipzig: Hirzel.

Bühler, K. (1918). *Die geistige Entwicklung des Kindes*. Jena: Fischer.

Bußmann, H. (2002). Lexikon der Sprachwissenschaft. (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kröner.

Butler, E. A. (2011a). Three Views of Emotion Regulation and Health. *Social and Personality Psychology Compass 5/8*, 563–577.

Butler, E. A. (2011b). Temporal interpersonal emotion systems: The ''TIES'' that form relationships. *Personality and Social Psychology Review, 15*, 367-393.

Butler, E. A. & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review, 5*, 202–210.

Butler, E. A. & Sbarra, A. (2013). Health, emotion, and relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 30*(2), 151-154.

Butler, R. & Lewis, M. (2002). *The new love and sex after 60*. New York: Ballantine.

Cacioppo, J. & Decety, J. (2011). Social neuroscience: challenges and opportunities in the study of complex behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1224*, 162 – 173.

Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R. & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. In N. A. Fox (Hrsg.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (S. 284-303). Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3, Serial No. 240).

Canevello, A. & Crocker, J. (2011). Interpersonal goals and close relationship processes: Potential links to health. *Social and Personality Psychology Compass, 5*, 346-358.

Carstensen, L. L. (1992a). *Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity*. Review 160 refs. Nebraska Symposium on Motivation.

Carstensen, L. L. (1992b). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging, 7*(3), 331-338.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4*(5), 151–156.

Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science, 312*, 5782, 1913–1915.

Carstensen, L. L. & Charles, S. T. (1998). Emotion in the Second Half of Life. *Current Directions in Psychological Science, 7*(5), 144-149.

Carstensen, L. L. & Frederickson, B. L. (1998). Socioemotional selectivity in healthy older people and younger people living with the Human Immunodeficiency

Virus: The centrality of emotion when the future is constrained. *Health Psychology, 17*, 1-10.

Carstensen, L. L., Fung, H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion, 27*(2), 103-123.

Carstensen, L. L., Gottman, M. & Levenson, R. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging, 10*, 140-149.

Carstensen, L. L., Graff, J., Levenson, R. W. & Gottman, J. M. (1996). Affect in intimate relationships. In C. Magai & S. McFadden (Hrsg.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (S. 227-248). München: Elsevier.

Carstensen, L. L., Gross, J. J. & Fung, H. (1998). The social context of emotional experience. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Hrsg.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (S. 325-352). New York: Springer.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165-81.

Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In: In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S.389-412). Stuttgart: Kohlhammer.

Carstensen, L. L. & Mikels, J. A. (2005). At the Intersection of Emotion and Cognition: Aging and the Positivity Effect. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 117-121.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 644-655.

Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P. & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional Experience Improves with Age: Evidence Based on over 10 Years of Experience Sampling. *Psychology and Aging, 26*, 21-33.

Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. Review. *Psychological Bulletin, 136*(6), 1068-1091.

Charles, S. T. (2011). Emotional Experience and Regulation in Later Life. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Hrsg.), *Handbook of the Psychology of Aging* (S. 295-310). San Diego: Academic Press.

Charles, S.T. & Campos, B. (2011). Age-Related Changes in Emotion Recognition: How, Why, and How Much of a Problem? *Journal of Nonverbal Behavior, 4*, 287-295.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2007). Emotion Regulation and Aging. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S.307-327). New York: Guilford Press.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2008). Unpleasant situations elicit different emotional responses in younger and older adults. *Psychology and Aging, 23*, 495-504.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009). Socioemotional selectivity theory. In H. Reis & S. Sprecher (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Relationships* (S.1578-1581). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology, 61*(1), 383-409.

Charles, S. T. & Hong, J. (2016). Second Generation Socioemotional Selectivity Theories. In N. Pachana (Hrsg.), *Encyclopedia of Geropsychology* (S.1-5). Singapore: Springer.

Charles, S. T. & Luong, G. (2013). Emotional Experience Across Adulthood: The Theoretical Model of Strength and Vulnerability Integration. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 443-448.

Charles, S. T. & Piazza, J. R. (2007). Memories of social interactions: age differences in emotional intensity. *Psychology & Aging, 22*(2), 300-309.

Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G. & Almeida, D. M. (2009). Now you see it, now you don't: age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and aging, 24*(3), 645–653.

Charles, S.T., Reynolds, C.A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136–151.

Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In P. Noller & M. A. Fitzpatrick (Hrsg.), *Monographs in social psychology of language, No. 1. Perspectives on marital interaction* (S. 31-52). Clevedon, England: Multilingual Matters.

Christensen A., Atkins D., Yi, J., Baucom D. & George W. (2006). Couple and individ-ual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing tra-ditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1180-1191.

Christensen, A., Atkins, D., Baucom, B. & Li, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional and integral behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 225–235.

Christensen, A., Baucom, D., Atkins, D., Berns, S., Wheeler, J. & Simpson, L. (2004). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 176–191.

Christensen, A., Dimidjian, S. & Martell, C. (2015). Integrative behavioral couple therapy. In A. Gurman, J. Lebow & D. Snyder (Hrsg.), *Clinical handbook of couple therapy* (S.61-96). New York: Guilford.

Christensen, A. & Heavey, C. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 73 - 81.

Christensen, L., Russell, C., Miller, R. & Peterson, C. (1998). The process of change in couple therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Ther-apy, 24*(2), 177-188.

Christensen, A., Sevier, M., Simpson, L. & Gattis, K. (2004). Acceptance, Mindfulness, and Change in Couple Therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Hrsg.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (S.288-310). New York: The Guilford Press.

Christensen, A. & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*(3), 458.

Chui, H., Rebucal, K., Lumley, M., Labouvie-Vief, G. & Diehl, M. K. (2011). Emotion Regulation in Adulthood: How Differences in Study Design Affect Findings. Paper presented at the Gerontological Society of America, Boston.

Cicero, M. T. (1998). *Cato maior de senectute /Cato der Ältere über das Alter* (H. Merklin Übers.). Stuttgart: Reclam Universalbibliothek.

Cierpka, S., Wiegand-Grefe, B. & Zander, B. (2000). Mit welchen Problemen kommen Paare und Familien zu uns? *Familiendynamik, 25*, 70-94.

Clement, U. (2006). *Guter Sex trotz Liebe*. Berlin: Ullstein.

Coan J. A. (2008). Toward a neuroscience of attachment. In: J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment, Vol. 2* (S. 241–265). New York, NY: Guilford Press.

Cole, P. M. (2014). Moving ahead in the study of the development of emotion regulation. *International Journal of Behavioral Development, 38*(2), 203-207.

Consedine, N.S. & Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development, 5*(2), 165-187.

Coyne, J.C. & Anderson, K. (1999). Marital status, marital satisfaction and support processes among women at high risk for breast cancer. *Journal of Family Psychology, 13*, 629-641.

Coyne, J. & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. Akamatsu, M. Stevens, S. Hobfoll & J. Crawther (Hrsg.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Family health psychology* (S.129–149). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.

Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Cranford, J. A., Nicklas, J. M. & Sonnega, J. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology, 88*, 526-529.

Coyne, J. & Smith, D. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 404-412.

Crane, D. R. (2007). Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 20–24.

Crane, D. R. & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 34*(2), 204–216.

Crane, R., Wampler, K., Sprenkle, D., Sandberg, J. & Hovestadt, A. (2002). The Scientist-Practitioner- Modell in marriage and family therapy doctoral programs: Current Status. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 75–83.

Crook, J., Rideout, E. & Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain, 18*(3), 299–314.

Curtis, M. & Morris, K. (2015). Cross-dressing as a meaningful occupation: A single case study. *British Journal of Occupational Therapy, 78*(11), 706–712.

Damasio, A. R. (1997). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.

Davis, S., Lebow, J. L. & Sprenkle, D. (2012). Common Factors of Change in Couple Therapy. *Behavior Therapy, 43*, 36–48.

Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) (2001). *Fachliche Standards von Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstell*en. Zugriff am 23.11.2019, http://www.dakjef.de/pdf/fachliche_standards_efl.pdf

Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) (2003a). *Grundsätze fachlichen Handelns in der Institutionellen Beratung*. Zugriff am 23.11.2019, https://www.bke.de/content/application/explorer/public/deutscher-arbeitskreis/grundsaetze_fachl_handelns.pdf

Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) (2003b). *Ethische Standards in der Institutionellen Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Zugriff am 23.11.2019, http://www.dakjef.de/pdf/ethische_standars.pdf

Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) (2018). *Über den DAKJEF*. Zugriff am 23.11.2019, http://www.dakjef.de/index.html?p=about

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). *Deutscher Alterssurvey 2014. Zentrale Befunde*. Berlin. Zugriff am 11.06.2017, https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS2014_Kurzfassung.pdf

Diamond, L. (2001). Contributions of psychophysiology to research on adult attachment: Review and recommendations. *Personality and Social Psychology Review, 5*(4), 276–295.

Diamond L. M. & Aspinwall L. G. (2003). Emotion regulation across the life-span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion, 27,* 125–156.

Diener, E., Sapyta, J. J. & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry, 9*(1), 33-37.

Dolcos, S., Katsumi, Y. & Dixon, R. (2014). The role of arousal in the spontaneous regulation of emotions in healthy aging: a fMRI investigation. *Frontiers in Psychology, 5*(681), 1–12.

Doss, B. D., Mitchell, A., Georgia, E. J., Biesen, J. N. & Rowe, L. S. (2015). Improvements in closeness, communication, and psychological distress mediate effects of couple therapy for veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 405-415.

Doss, B., Thum, Y., Sevier, M., Atkins, D. & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 624–633.

Dougherty, L. M., Abe, J. A. & Izard, C. E. (1996). Differential Emotions Theory and Emotional Development in Adulthood and Later Life. In C. Magai & S. H. McFadden (Hrsg.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (S. 27-41). San Diego: Academic Press.

Dreisbach, G. (2008). Wie Stimmungen unser Denken beeinflussen. *Report Psychologie, 33*(6), 289–298.

Dresing, T. & Pehl, T. (2011). Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. Marburg. Zugriff 11.06.2016, www.audiotranskription.de/praxisbuch

Duncan, B. L. & Reese, R. (2013). Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. In I. Weiner (Hrsg.), Handbook of Psychology (2. Auflage, S. 489–513). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Dunn, R. L. & Schwebel, A. I. (1995). Meta analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*(1), 58–68.

Durham, R. C., Allan, T. & Hackett, C. A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 101-119.

Ebner, N. C., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging, 21*(4), 664–678.

Ehe-, Familien- und Lebensberatung der Diözese Würzburg (2018). Jahresbericht 2018. Zugriff am 16.05.2020, https://www.katholische-beratung.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Jahresberichte/Jahresbericht_Dioezese_Wuerzburg_2018.pdf

Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster (2019). Statistische Auswertung 2018, unveröffentlichtes Dokument.

Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster (2020). Statistische Auswertung 2019, unveröffentlichtes Dokument.

Ehe-, Familien- und Lebensberatung Erzdiözese München und Freising (2017). Ehe, Familie, Partnerschaft. Jahresbericht 2017. Zugriff am 16.05.2020, https://www.katholische-beratung.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Jahresberichte/EFL-Beratung_Jahresbericht_2017_Muenchen_Freising.pdf

Ekins, R. (2002). *Male femaling: A grounded theory approach to cross-dressing and sex-changing*. London: Routledge.

Ekman, P. (1970). Universal Facial Expressions of Emotions. *California Mental Health Research Digest, 8*(4), 151-158.

Ekman, P. & Friesen, W.V. (1986). A New Pan-Cultural Facial Expression of Emotion. *Motivation and Emotion, 10*, 159-168.

Eldridge, K. A. & Christensen, A. (2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. In P. Noller & J. A. Feeney (Hrsg.), *Understanding marriage: Developments in the study of couple interaction* (S. 289–322). New York: Cambridge University Press.

Eldridge, K. A., Cencirulo, J. & Edwards, E. (2017). Demand-withdraw patterns of communication in couple relationships. In Fitzgerald, J. (Hrsg.), *Foundations for couples therapy: Research for the real world* (S. 112–122). New York: Routledge.

Eldridge, K. A., Jones, J., Andrew, C., Sevier, M. & Atkins, D. C. (2007). Demand-withdraw communication in severely distressed, moderately distressed, and nondistressed couples: Rigidity and polarity during relationship and personal problem discussions. Journal of Family Psychology, 21, 218-226.

Eng, W. & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 380-387.

Engl, J., Keil-Ochsner, A. & Thurmaier, F. (2004). Ehe-, Familien- und Lebensberatung und empirische Erfolgskontrolle – ein ausbaubares Verhältnis. *Beratung Aktuell, 4*, 1-16.

Engl, J. & Thurmaier, F. (2004). *KOMKOM-KOMmunikations-KOMpetenz-Training in der Paarberatung. Kurz- und langfristige Effekte*. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.

English, T. & Carstensen, L. L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International Journal of Behavioral Development, 38*(2), 195-202.

Erikson, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Erikson, E. H. (2005). *Der vollständige Lebenszyklus.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fang, C., Manne, S. & Pape, S. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology, 20*, 452–457.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7,* 117– 140.

Fiedler, P. (2007). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim: Beltz-PVU.

Fiedler, P. (2010). *Sexualität*. Stuttgart: Reclam.

Filipp, S.-H. (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.

Fincham, F. & Beach, S. R. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 47-77.

Fincham, F. & Beach, S. (2010). Marriage in the New Millennium: A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family, 72*, 630–649.

Fincham, F., Beach, S. R. & Kemp-Fincham, S. I. (1997). Marital quality: A new theoretical perspective. In R. Sternberg & M. Hojjat (Hrsg.), *Satisfaction in close relationships* (S. 275–304). New York: Guilford.

Fincham, F. & Rogge, R. (2010). Understanding relationship quality: Theoretical challenges and new tools for assessment. *Journal of Family Theory and Review, 2*, 227–242.

Fiske, V., Coyne, J. & Smith, D. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychology, 5*(1), 4-20.

Flammer, A. (2009). *Entwicklungstheorien: Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Huber.

Fletcher, G. J. & Kerr, P. S. (2010). Through the eyes of love: reality and illusion in intimate relationships. *Psychological Bulletin, 136*(4), 627-58.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other Press.

Fooken, I. (1990). Zur Intimitätsentwicklung älterer Ehepaare aus der Perspektive der Lebensspanne. In: R. Schmitz-Scherzer et al. (Hrsg.), *Altern - Ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion* (S. 209-221). Darmstadt: Steinkopff.

Fooken, I. (1995). Geschlechterdifferenz oder Altersandrogynität? Zur Beziehungsentwicklung in langjährigen Ehebeziehungen. In: A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 231–239). Darmstadt: Steinkopff.

Fooken, I. (2005). Eros und Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (S. 715–738. Göttingen: Hogrefe.

Ford, D. H. & Lerner, R. M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Fox, M., Martin, P. & Green, G. (2007). *Doing practitioner research*. London: Sage Publications.

Freund, A. M. (Hrsg.). (2007). *Selektion, Optimierung und Kompensation im Kontext persönlicher Ziele: Das SOK-Modell*. Stuttgart: Kohlhammer.

Freund, A. & Baltes, P. B. (2005). Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Filipp & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters,* Enzyklopädie der Psychologie, Serie Entwicklungspsychologie, Bd. 6 (S. 35-78). Göttingen: Hogrefe.

Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development, 5*, 94-106.

Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 642–662.

Freund A. M., Nikitin, J. & Ritter, J. O. (2009). Psychological consequences of longeivity. *Human Development, 52*, 1-37.

Freund, A. M., Weiss, D. & Nikitin, J. (2014). Modelle der Handlungsmotivation zur erfolgreichen Entwicklung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie* (S. 282-309). Berlin: Springer.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1988). The Laws of Emotion. *American Psychologist, 43*(5), 349-358.

Frijda, N. H. (1994). *Emotions and cultural products*. Amsterdam: Elsevier.

Frijda, N. H. (2013). Comment: The Why, When, and How of Appraisal. *Emotion Review, 5*(2), 169-170.

Frijda, N. H. & Parrott, W.G. (2011). Basic Emotions or Ur-Emotions? *Emotion Review, 3*(4), 406-415.

Frisch, J., Aguilar-Raab, C. & Eckstein, M. (2017). Einfluss von Paarinteraktion auf die Gesundheit. Implikationen für die Psychotherapie. *Psychotherapeut, 62*(1), 59–76.

Fung, H. H., Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans. Implications for socioemotional selectivity across the life span. *The international journal of aging & human development: a journal of psychological gerontology, 52*(3), 185-206.

Fung, H. H., Carstensen, L. L. & Lutz, A. (1999). Influence of time on social preferences: Implications for life-span development. *Psychology and aging, 14*(4), 595-604.

Fydrich, T. (2018). Evidenzbasierung in der Psychotherapie. *Familiendynamik, 43*(4), 268–279.

Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Diagnostik: Klinische Sozialarbeit*, Band 5 (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Gagliardi, S., Bodenmann, G., Heinrichs, N., Bertoni, A. M., Iafrate, R. & Donato, S. (2013). Unterschiede in der Partnerschaftsqualität und im dyadischen Coping bei verschiedenen bindungsbezogenen Paartypen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 63*(05), 185-192.

Galinsky, A. (2012). Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U.S. older adults. *Archives of Sexual behavior, 41*(4), 875 – 890.

Gergen, K. & Gergen, M. (2009). *Einführung in den sozialen Konstruktionismus*. Heidelberg: Carl Auer.

Gerstorf, D., Hoppmann, C. A., Kadlec, K. M. & McArdle, J. J. (2009). Memory and depressive symptoms are dynamically linked among married couples: Longitudinal evidence from the AHEAD study. *Developmental Psychology, 45*, 1595–1610.

Gerstorf, D., Ram, N., Estabrook, R., Schupp, J., Wagner, G.G., Lindenberger, U. (2008). Life satisfaction shows terminal decline in old age: Longitudinal evidence from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP). *Developmental Psychology*, *44,* 1148–1159.

Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology, 5*, 243–251.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1979): Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: C. Hopf & E. Weingarten Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung* (S. 91–111). Stuttgart: Klett-Cotta.

Gläser, J., Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Wiesbaden: VS.

Glinka, K. & Godde, B. (2011). Emotionen und Altern. *Zeitschrift Für Medizinische Psychologie, 20*(4), 159-169.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine, 56*, 1617–1628.

Gottman, J. M. & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: a longitudinal view. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(1), 47 -52.

Gottman, J. M. & Levenson, R. W. (1999). How Stable Is Marital Interaction Over Time? *Family process, 38*(2), 159-165.

Gottman, J., Markman, H. & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: a sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family, 39*, 461 – 477.

Gottman, J. & Notarius, C. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 927–947.

Gottman, J. & Silver, N. (2004). *Die sieben Geheimnisse der glücklichen Ehe*. Berlin: Ullstein.

Gouin, J.-P., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W., Stowell, J., Houts, C. & Kiecolt-Glaser, J. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity, 23*, 898-904.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.

Grau, I. (2003). Emotionale Nähe. In I. Grau & H. -W. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft*. Berlin: Springer.

Green, D. P., Salovey, P. & Truax, K. M. (1999). Static, dynamic, and causative bipolarity of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(5), 856-867.

Greenberg, L. S., James, P. S. & Conry, R. F. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology, 2*, 5–23.

Greenberg, L.S. & Johnson, S. (1986). Affect in marital therapy. Journal of Marital and *Family Therapy, 12*(1), 1-10.

Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L., Warwar, S. & Malcom, W. (2010). Emotion-focused couple therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(1), 28-42.

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology, 74*(1), 224-237.

Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*(6), 214-219.

Gross, J. J. (Hrsg.). (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85,* 348-362.

Gruehn, D., Lumley, M. A., Diehl, M. & Labouvie-Vief, G. (2013). Time-Based Indicators of Emotional Complexity: Interrelations and Correlates. *Emotion, 13*(2), 226-237.

Gurman, A. S. (2008). *Clinical handbook of couple therapy* (4. Auflage). New York: Guilford Press.

Gurman, A.S. (2011). Couple Therapy Research and the Practice of Couple Therapy: Can We Talk? *Family Process, 50*, 280–292.

Gurman, A. S. & Fraenkel, P. (2002). The History of Couple Therapy: A Millennial Review. *Family Process, 41*(2), 199 – 260.

Haase, C., Heckhausen, J. & Wrosch, C. (2013). Developmental regulation across the life span: toward a new synthesis. *Developmental Psychology, 49*(5) 964 – 972.

Haase, C. M., Holley, S. R., Bloch, L., Verstaen, A. & Levenson, R. W. (2016). Interpersonal emotional behaviors and physical health: A 20-year longitudinal study of long-term married couples. *Emotion, 16*(7), 965-977.

Hahlweg, K. (1979). Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 8*, 17– 40.

Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD*). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K. (2016). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD): Partnerschaftsfragebogen PFB, Partnerschaftsfragebogen Kurzform PFB-K, Problemliste PL und Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft (FLP-R*) (2. neu normierte u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Haken, H. & Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.

Halford, W., Pepping, C. & Petch, J. (2016). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*, 32-44.

Halford, W. & Snyder, D. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy, 43*, 1–12.

Hammerschmidt, H. (2000). *Kontinuität und Veränderung in langjährigen Ehen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. München: Utz.

Hantel-Quitmann, W. (2013). *Basiswissen Familienpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hargens, J. (Hrsg.). (2005). *"…und mir hat geholfen…" Psychotherapeutische Arbeit - was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Harper, J. & Sandberg, J. (2009). Depression and communication processes in later life marriages. *Aging & Mental Health, 13*, 546-556.

Hassebrauck, M. (2002). *Warum wir aufeinander fliegen*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

Hatfield, E. (1996). *Love and sex. Cross-cultural perspectives*. Boston: Allyn and Bacon.

Hauser, R. (2005). Survey response in the long run: The Wisconsin Longitudinal Study. *Field Methods, 17*, 3–29.

Hautzinger, M. (2012). Volkskrankheit Depression. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S.25-30). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Hautzinger M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz Test.

Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala. Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.

Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln.* (2. Auflage). Berlin: Springer.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. International *Journal of Behavioral Development, 16*, 287–303.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. International *Journal of Behavioral Development, 16*, 287–303.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*, 284–304.

Heckhausen, J., Wrosch, C. & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review, 117*(1), 32-60.

Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut, 50*(5), 357-366.

Heffner, K., Kiecolt-Glaser, J., Loving, T., Glaser, R. & Malarkey, W. (2004). Spousal support satisfaction as a modifier of physiological responses to marital conflict in younger and older Couples. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(3), 233–254.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Helson, R. & Srivastava, S. (2001). Three paths of adult development: Conservers, seekers, and achievers. *Journal of Personality and Social Psychology, 80,* 995-1010.

Henning, A. (2012). *Make love*. Berlin: Rogner & Bernhard.

Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM) – A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment, 16*(3), 150-159.

Heuft, G. (1994). Persönlichkeitsentwicklung im Alter – ein psychologisches Entwicklungsparadigma. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 27*, 116–121.

Heuft, G. (2012). Besonderheiten bei der psychodynamischen Psychotherapie älterer und alter Menschen. In: C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien* (S. 147-162). Berlin: Springer.

Hewison, D., Casey, P. & Mwamba, N. (2016). The Effectiveness of Couple Therapy: Clinical Outcomes in a Naturalistic United Kingdom Setting. *Psychotherapy, 53*(4), 377–387.

Heyes, J. D. (2016). Superaging: why some 80 year olds have the memory capacity of 20 year olds. Zugriff am 15.11.2019, https://www.naturalnews.com/055886_memory_superagers_cognitive_research.html

Hildenbrand, B. (2008). Anselm Strauss. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S.32 – 42). Reinbek: Rowohlt.

Höpflinger, F. (2017). Third age and fourth age in ageing societies – divergent social and ethical discourses. In M. Schweda, L. Pfaller, K. Brauer, F. Adloff & S. Schicktanz (Hrsg.), *Planning Later Life. Bioethics and Public Health in Ageing Societies* (S.46-56). London: Routledge.

Holley, S. R. (2016). All forms of conflict withdrawal are not created equal. Paper presented at the Society for Personality and Social Psychology, San Diego, CA.

Holley, S., Haase, C. M. & Levenson, R. W. (2013). Age-related changes in demand-withdraw communication behaviors. *Journal of Marriage and Family, 75*, 822 – 836.

Holley, S., Sturm, V. & Levenson, R. W. (2010). Exploring the Basis for Gender Differences in the Demand-Withdraw Pattern. *Journal of Homosexuality, 57*, 666–684.

Holodynski, M. (2004). Die Entwicklung von Emotion und Ausdruck - vom biologischen zum kulturellen Erbe. *ZiF-Mitteilungen, 3*, 11-27.

Holodynski, M. (2014). Die Erforschung menschlicher Emotionen. In L. Ahnert (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie*. Berlin: Springer.

Holodynski, M. & Friedlmeier, W. (2006). *Emotionen - Entwicklung und Regulation*. Berlin: Springer.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. (2010). Social relationships and mortality: A meta-analysis. *PLoS Medicine, 7*, 1-20.

Hooley, J. M. (1986). Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 237-246.

Hooley, J. M. (2007). Expressed emotions and relaps of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 329-352.

Hoppmann, C. & Gerstorf, D. (2009). Spousal Interrelations in Old Age – A Mini-Review. *Gerontology, 55*, 449–459.

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psycho- therapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51*(10), 1059-1064.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller & S. D. (Hrsg.). (1999). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.

IntimAge (2016). Health and social care promotion materials that focus on intimacy and sexuality in the third age. Zugriff am 15.11.2019, http://etraining.intimage.gunet.gr/guidelines_en.pdf

Iveniuk, J., Waite, L. J., Laumann, E., McClintock, M. K. & Tiedt, A. D. (2014). Marital Conflict in Older Couples: Positivity, Personality, and Health. *Family Relations, 76*, 130–144.

Izard, C. E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C. E. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(3), 260-280.

Jain, E. & Labouvie-Vief, G. (2010). Compensatory effects of emotion avoidance in adult development. *Biological Psychology, 84*(3), 497-513.

Janssen, E., McBride, K., Yarber, W., Hill, B. & Butler, S. (2008). Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 252–265.

Jellouschek, H.& Kohaus-Jellouschek, M. (1993). Intensivseminare für Paargruppen. Eine effektive Form von Paar-Kurztherapie. *System Familie, 6*(2), S. 101-109.

Job, A.-K., Bodenmann, G., Baucom, D. H. & Hahlweg, K. (2014). Neuere Entwicklungen in der Prävention und Behandlung von Beziehungsproblemen bei Paaren: Aktueller Forschungsstand und zukünftige Herausforderungen. *Psychologische Rundschau, 65*, 11-23.

John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of personality, 72*(6), 1301-1334.

Johnson, S. (2009). *Praxis der emotionsfokussierten Paartherapie*. Paderborn, Junfermann.

Johnson, S. & Greenberg, L. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In: N. Jacobson & A. Gurman (Hrsg.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press, 121-141.

Johnson, S. & Lebow, J. (2000). The “coming of age” of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 23–38.

Joiner, T., Brown, J. & Kistner, J. (2006). *The interpersonal, cognitive and social nature of depression*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Jones, J., Christensen, A. & Jacobson, N. (2000). Integrative behavioral couple therapy. In: F. Dattilio & L. Bevilacqua (Hrsg.), *Comparative treatments for relationship dysfunction* (S. 186-209). New York: Spring Publishing Company.

Jopp, D. (2003). *Erfolgreiches Altern: Zum funktionalen Zusammenspiel von personalen Ressourcen und adaptiven Strategien des Lebensmanagements*. Dissertation, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.

Jorm, A. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine, 30*, 11–22.

Kaiser, P. (2000). *Partnerschaft und Paartherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Kaluza, G. (2012). *Gelassen und sicher im Stress*. Berlin: Springer Verlag.

Kamp Dush, C. M., Taylor, M. G. & Kroeger, R. A. (2008). Marital Happiness and Psychological Well-Being Across the Life Course. *Family Relations, 57*, 211–226.

Karney, B. R. & Bradbury, T. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychological Bulletin, 118*, 3-34.

Karney, B. R., Story, L. B. & Bradbury, T. N. (2005). Chronic and acute stress among newlyweds. In T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Hrsg.), *Couples coping with stress* (S.13–32). Washington, DC: American Psychological Association.

Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung (Hrsg.). (1999). Einheitliche Statistik 1997 (S. 21-25). Informationsdienst Nr. 53/99. Bonn: Eigenverlag.

Katholische Bundeskonferenz Ehe-, Familien- und Lebensberatung (KBKEFL) (n.d.). *Struktur.* Zugriff am 23.11.2019,

https://www.katholische-onlineberatung.de/index.php?id=13&size=%252520%252520%25252Findex.php%25253Fort%25253Dhttp%25253A%25252Fforeve.lv%25252Finx%252

52Ffx29id1.txt%25253F%25253F%25253Fhost%25253Dwww.katholische-beratung.de

Katholische Bundeskonferenz Ehe-, Familien- und Lebensberatung (KBKEFL) (n.d.). Finanzierung. Zugriff am 12.01.2020, https://www.katholische-onlineberatung.de/index.php?id=72

Kayser, K., Watson, L. E. & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a «We-Disease»: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health 25*(4), 404-418.

Kennedy, Q., Mather, M. & Carstensen, L. L. (2004). The Role of Motivation in the Age-Related Positivity Effect in Autobiographical Memory. *Psychological Science, 15*(3), 208-214.

Kessler, E.-M., Lindenberger, U. & Staudinger, U. (2009). Stichwort: Entwicklung im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 12*(3), 361-381.

Kessler, R., Birnbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. et al. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety, 27*, 4, 351–364.

Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J., MacCallum, R., Snydersmith, M., Kim, C. et al. (1997). Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicin, 59*, 339 – 349.

Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J.-P.& Hantsoo, L. (2010). Close relationships, inflammation and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*, 33-38.

Kiecolt-Glaser J. K. & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psycholog-ical Bulletin. 127*, 472–503.

King, D. B., O'Rourke, N., Canham, S. L. & Cobb, R. (2018). Reciprocal effects of life satisfaction and depressive symptoms within long-wed couples over time. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 73*(3), 363-371.

Kirsch, H., Brockmann, J. & Taubner, S. (2016). *Praxis des Mentalisierens*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Klann, N. (2002). *Institutionelle Beratung – ein erfolgreiches Angebot. Von den Beratungs- und Therapieschulen zur klientenorientierten Intervention. Feldstudie zur Ergebnisqualität in der Partnerschafts- und Eheberatung*. Freiburg: Lambertus.

Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). *Beratungsbegleitende Forschung - Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Klann, N. & Hahlweg, K. (1995). Erhebung über die Wirksamkeit von Eheberatung. *System Familie, 8*, 66-74.

Klann, N., Hahlweg, K. & Heinrichs, N. (2003). *Diagnostische Verfahren für die Bera-tung. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung* (2., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H. & Kroeger, C. (2011). The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication Study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(2), 200–208.

Klann, N., Hahlweg, K., Bell, M., Engl, J., Liebscher, R. & Schröder, B. (1994). *Beratungsbegleitende Forschung - Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen*. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Band 48.1. Stuttgart: Kohlhammer.

Klann, N., Hahlweg, K., Limbird, C. & Snyder, D. K. (2006). *Einschätzung von Partnerschaft und Familie EPF. Manual für die deutsche Form des "Marital Satisfaction Inventory - Revised MSI-R" von Snyder (1997)*. Göttingen: Hogrefe.

Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion, 5*(4), 345-379.

Kliegel, M., Zinke, K. & Hering, A. (2012). Plastizität. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer &. J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2. Auflage, S. 72-77). Stuttgart: Kohlhammer.

Knight, M., Seymour, T. L., Gaunt, J., Baker, C., Nesmith, K. & Mather, M. (2007). Aging and goal-directed emotional attention: Distraction reverses emotional biases. *Emotion, 7*(4), 705-714.

Koerner, K. & Castonguay, L.G. (2015). Practice-oriented research: What it takes to do collaborative research in private practice. *Psychotherapy Research, 25*, 67-83.

Köllner, V.& Söllner, W. (2016). Mobbing am Arbeitsplatz – Erklärungsmodelle, Diffe-renzialdiagnostik und resultierende Gesundheitsfolgen. *Klinikarzt, 45*(01), 20-25.

Kolodej, C., Klug, A. & Kallus, W. (2012). Mobbinghandlungen bei KundInnen einer Mobbingberatungsstelle in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. *Journal für Psychologie, 20*(2), 1-28. Zugriff am 20.10.2016, https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/226/267

Kotte, S. & Taubner, S. (2017). Mentalisierung in der Teamsupervision. *Blickpunkt EFL-Beratung, 38*, 53-63.

Kray, J. & Lindenberger, U. (2000). Adult age differences in task switching. *Psychology and Aging, 15*, 126-147.

Krettenauer, T. (2014). Der Entwicklungsbegriff in der Psychologie. In L. Ahnert (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie*. Berlin: Springer.

Kriz, J. (2018). Rückkehr zum wissenschaftlichen Diskurs. Kommentar zum Beitrag von Thomas Fydrich. *Familiendynamik, 43*, 280–285.

Kröger, C., Hahlweg, K. & Klann, N. (2007). Welche Auswirkungen hat Ehe- und Paarberatung auf die Sexualität und die sexuelle Zufriedenheit? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36*(2), 121–127.

Kröger, C., Haslbeck, A., Sanders, R., Dahlinger, K. & Teglas, P. (2007). Empirische Forschung in der Katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung: Purer Luxus oder dringende Notwendigkeit? *Beratung Aktuell, 2*, 1-12.

Kröger, C. & Klann, N. (2004). Ausfall- und Abbruchgründe in der Beratungsbegleitenden Forschung. *Beratung Aktuell, 5*, 216-232.

Kröger, C., Klann, N., Hahlweg, K. & Baucom, D. H. (2005). Beratungsbegleitende Forschung: Ein Zugang zur Wirksamkeit von Paarberatung unter Feldbedingungen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 37*, 531–539.

Kröger, C. & Sanders, R. (2005). Paarberatung in und mit Gruppen – eine wirksame Intervention? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*, 47–53.

Kröger, C., Wilbertz, N. & Klann, N. (2003). Wie wirksam ist Ehe- und Paarberatung? Ergebnisqualitätssicherung in den katholischen Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen. *Beratung Aktuell, 4*, 136-157.

Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146, Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz.

Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. (2. aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U. (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstüt-zung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kunzmann, U. & Grühn, D. (2005). Age Differences in Emotional Reactivity - The Sample Case of Sadness. *Psychology and aging, 20*(1), 47-59.

Kunzmann, U., Kappes, C. & Wrosch, C. (2014). Emotional aging: a discrete emotions perspective. *Frontiers in Psychology*, *5*, 380, 1-5.

Kunzmann, U., Richter, D. & Schmukle, S. C. (2013). Stability and Change in Affective Experience Across the Adult Life Span: Analyses With a National Sample From Germany. *Emotion, 13*(6), 1086-1095.

Kunzmann, U. & Thomas, S. (2014). Multidirectional age differences in anger and sadness. *Psychology and aging, 29*(1), 16-27.

Laan, E. & van Lunsen, R. (1997). Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 18*(2), 126–133.

Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic Integration: Affect, Cognition, and the Self in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science, 12*(6), 201-206.

Labouvie-Vief, G. (2009). Cognition and equilibrium regulation in development and aging. *Restorative Neurology and Neuroscience, 27*(5), 551-565.

Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E. & Zhang, F. (2007). Six-year change in affect optimization and affect complexity across the adult life span: a further examination. *Psychology and aging, 22*(4), 738–751.

Labouvie-Vief, G. & Márquez, M. (2004). Integrative perspectives on intellectual functioning and development. In D. Dai & R. Sternberg (Hrsg.), *Motivation, emotion, and cognition* (S. 237-272). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Labouvie-Vief, G. & Medler, M. (2002). Affect optimization and affect complexity: modes and styles of regulation in adulthood. *Psychology and Aging, 17*(4), 571-588.

Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Methodologie. Bd. 1* (3. korr. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Landis, M., Bodenmann, G., Bradbury, T., Brandstätter, V., Peter-Wight, M., Backes, S., Sutter-Stickel, D. & Nussbeck, F. (2014). Commitment and Dyadic Coping in Long-Term Relationships. *GeroPsych 27*(4), 139-149.

Lang, F. R. (2001). Regulation of Social Relationships in Later Adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(6), P321-P326.

Lang, F. R. (2003). Die Gestaltung und Regulation sozialer Beziehungen im Lebenslauf: Eine entwicklungspsychologische Perspektive. *Berliner Journal für Soziologie, 13*(2), 175-195.

Lang, F. R. (2007). Motivation, Selbstverantwortung und Beziehungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In H.-W. Wahl & H. Mollenkopf (Hrsg.), *Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum* (S.307-322). Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft.

Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9*, 315– 324

Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and aging, 17*(1), 125-139.

Lang, F. R., Featherman, D. L. & Nesselroade, J. R. (1997). Social Self-efficacy and Short-term Variability in Social Relationships: The MacArthur Successful Aging Studies, *Psychology and Aging, 12*, 657-666.

Lang, F. R. & Fingerman, K. L. (Hrsg.). (2004). *Growing together: Personal relationships across the lifespan.* New York: Cambridge University Press.

Lang, F. R., Neyer, F. J. & Asendorpf, J. B. (2005). Entwicklung und Gestaltung sozialer Beziehungen. *Enzyklopädie der Psychologie, 100*, 377-416.

Lang, F. R., Staudinger, U. M. & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socioemotional selectivity in late life: how personality and social context do (and do not) make a difference. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences \& Social Sciences, 53*(1), P21-9.

Langfeldt, H.-P. & Nothdurft, W. (2007). *Psychologische Grundlagen und Perspektiven für die Soziale Arbeit.* München: Ernst Reinhardt.

Larson, R. W. & Almeida, D. M. (1999). Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm for studying family process. *Journal of Marriage and the Family, 61*, 5–20.

Law, D. & Crane, D. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy, 26(*3), 281-291.

Law, D. D., Crane, D., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, martial, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(3), 353-363.

Lawton, M. P. (2001). Emotion in Later Life. *Current Directions in Psychological Science, 10*(4), 120-123.

Lazarus, R. S. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist, 55*(6), 665-674.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lebow, J. L. (2006). *Research for the Psychotherapist*. New York: Routledge.

Lebow, J. L. (2013). Editorial: DSM-V and Family Therapy. *Family process, 52*(2), 155-160.

Lebow, J. L. (2014). *Couple and Family Therapy. An Integrative Map of the Territory*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Lebow, J. L. (2017). Editorial: Emerging Principles of Practice in Couple and Family therapy. *Family Process, 56*(3), 535-539.

Lebow, J. L. (2019). Current Issues in the Practice of Integrative Couple and Family Therapy. *Family Process, 58*(3), 610-628.

Lebow, J. L., Chambers, A. & Breunlin, D. C. (Hrsg.). (2019). *Encyclopedia of couple and family therapy*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.

Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A. & Johnson, S. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of marital and family therapy, 38*, 145-168.

Lebow, J. L. & Jenkins, P. (2018). *Research for the psychotherapist: from science to practice*. New York: Routledge.

Lecky, P. (1949). *Self-consistency: a theory of personality*. Garden City, New York: Doubleday.

Lederman, T., Bodenmann, G., Rudaz, M. & Bradbury, T. (2010). Stress, Communication and Marital Quality in Couples. *Family Relations, 59*, 195 – 206.

Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11. korrigierte Auflage). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Lehr, U. & Thomae, H. B. (2000). *Psychologie des Alterns* (9., neubearb. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle u. Meyer.

Lerner, R. M. & Busch-Rossnagel, M. A. (1981). *Individuals as producers of their development: A Life span perspective.* New York: Academic Press.

Lerner, R. M., Lamb, M. E. & Freund, A. M. (Hrsg.). (2010). Handbook of lifespan developmental psychology. (Vol. 2). New York, NY: John Wiley.

Levenson, R. W. (2000). Expressive, physiological, and subjective changes in emotion across adulthood. In S. H. Qualls & N. Abeles (Hrsg.), *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life* (S. 123–140). Washington, DC: American Psychological Association.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L. & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging, 8*(2), 301-313.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L. & Gottman, J. M. (1994). Influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 56–68.

Levenson R. W. & Gottman J. (1983). Marital interaction: Physiological linkage and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(3), 587–597.

Levenson, R. W. & Gottman, J. (1985). Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*(1), 85 – 94.

Levenson, R. W., Haase, C., Bloch, L., Holley, S. & Seider, B. (2013). Emotion regulation in couples. In: J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 267-283). New York: Guilford Press.

Lewis, M. D. (2005). Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling. *Behavioral and Brain Sciences, 28*, 169–245.

Li, S.-C. (2006). Biocultural co-construction of lifespan development. In P. B. Baltes, P. A. Reuter-Lorenz & F. Rösler (Hrsg.), *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co-constructivism* (S.40-58). Cambridge: Cambridge University Press.

Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the united states. *New England Journal of Medicine, 357*(8), 762–774.

Lindenberger, U. & Schaefer, S. (2008). Erwachsenenalter und Alter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.) (S. 366-409). Weinheim: Beltz PVU.

Lindenberger, U., Smith, J., Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.). (2010). *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.

Liu, S., Rovine, M., Klein, L. & Almeida, D. (2013). Synchrony of Diurnal Cortisol Pattern in Couples. *Journal of Family Psychology, 27*(4), 579–588.

Löckenhoff, C. E. & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of personality, 72*(6), 1395-1424.

Lowenstein, A. & Carmel, S. (2009). The construction of knowledge: A new gerontological education paradigm. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S. 707-719). New York: Springer Publishing Company.

Lundblad, A. & Hansson, K. (2006). Couples therapy: Effectiveness of treatment and longterm follow-up. *Journal of Family Therapy, 28*(2), 136–152.

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2011). Assessment of mentalization. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (S.43-65*).* Washington DC: American Psychiatric Pub.

Maake, C. (2005) Biologische Grundlagen der Sexualität. In C. Buddeberg (Hrsg.), *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater* (S.19–29). Stuttgart: Thieme.

Maercker, A. (2015). Psychologie des höheren Lebensalters. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S.3–42.) Berlin: Springer.

Magai, C., Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., McPherson, R. & Kudadjie-Gyamfi, E. (2006). Emotion experience and expression across the adult lifespan: Insights from a multi-modal assessment study. *Psychology & Aging, 21*(2), 303-317.

Mares, M.-L. & Fitzpatrick, M. (2004). Communication in relationships of older people. In: J. Nussbaum & J. Coupland. *Handbook of communication and aging research* (S. 231 – 249). Mahwah, New Jersey: Laurence Erlbaum Ass.

Margelisch, K. & Perrig-Chiello, P. (2016). Forschungsdossier 3.Erhebungswelle: Beziehungen im späteren Leben. Ergebnisse der 3.Befragung. LIVES Research Dossier, Universität Bern. Zugriff am 28.01.2018, https://boris.unibe.ch/89325/1/IP_212_DossierWelle3_161016.pdf.

Margelisch, K., Schneewind, K., Violette, J. & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: Variability and continuity in

long-term continuously married older persons. *Aging and Mental Health, 21*(4), 389-398.

Martin, M. & Kliegel, M. (2010). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Martin, P., Ettrich, K. U., Lehr, U., Roether, D., Martin, M. & Fischer-Cyrulies, A. (2000). *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. Darmstadt: Steinkopff.

Masters, W. & Johnson, V. (1981). Sex and the aging process. *Journal of American geriatrics Society, 29*, 385 – 390.

Mather, M., Canli, T., English, T., Whitfield, S., Wais, P., Ochsner, K., Gabrieli, J. D. & Carstensen, L. L. (2004). Amygdala responses to emotionally valenced stimuli in older and younger adults. *Psychological Science, 15*(4), 259–263.

Mather, M. & Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological science, 15*(5), 409-415.

Mather, M. & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends in cognitive sciences, 9*(10), 496-502.

Mattson, R., Rogge, R., Johnson, M., Davidson, E. & Fincham, F. (2013). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationships, 20*, 328–355.

Mayne, T. J. (1999). Negative affect and health: the importance of being earnest. *Cognition and Emotion, 13*, 601–635.

Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung, 2*(1), Art. 6. Zugriff am 3.01.2020, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010162

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2007). Designs in qualitativ orientierter Forschung, *Journal für Psychologie, 15*(2), 1-10.

Mayring, P. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Reinbek: Beltz.

McAdams, D. P. (1980). A thematic codingsystem for the intimacy motive. *Journal of Research in Personality*, *14*, 413-432.

McClelland, D. C. (1951). *Personality.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance

Brain Research, 886, 172–189.

Metcalfe, J. & Mischel, W. (1999). A Hot/Cool-System Analysis of Delay of Gratification: Dynamics Willpower Self Control. *Psychological Review, 106*(1), 3-20.

Merbach, M., Beutel, M. & Brähler, E. (2003). Sexualität des alternden Mannes. *BZgA FORUM 1/2*, 7-11.

Mey, G. & Mruck, K. (2011). Qualitative Interviews. In G. Naderer & E. Balzer (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen, Methoden und Anwendungen* (S. 258-288). Wiesbaden: Gabler.

Mikulincer, M. & Shaver, P. (2004). Attachment theory, inividual psychodynamics and relationship functioning. In A. Vangelisti & D. Perlman (Hrsg.), The Cambridge Handbook of personal relationships (S.251-272). New York: Cambridge University Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P. (2008). Adult attachment und affect regulation. In: J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment – Theory, research and clinical application* (S. 503-531). New York: Guilford Press.

Mienaltowski, A. (2011). Everyday problem solving across the adult life span: solution diversity and efficacy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1235*, 75-85.

Miller, S. & Byers, E. (2004). Actual and desired duration of foreplay and intercourse: Discordance and misperceptions within heterosexual couples. *Journal of Sex Research, 42*, 301-309.

Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R. & Frijda, N. H. (2013). Appraisal Theories of Emotion: State of the Art and Future Development. *Emotion Review, 5*(2), 119-124.

Mroczek, D. K. & Almeida, D. M. (2004). The effect of daily stress, personality, and age on daily negative affect. *Journal of Personality, 72*, 355–378.

Müller, B., Nienaber, C., Reis, O., Kropp, P. & Meyer, W. (2014). Sexuality and Affection among Elderly German Men and Women in Long-Term Relationships: Results of a Prospective Population-Based Study. *PloS one, 9*(11), e111404. Zugriff 3.01.2020 über https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111404

Murphy, N. A. & Isaacowitz, D. M. (2008). Preferences for emotional information in older and younger adults: A meta-analysis of memory and attention tasks. *Psychology and aging, 23*(2), 263-286.

Nawratil, U. & Schönhagen, P. (2009). Die qualitative Inhaltsanalyse. In H. Wagner, P. Schönhagen, U. Nawratil & H. Starkulla (Hrsg.), *Qualitative Methoden in der Kommunikationswissenschaft* (S.330-346). München: Verlag Reinhard Fischer.

Neff, L. A. & Karney, B. R. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(2), 134-148.

Neff, L. A. & Karney, B. R. (2005). To know you is to love you: The implications of global adoration and specific accuracy for marital relationships. *Journal of Personality and Social Personality, 88*, 480-497.

Neupert, S. D., Almeida, D. M. & Charles, S. T. (2007). Age Differences in Reactivity to Daily Stressors: The Role of Personal Control. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(4), P216-P225.

Nowossadeck, S., Engstler, H. (2013). Familie und Partnerschaft im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen. *Report Altersdaten 3.* Berlin. Zugriff am 11.06.2017,

https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_3_2013_PW.pdf

Nussbeck, F., Hilpert, P. & Bodenmann, G. (2012). Der Zusammenhang von positivem und negativem Interaktionsverhalten in der Partnerschaft mit Partnerschaftszufriedenheit und Trennungsabsichten. *Zeitschrift für Familienforschung, 24*(1), 85-103.

Nuttbrock, L. (2015). Cross-dressing. In A. Bolin and P. Whelehan (Hrsg.), *The International Encyclopedia of Human Sexuality*. https://doi.org/10.1002/9781118896877.wbiehs107

Ochs, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttin-gen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ochsner, K. N. &Gross, J. J. (2007). The neural architecture of emotion regulation. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of Emotion Regulation (*S. 87–109). New York: Guilford Press.

Ong, A. D. & Bergeman, C. S. (2004). The Complexity of Emotions in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59*(3), 117-122.

Opitz, P., Lee, I., Gross, J. & Urry, H. (2014). Fluid cognitive ability is a resource for successful emotion regulation in older and younger adults. *Frontiers in Psychology, 5*, 609, 1-13.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307–389). New York: Wiley.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. the foundations of human and animal emotions.* New York u. a.: Oxford University Press.

Panksepp, J. (2008). Cognitive Conceptualism - Where Have All the Affects Gone? Additional Corrections for Barrett et al. (2007). *Perspectives on Psychological Science, 3*(4), 305–308.

Papp, L. M., Kouros, C. D. & Cummings, E. M. (2009). Demand-withdraw patterns in marital conflict in the home. *Personal Relationships, 16*(2), 285-300.

Patterson, G. R. & Hops, H. (1972). Coercion, a game for two: Intervention techniques for marital conflict. In R. E. Ulrich & P. Mountjoy (Hrsg.), *The experimental analysis of social behavior* (S.424–440). New York: Appleton-Century-Crofts.

Patterson, G. R., Hops, H. & Weiß, R. L. (1975). Interpersonal skills training for couples in early stages of conflict. *Journal of Marriage and the Family, 37*, 295–303.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and evaluation methods*. Los Angeles: Sage.

Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

Perrig-Chiello, P. (2017). *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist: Warum viele langjährige Partnerschaften zerbrechen und andere nicht*. Göttingen: Hogrefe.

Perrig-Chiello, P., Margelisch, K., Knöpfli, B., & Spahni, S. (2013). Forschungsdossier: Langjährig verheiratete Frauen und Männer - ein psychosoziales Portrait (S. 1–23). Bern: University of Bern. Zugriff 12.01.2020, https://www.lives-nccr.ch/en/publication/forschungsdossier-langjahrig-verheiratete-frauen-und-manner-ein-psychosoziales-portrait

Perrig-Chiello P., Perrig W., Uebelbacher, A. & Stähelin, H. (2006) Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4)470–482.

Perrig-Chiello, P., Margelisch, K., Zindel, M. & Mory, O. (2015). Forschungsdossier Langjährige Ehen - Ergebnisse der Längsschnittbefragung (2012 - 2014) NCCR LIVES, Universität Bern. Zugriff am 28.01.2018, https://www.lives-nccr.ch/en/publication/langjahrige-ehen-ergebnisse-der-langsschnittbefragung-2012-2014-n1593

Peters, M. (2014a). Strukturbezogene Psychotherapie mit hochaltrigen Patienten. *Psychotherapie im Alter, 2*, 24–30.

Peters, M. (2014b). Psychotherapie älterer Patienten. Auf dem Weg zu neuen Ufern. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 24–30.

Peters, M. (2015a). Affektregulation als Thema in der psychodynamischen Psychothe-rapie Älterer. *Psychotherapie im Alter, 12*(2), 189-203.

Peters, M. (2015b). Affekt und Bindung in der Psychotherapie Älterer. *Psychotherapeut, 60*, 225–231.

Phan, K., Wagner, T., Taylor, S. & Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage, 16*(2), 331-348.

Pietromonaco, P. R. & Collins, N. (2017). Interpersonal Mechanisms linking close Relationships to health. *American Psychologist, 72*(6), 531–542.

Pietromonaco, P. R., Greenwood, D. & Barrett, F. (2004). Conflict in adult close relationships – an attachment perspective. In: W. Rholes & J. Simpson (Hrsg.), *Adult attachment* (S. 267-299). New York: Guilford Press.

Pietromonaco, P. R., Uchino, B. N. & Dunkel-Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology, 32*(5), 499-513.

Pinsof, W. M. & Wynne, L. C. (1995). The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy, 2*, 341–343.

Plano Clark, V. L. & Creswell, J. W. (Hrsg.). (2008). *The mixed methods reader*. Los Angeles: Sage.

Plitt, H. (2017). „Wenn du denkst ich denk, dann denkst du nur ich denk" – Mentalisieren und Paarberatung. *Blickpunkt EFL-Beratung, 38*(1), 40-52.

Pressman, P., Noniyeva, Y., Bott, N., Dutt, S., Miller, B., Virginia Sturm, V. & Kramer, J. (2014). Longitudinal Volume Loss in Neuroanatomical Regions of Emotion Versus Cognition. *Neurology, 82*(10 Supplement) P2.161.

Proulx, C. M., Helms, H. M., Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 69*, 576–593.

Quindau, I. (2016). Silver Sex – Gibt es eine altersspezifische Sexualität? *Psychotherapie im Alter, 13*(3), 259–272.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.

Rammstedt, B., Spinath, F. M., Richter, D. & Schupp, J. (2013).

Partnership longevity and personality congruence in couples. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 832-835.

Re, S. (2010). *Liebe oder Lieblosigkeit? – Ein entwicklungspsychologischer Blick auf Partnerschaften im Alter*. Vortragsfolien U3L, Frankfurt, 23.5.2010.

Reed, A. E. & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, *339*, 1-9.

Reed, A. E., Chan, L. & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and aging, 29*(1), 1-15.

Reed, R., Randall, A., Post, J. & Butler, E. (2013). Partner influence and in-phase versus anti-phase physiological linkage in romantic couples. *International Journal of Psychophysiology, 88,* 309–316.

Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J. & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(4), 731-742.

Reese, R. J., Toland, M. D., Sloane, N. C. & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 616–630.

Reis, H.T. (2007). Steps toward the ripening of relationship science. *Personal Relationships, 14*(1), 1-23.

Reis, H. T., Aron, A., Clark, M. S. & Finkel, E. J. (2013). Ellen Berscheid, Elaine Hatfield, and the Emergence of Relationship Science. *Perspectives on Psychological Science, 8*(5), 558-572.

Reis, H.T., Collins, W.A. & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. *Psychological Bulletin, 126*(6), 844-872.

Retzer, A. (2002). Das Paar. Eine systemische Beschreibung intimer Komplexität. Teil 1. *Familiendynamik 27*(1), 5–42.

Retzer, A. (2002a). Das Paar. Eine systemische Beschreibung intimer Komplexität. Teil 2. *Familiendynamik 27*(2), 186–217.

Retzer, A. (2004). *Systemische Paartherapie. Konzepte - Methode – Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine, 16*(2), 122-130.

Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D. & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine, 33*, 807–813.

Riediger, M., Schmiedek, F., Wagner, G.G. & Lindenberger, U. (2009). Seeking Pleasure and Seeking Pain: Differences in Prohedonic and Contra-Hedonic Motivation From Adolescence to Old Age. *Psychological Science, 20*(12), 1529-1535.

Rieforth, J. & Graf, G. (2014). *Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie. Eine besondere Begegnung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Riehl-Emde, A. (2000). „Kann denn Liebe Sünde sein?"-Paarforschung und Paartherapie entdecken ein neues Gebiet. *Psychotherapie im Dialog, 1*(2), 76-80.

Riehl-Emde, A. (2002a). Paartherapie - Warum nicht auch für ältere Paare? *Familiendynamik, 27*(1), 43-75.

Riehl-Emde, A. (2002b). Paar- und Familientherapie mit älteren Menschen. In: M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 581–597*)*. Heidelberg: Springer.

Riehl-Emde, A. (2003). *Liebe im Fokus der Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Riehl- Emde, A. (2005). Eheliches Burn-out – Wo sind Lust und Liebe geblieben? *Psychotherapie im Alter, 7*(3), 49–64.

Riehl-Emde, A. (2006). Paartherapie für ältere Paare. State of the Art. *Psychotherapie im Alter, 4*, 9-35.

Riehl-Emde, A. (2012). Zur Sexualität von Paaren nach der Lebensmitte. *Psychosoziale Medizin, 1*(10), 70–75.

Riehl-Emde, A. (2014). *Wenn alte Liebe doch mal rostet. Paarberatung und Paartherapie für Ältere*. Stuttgart: Kohlhammer.

Riehl-Emde, A. (2015). Vom dritten zum vierten Lebensalter: Was gibt's Neues in der Therapie mit alternden Paaren? *Familiendynamik, 40*(4), 276–285.

Riehl-Emde, A. (2016a). Liebe – eine existentielle Beziehungsdimension im Alter. *Psychotherapie im Alter, 13*(3), 245-257.

Riehl-Emde, A. (2016b). Zufriedenheit und Wohlbefinden in der Langzeitehe - Paarbefragung im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. *Psychotherapeut*, *61*(1), 29–36.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2002) Gesundheit im Alter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 10. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Roberts, L. J. (2000). Fire and Ice in Marital Communication: Hostile and Distancing Behaviors as Predictors of Marital Distress. *Journal of Marriage and Family, 62*(3), 693-707.

Robles, T. & Kiecolt-Glaser, J. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior, 79*, 409–416.

Robles, T., Slatcher, R., Trombello, J. & McGinn, M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 140*, 140–187.

Röcke, C. & Brose, A. (2015). Affektives Wohlbefinden und Affektregulation m Erwachsenenalter. Von Stabilität, Variabilität und deren Zusammenspiel. *Psychotherapie im Alter, 12*(2), 153-169.

Roemer, L., Molina, S. & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 314-319.

Roesler, C. (2016). Paarbeziehung als Bindung und Emotionsfokussierte Paartherapie. *Psychotherapeut, 61*(1), 43–48.

Roesler, C. (2018). Die Wirksamkeit von Paartherapie. Teil 1: Eine Übersicht über den Stand der Forschung. *Familiendynamik, 43*(4), 332-341.

Rohmann, E., Küpper, B. & Schmohr, M. (2006). Wie stabil sind Bindungsangst und Bindungsvermeidung? Der Einfluss von Persönlichkeit und Beziehungsveränderungen auf die partnerbezogenen Bindungsdimensionen. *Zeitschrift für Familienforschung, 18*(1), S. 4-26.

Rook, K.S. (1997). Positive and Negative Social Exchanges: Weighing their Effects in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52B*(4), S167-S169.

Rook, K. S., Luong, G., Sorkin, D. H., Newsom, J. T. & Krause, N. (2012). Ambivalent Versus Problematic Social Ties: Implications for Psychological Health, Functional Health, and Interpersonal Coping. *Psychology and Aging, 27*(4), 912-923.

Rosemeier, H. (2001) Zur Psychologie des Klimakteriums. In H. Berberich & E. Brähler (Hrsg), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 61 – 85). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rosenthal, R. & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology, 52,* 59-82.

Rothermund, K. & Wentura, D. (2007). Altersnomen und Altersstereotype. In J. Brandstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 540–598). Stuttgart: Kohlhammer.

Rottländer, P. (2012). Impulse der mentalisierungsbasierten Familientherapie für die psychoanalytische Paar- und Familientherapie. *Psychoanalytische Familientherapie, Zeitschrift für Paar-, Familien- und Sozialtherapie*, 25(2), 83-106.

Rottländer, P. (2015). Mentalisieren in der Paartherapie. *Psychoanalytische Familientherapie, Zeitschrift für Paar-, Familien- und Sozialtherapie, 31*(2), 5-38.

Rottländer, P. (2017). Mentalisieren in der Paartherapie. *Blickpunkt EFL-Beratung, 38*, 23-39.

Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. Oswald, G. Gatterer & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.13-25). Wien: Springer.

Rusbult, C. E. & Zembrodt, I. M. (1983). Responses to dissatisfaction in romantic involvements: A multidimensional scaling analysis. *Journal of experimental social psychology, 19*(3), 274-293.

Russell, J. A. & Carroll, J. M. (1999). On the Bipolarity of Positive and Negative Affect. *Psychological Bulletin, 125*(1), 3-31.

Ryan, S., Hill, J., Thwaites, C. & Dawes, P. (2008). Assessing the effect of fibromyalgia on patients‘ sexual activity. *Nurs Stand, 23*(2), 17–23, 35–41.

Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2001). Introduction: Integrating emotion into the study of social relationship and health. In: C. D. Ryff & B. H. Singer (Hrsg.), *Emotion, social relationships and health* (S.3-22). New York: Oxford University Press.

Ryff, C. D., Singer, B. H., Wing, E. & Dienberg Love, G. (2001). Elective affinities and uninvited agonies – Mapping emotion with others onto health. In: C.D. Ryff & B.H. Singer (Hrsg.), *Emotion, social relationships and health* (S.133 – 188). New York: Oxford University Press.

Sager, C. J. (1966). The development of marriage therapy: An historical review. *American Journal of Orthopsychiatry, 36*, 458– 467.

Samanez-Larkin, G. R. & Carstensen, L. L. (2011). Socioemotional Functioning and the Aging Brain. In J. Decety & J. T. Cacioppo (Hrsg.), *Oxford Handbook of Social Neuroscience* (S. 507-521). New York: Oxford University Press.

Samanez-Larkin, G. R., Robertson, E. R., Mikels, J. A., Carstensen, L. L. & Gotlib, I. H. (2009). Selective attention to emotion in the aging brain. *Psychology and Aging, 24*(3), 519-529.

Sanbonmatsu, D. M., Uchino, B. N. & Birmingham, W. (2011). On the importance of knowing your partner's views: Attitude familiarity is associated with better interpersonal functioning and lower ambulatory blood pressure in daily life. *Annals of Behavioral Medicine, 41*, 131-137.

Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31-61). Berlin: Robert Koch-Institut.

Saxbe, D. & Repetti, R. (2010). For better or for worse? Coregulation of couples cortisollevels and mood states. *Journal of personality and Social Psychology, 98*, 92-103.

Sbarra, D. & Coan, J. (2018). Relationships and Health: The Critical Role of Affective Science. *Emotion Review*, *10*(1), 40-54.

Sbarra, D. & Hazan, C. (2008). Coregulation, dysregulation, self-regulation: An integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Personality and Social Psychology Review, 12*, 141–167.

Schär, M. (2010). *Wirksamkeit und Wirkungsweise von psychologischen Interventionen bei Paaren: Übersicht über den aktuellen Forschungsstand und fünf empirische Studien*. Dissertation, Universität Zürich (Schweiz), Philosophischen Fakultät.

Schär, M. (2016). *Paarberatung und Paartherapie, Partnerschaft zwischen Problemen und Ressourcen*. Berlin: Springer-Verlag.

Scheibe, S. (2010). Emotionsregulation: Strategien, neuronale Grundlagen und Altersveränderungen. In M. Reimann & B. Weber (Hrsg.), *Neuroökonomie* (S.59-84). Wiesbaden: Gabler.

Scheibe, S. & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 65B*(2), 135–144.

Scheibe, S., Scheppes, G. & Staudinger, U. (2015). Distract or Reappraise? Age-Related Differences in Emotion-Regulation Choice. *Emotion, 15*(6), 677–681.

Schiersmann, C. & Thiel, H.-U. (2012). Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen – eine Theorie jenseits von »Schulen« und »Formaten«. In C. Schiersmann & H.-U. Thiel (Hrsg.), *Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Empirische Studien zur Beratung von Personen und Organisationen auf der Basis der Synergetik* (S.14-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Schilling, O. (2003). *Längsschnittliche Analysen zur Entwicklung der Zufriedenheit im höheren Lebensalter*. Dissertation, Universität Heidelberg, Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften. Online-Veröffentlichung als pdf-Dokument: www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/4578

Schlude-Nießen, U. (2002). „... das machte mir Mut...“ Über die Dokumentation einer Nachbefragung an psychologischen Beratungsstellen. *Wege zum Menschen, 54*, 177-181.

Schmelzer, D. (2000) Scientist-Practitioner-Modell. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 614-615). Wien: Springer.

Schmidt, G. (2005). *Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen.* Gießen: psychosozial Verlag.

Schmidt, G. & Matthiesen, S. (2009). Beziehungsdauer und Leidenschaft. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2*, 15–18.

Schmidt-Blechta, U. (2009). Zusammenhänge erlebter Veränderung. Ergebnisse einer Nachbefragung von Klienten der EFL-Beratung in der Erzdiözese München und Freisin. *Beratung Aktuell, 3*, 4 – 21.

Schmitt, M. (2001). *Zur Bedeutung interpersonaler und beziehungsspezifischer Merkmale für die erlebte Ehequalität im mittleren Erwachsenenalter*. Frankfurt: Peter Lang.

Schmitt, M. & Re, S. (2004). Partnerschaften im höheren Erwachsenenalter. In: A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 373–386). Bern: Huber.

Schnarch, D. (2006). *Die Psychologie sexueller Leidenschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schneewind, K. & Grandegger, C. (2005). Familienbeziehungen im mittleren Erwachsenenalter. In S.-H. Filipp & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters.* Enzyklopädie der Psychologie, Serie Entwicklungspsychologie, Bd. 6 (S. 457-499). Göttingen: Hogrefe.

Schneewind, K. A., Wunderer, E. & Erkelenz, M. (2004). Beziehungskompetenzen und Beziehungsmuster in stabilen (Langzeit-)Ehen: Ausgewählte Ergebnisse des Münchner DFG-Projekts "Was hält Ehen zusammen?". *Journal Zeitschrift für Familienforschung*, *15*(3), 225-243.

Schneider, H.-D. (2000). Interdisziplinäre Perspektiven. In H.-. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 21-26). Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.

Scholl, E. & Klann, N. (2016). Begrenzte Wirksamkeit – Differenzierung tut not. *Familiendynamik, 3*, 252-256.

Schrader, C. (2005). Liebe Lust und andere Leidenschaften – Psychoanalytische Aspekte der Triebentwicklung im Alter. *Psychotherapie im Alter, 2*(3), 9–24.

Schreier, M. & Odag, Ö. (2010). Mixed methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263–277). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung 15*(1). Zugriff am 12.01.2020, http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3635

Schulz, K. (2008). Zur Bedeutung chronischer Belastung und sozialer Unterstützung für die Entwicklung körperlicher Erkrankungen. In V. Schumpelick & B. Vogel (Hrsg.), *Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft* (S. 527-552). Freiburg: Herder.

Schultz-Zehden, B. (1998). Sexuality in postmenopausal women. In P. Nijs & D. Richter (Hrsg.), *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology* (S. 65–89). Leuven/Belgium: Peeters Press.

Schultz-Zehden, B. (2003). Das Sexualleben der älteren Frau – ein tabuisiertes Thema? *BZgA FORUM* 1/2, 31–33.

Schultz-Zehden, B. (2013). Sexualität und Älterwerden. Zwischen Vorurteil, Tabu und Realität. *Psychotherapie im Dialog, 2*, 56–60.

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*(7), 702-714.

Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schweitzer J. & Ochs, M. (2016). „Systemisch Forschen“: Erkenntnistheoretische Fragen und forschungspraktische Leitlinien. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch*. Heidelberg: Carl Auer.

Seider, B. H., Shiota, M., Whalen, P. & Levenson, R. W. (2011). Greater sadness reactivity in late life. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 6*(2), 186-194.

Seiffge-Krenke, I. & Schneider, N. (2012). *Familie – nein danke?! Familienglück zwischen neuen Freiheiten und alten Pflichten.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sels, L., Ceulemans, E., Bulteel, K. & Kuppens, P. (2016). Emotional interdependence and well-being in close relationships. *Frontiers in Psychology, 7*(283), 1-13.

Sexton, T. L., Alexander, J. F. & Leigh Mease, A. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S.590- 646). New York: John Wiley.

Shadish, W. R. & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(4), 547–570.

Shadish, W. R. & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 6–14.

Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson. P., Wilson, M. R., Bright, I. et al. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992–1002.

Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R. & Montogmery, L. M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik, 22*, 5-33.

Sheppes G., Scheibe S., Suri G. & Gross J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science, 22*, 1391–1396.

Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J. & Gross, J. J. (2014). Emotion-regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 143(1)*, 163–181.

Silverstein, M., Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family, 72*, 1039 – 1058.

Sipal, S. C. (2015). Störungsmodelle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Auswirkung von Störungsmodellen auf den Therapieverlauf. Dissertation, Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Bildungswissenschaften. Zugriff am 21.02.2020, https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:464-20150429-083305-9

Slatcher, R., Robles, T., Repetti, R. & Fellows, M. (2010). Momentary worries, marital disclosure and salivery cortisol among parents of young children. *Psychosoma-tic Medicine, 72*, 887-896.

Slatcher, R., Selcuk, E. & Ong, A. (2015). Perceived partner responsiveness predicts diurnal cortisol profiles 10 years later. *Psychological Science, 26*(7), 972 – 982.

Smith, J. & Baltes, P. B. (2010). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3.Auflage, S.245-274). Berlin: Akademie Verlag.

Snyder, D. K. (1981). *Marital Satisfaction Inventory (MSI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Snyder, D. K. & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research. *Behavior Therapy, 43*, 13–24.

Snyder, D. K., Castellani, A. M. & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology, 57*, 317-344.

Snyder, D. K. & Whisman, M. A. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 1–12.

Sparks, J. A. (2015). The Norway Couple Project: Lessons Learned. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(4), 481-494.

Sprenkle, D. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 3-39.

Sprenkle, D. H. & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 113–130.

Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau, 51*(4), 185-198.

Staudinger, U.M. (2008). Was ist Alter(n) der Persönlichkeit? Eine Antwort aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht. In U. M. Staudinger & H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage* (S. 83-94). Berlin: Springer.

Staudinger, U. M. & Dittmann-Kohli, F. (1994). Lebenserfahrung und Lebenssinn. In P.B. Baltes, J. Mittelstraß & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S.408 – 436). Berlin: de Gruyter.

Staudinger, U. M. & Dörner, J. (2007). Weisheit, Einsicht und Persönlichkeit. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 656-680). Stuttgart: Kohlhammer.

Staudinger, U.M. & Freund, A. M. (1998). Krank und arm im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27*, 78-85.

Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (S. 801-847). New York: Wiley.

Stegmann, A. & Schmitt, M. (2006). Veränderungen in langjährigen Partnerschaften des mittleren Erwachsenenalters. *Zeitschrift für Familienforschung, 18*(1), 46-65.

Steinfurth, E., Wendt, J. & Hamm, A. (2013). Neurobiologische Grundlagen der Emotionsregulation. *Psychologische Rundschau, 64*(4), 208 – 216.

Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review, 93*, 119-135.

Stoppe, G. (2006) Alte. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin, Heidelberg: Springer, 245–256.

Strauss, A. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Streubel, B. & Kunzmann, U. (2011). Age Differences in Emotional Reactions: Arousal and Age-Relevance Count. *Psychology and aging, 26*(4), 966-978.

Strongman, K. T. (1996). Emotion and Memory. In C. Magai & S. H. McFadden (Hrsg.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (S. 133-147). San Diego: Academic Press.

Strübing, J. (2004). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sydow, K. von (1994). *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt.

Sydow, K. von (2001). Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter – die weibliche Perspektive. In H. Berberich & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 87–103). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sydow, K. von (2003). Sexuelle Realitäten älterer Frauen. *BZgA FORUM* 1/2, 12–15.

Sydow, K. von (2008). Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter. *Psychotherapie im Dialog, 1*, 53-58.

Sydow, K. von (2009). Sexuelle Probleme und Störungen bei älteren Menschen. *Psychotherapie, 14*(2), 297–305.

Sydow, K. von (2014). Systemische Paartherapie. Wirksamkeit, Stand der Anerkennung und Alltagspraxis. *Psychotherapie im Dialog, 4,* 20 – 24.

Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007): *Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Sydow, K. von & Seiferth, A. (2015). *Sexualität in Paarbeziehungen. Praxis der Paar- und Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sydow, K. von & Ullmeyer, M. (2001) Paarbeziehung und Bindung: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 63 Studien zwischen 1987 und 1997. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 51*, T1–T15.

Syme, M., Klonoff, E., Macera, C. & Brodine, S. (2013). Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: The role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68*(3), 323–332.

Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren – Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Teglas, P. (2014). *Beratungsforschung in der EFL Münster*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Tellegen, A., Watson, D. & Clark, L. A. (1999). Further Support for a Hierarchical Model of Affect: Reply to Green and Salovey. *Psychological Science, 10*(4), 307-309.

Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tetens, J. N. (1777). *Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung.* Leipzig: Weidmanns Erben & Reich.

Thiele, A., Degenhardt, A. & Jaursch-Hancke, C. (2001) Bewältigung körperlicher Altersveränderungen bei gesunden Männern. In E. Brähler & J. Kupfer (Hrsg.), *Mann und Medizin* (S. 54–69). Göttingen: Hogrefe.

Thomae, H. (1992). Contributions of longitudinal research to a cognitive theory of ad-justment to aging. *European Journal of Personality*, *6*, 157-175.

Thornton, W. L., Paterson, T. S. & Yeung, S. E. (2013). Age differences in everyday problem solving: The role of problem context. *International Journal of Behavioral Development, 37*(1), 13-20.

Tiedemann, F. von & Jellouschek, H. (2000). Systemische Paartherapie – Ein integratives Konzept. *Psychotherapie im Dialog, 2*, 37-44.

Tilden, T. (2018). Das Tandem-Projekt in Modum Bad. Ein Erfahrungsbericht über die Integration von Forschung in die klinische Praxis. *Familiendynamik, 43*(4), 320-330.

Timmons, C., Margolin, G. & Saxbe, D. (2015). Physiological linkage in couples and its implications for individual and interpersonal functioning: a literature review. *Journal of Family Psychology, 29*(5), 720–731.

Trost, A. (2015). Bindungsorientierung in der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit. In Lammel, U., Jungbauer, J. & Trost, A. (Hrsg.), Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (S.45-62). Dortmund: borgmann.

Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L. Cadieux, J., Boyer, R. & Préville, M. (2013). Marital, sexual and psychological functioning of older couples living at home: The results of a national survey using longitudinal methodology (part one). *Sexologies, 22*, 101–107.

Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L. Cadieux, J., Boyer, R., & Préville, M. (2014). Marital, sexual and psychological functioning of older couples living at home: The results of a national survey using longitudinal methodology (part two). *Sexologies, 23*, 35–48.

Uchino, B. N. (2013). Understanding the links between social ties and health: On building stronger bridges with relationship science. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(2), 155–162.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis

on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488.

Uchino, B., Holt-Lunstad, J., Uno, D., Betancourt, R. & Garvey, T. (1999). Social support and age-related differences in cardiovascular function: an examination of potential mediators. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(2), 135-42.

Umberson, D., Williams, K., Powers, D., Chen, M. & Campbell, A. (2005). As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Social Forces, 84*, 493 – 511.

Umberson, D., Williams, K., Powers, D., Liu, H. & Needham, B. (2005). Stress in childhood and adulthood: Effects on marital quality over time. *Journal of Marriage and Family, 67*, 1332 – 1347.

Unger, von H. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.

Urry, H. L. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science, 19*(6), 352-357.

Vaillant, C. & Vaillant, G. (1993). Is the u-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and the Familiy, 5*, 230-239.

Vennen, D. (1992). *Behandlungsergebnisse und Wirkfaktoren von Eheberatung. Eine katamnestische Studie*. Hogrefe: Göttingen.

Vogt, M. (1999). *Beratungseffekte in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Dokumentation einer Nachbefragung von Ratsuchenden in 17 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen des Bistums Essen*. Essen: Eigenverlag.

Vogt, M. (2004). *Beziehungskrise Ruhestand*. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Vogt, M. (2009). *Beziehungskrise Ruhestand*. (2., aktualis. Aufl.). Freiburg i.Br.: Lambertus.

Wahl, H. & Kruse, A. (2003). Psychological gerontology in Germany: recent findings and social implications. *Ageing & Society, 23* (2), 131-163.

Wahl, H.-W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F. R. & Martin, M. (2008). Psychologische Alternsforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau, 59*(1) 2-23.

Wallerstein, J. & Blakeslee, S. (1996). *Gute Ehen. Wie und warum die Liebe dauert*. Weinheim: Beltz.

Waters, H., Rodriguez, L. & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology, 71*, 211–223.

Watson, T. & Blanchard-Fields, F. (1998). Thinking with your head and your heart: Age differences in everyday problem-solving strategy preferences. *Aging Neuropsychology and Cognition, 5*(3), 225-240.

Weiland-Heil, K. (1993). *Partnerschaftsverläufe. Eine Analyse der subjektiven Zufriedenheitsbilanz auf individuellem und dyadischem Niveau*. Münster: Waxmann.

Weischer, C. (2007). *Sozialforschung.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Welter-Enderlin, R. (1993). *Paare – Leidenschaft und lange Weile. Frauen und Männer in Zeiten des Übergangs*. München: Piper.

Welter-Enderlin R. & Hildenbrand, B. (2004) *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Welter-Enderlin, R. & Jellouschek, H. (2002). Systemische Paartherapie – Ein integratives Konzept. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S.199-226). Berlin, Heidelberg: Springer.

Weyerer, S. (2017). Epidemiologie der Altersdepression In A. Fellgiebel & M. Hautzinger (Hrsg.), *Altersdepression* (S.3-11). Deutschland: Springer.

Whisman, M. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643.

Whisman, M. (2013). Relationship discord and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Journal of Social and Personal Relationships, 30*(2), 163–170.

Whisman, M. A. & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology, 20*, 369–377.

Widmer Rodríguez Betancourt, K. (2001). *Die Bedeutung einer mehr oder weniger gleichberechtigten Partnerschaft für das Stressausmass und dessen individuelle und dyadische Bewältigung von Frauen und Männern*. Dissertation, Université de Fribourg, Schweiz. Online-Veröffentlichung als pdf-Dokument: https://doc.rero.ch/record/4891/files/1_WidmerK.pdf

Wiegand-Grefe, S., Zander, B. & Cierpka, M. (2002). Paar- und Familientherapie - ein effektives Behandlungsverfahren? *Familiendynamik, 27*, 129-145.

Wiese, B. S., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2000). Selection, Optimization, and Compensation - An Action-Related Approach to Work and Partnership. *Journal of Vocational Behavior, 3*, 273-300.

Wilbertz, N. (1999). Ehe-, Familien- und Lebensberatung als effektive Antwort auf zentrale Lebensfragen. In Landesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung in Nordrhein-Westfalen (LAG) (Hrsg.), *Ehe-, Familien- und Lebensberatung als zentrales pastorales Aufgabenfeld - Erwartungen und Perspektiven.* Dokumentation der LAG Herbsttagung 1999 für die Ehe-, Familien- und Lebensberater/innen der fünf nordrhein-westfälischen Bistümer (S. 32-49). Essen: Eigenverlag.

Wile, D. B. (1981). *Couples therapy, a nontraditional approach*. New York: Wiley.

Willi, J. (2005). *Ökologische Psychotherapie. Wie persönliche Entwicklung und Lebenssituation sich wechselseitig beeinflussen* (überarbeitete Neuauflage). Göttingen: Hogrefe.

Willi, J. (2007). *Psychologie der Liebe. Persönliche Entwicklung durch Partnerbeziehungen.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Winter, A. & Buhlmann, U. (2013). Spieglein, Spieglein an der Wand ... Klinische Charakteristika der körperdysmorphen Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 61*(3), 167–174.

Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.). (2002). *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer.

Wolf, O. (2008). The influence of stress hormones on emotional memory: Relevance for psycho-pathology. *Acta Psychologica, 127*, 513–531.

Wonka, M. (2009). *Vom Ethos gelingender Liebe in christlicher Ehe*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Wood, N., Crane, R., Schaalje, B. & Law, D. (2005). What Works for Whom: A Meta-Analytic Review of Marital and Couples Therapy in Reference to Marital Distress. *The American Journal of Family Therapy, 33*, 273–287.

Woolley, S., Butler, M. & Wampler, K. (2000). Unraveling change in therapy: Three different process research methodologies. *American Journal of Family Therapy, 28*(4), 311-327.

World Health Organization (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Genf: WHO.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. & Mamodhoussen, S. (2007). The Clinical Representativeness of Couple Therapy Outcome Research. *Family Process, 46*(3), 301-316

Wrosch, C., Scheier, M. F., Carver, C. S. & Schulz, R. (2003). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity, 2*, 1-20.

Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J. & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*(1), 53.

Wrzus, C., Müller, V., Wagner, G. G., Lindenberger, U. & Riediger, M. (2013). Affective and cardiovascular responding to unpleasant events from

adolescence to old age: Complexity of events matters. *Developmental Psychology, 49*(2), 384-397.

Wunderer, E. (2003). *Partnerschaft zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Weinheim: Beltz.

Wurm, S., Lampert, T. & Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 79-91). Berlin: Robert Koch-Institut.

Wurm, S., Ziegelmann, J. & Tesch-Römer, C. (2012). The Importance of Developmental Science for Aging Research. *International Journal of Developmental Science*, *6*, 75-77.

Wynne, L.C. & Wynne, A.R. (1986). The quest for intimacy. *Journal of marital and family therapy, 12*(4), 383-394.

Yorgason, J., Booth, A. & Johnson, D. (2009). Health, disability, and marital quality: Is the association different for younger versus older cohorts? *Research on Aging, 30*, 623 – 648.

Yuan, J., McCarthy, M., Holley, S. & Levenson, R. (2010). Physiological Down-Regulation and Positive Emotion in Marital Interaction. *Emotion, 10*(4), 467–474.

Zank, S., Peters, M. & Wilz, G. (Hrsg.). (2010). *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zeeck, A., Hartman, A. & Orlinsky, D. (2004). Inter-Session-Prozesse - Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *PPMP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 54*, 236-242.

Zerssen, v. D. (1976). *Klinische Selbstbeurteilungsskalen aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem. Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz Text.

Zerssen, v. D. & Petermann, F. (2011). *Beschwerden-Liste, B-LR. Manual*. Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe.

10 VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tabelle 1: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Schulabschluss der Probanden/-innen zu den Messzeitpunkten T_1 (*N*=62) und T_2 (*N*=36)

Tabelle 2: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Einschätzung Partnerschaft und Familie (EPF), Prä, Post (*N* = 32), Mittelwerte (*M*), Standardabweichung (*SD*), *t*-Wert, *df, p*

Tabelle 3: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Dauer der qualitativen Interviews

Tabelle 4: Studie Beratung mit Paaren 55 plus, Anzahl der Codings pro befragter Person

11 VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung nach Karney und Bradbury (1995)

Abbildung 2: Paar A. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XA = Frau A., YA = Herr A.

Abbildung 3: Paar B. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XB = Frau B., YB = Herr B.

Abbildung 4: Paar C. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XC = Frau A., YC = Herr C.

Abbildung 5: Paar D. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XD = Frau D., YD= Herr D.

Abbildung 6: Paar E. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; XE = Frau E., YE = Herr E.

Abbildung 7: Paare A, B, C, D, E. Einschätzung der Paarbeziehung während Interview; X = Frau, Y= Mann

Abbildung 8: Kategoriensystem zur Kodierung der Interviews mit Klienten/-innen im Alter 55 plus, die Paarberatung wahrgenommen haben

Abbildung 8a: Kategoriensystem zur Kodierung der Interviews mit Klienten/-innen im Alter 55 plus, die Paarberatung wahrgenommen haben; Teil 2 weitere zentrale Kategorien

Abbildung 9: Kategorie Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Abbildung 10: Kategorie Schlüsselsituationen/Anlass für Paarberatung, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

Abbildung 11: Kategorie Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Abbildung 12: Kategorie Themen der Klienten/-innen zu Beginn der Paarberatung, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

Abbildung 13: Kategorie Schlüsselsituationen, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews

Abbildung 14: Kategorie Themen von Klienten/-innen während der Paarberatung entwickelt, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews

Abbildung 15: Kategorie Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews
Abbildung 16: Kategorie Veränderungen im Paarsystem während Beratungszeitraum, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews
Abbildung 17: Kategorie Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews
Abbildung 18: Kategorie Prozess zwischen Berater/-in und Klienten/-innen, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews
Abbildung 19: Kategorie Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews
Abbildung 20: Kategorie Entwicklung im Paarsystem nach Beratungsende, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews
Abbildung 21: Kategorie Schnittstelle Gesundheitssystem, Häufigkeit der kodierten Segmente über alle 10 Interviews
Abbildung 22: Kategorie Schnittstelle Gesundheitssystem, Verteilung der Subkodes über alle 10 Interviews
Abbildung 23: Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen
Abbildung 24: Zirkuläre Prozesse in der Paarberatung mit Älteren in langjährigen Paarbeziehungen, zusammenfassende Darstellung

12 VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

ADS	Allgemeine Depressionsskala
AGG	Skala Aggression
AKO	Skala Affektive Kommunikation
Anm. d. V.	Anmerkung der Verfasserin
ANS	autonomes Nervensystem
B	Befragte/Befragter
BF	Beratungsbegleitende Forschung
BL	Beschwerdenliste
DAKJEF	Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung
DZA	Deutsches Alterszentrum
EFL	Ehe-, Familien- und Lebensberatung
EPF	Fragebogen zur Einschätzung von Partnerschaft und Familie
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
GFG	Skala Gemeinsame Freizeitgestaltung
ggf.	gegebenenfalls
GUZ	Skala Globale Unzufriedenheit mit der Partnerschaft
HHNR	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
HPA	hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis
I	Interviewerin
IKO	Skala Inkonsistenz
ILSE	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
Kath. BAG	Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Telefonseelsorge und offene Tür e.V.
KBKEFL	Katholischen Bundeskonferenz Ehe-, Familien- und Lebensberatung

KKE	Skala Konflikte in der Kindererziehung
KOF	Skala Konflikte um Finanzen
KON	Skala Konvention
KUF	Skala Konflikte in der Ursprungsfamilie
MSI	Marital Satisfaction Inventory
NCS	Norway Couple Study
n.d.	no date
n.s.	nicht signifikant
o.g.	oben genannte
PBL	Skala Problemlösen
PL	Problemliste
ROR	Skala Rollenorientierung
RTC	randomized controlled trial
SAVI	Strength and Vulnerability Integration
SUZ	Skala Sexuelle Unzufriedenheit
UZK	Skala Unzufriedenheit mit den Kindern

13 DANKSAGUNG

Ganz besonders herzlich bedanke ich mich bei meiner Doktormutter Professorin Dr. Gisela Steins, die mich in außergewöhnlich engagierter und motivierender Weise unterstützt und mit konstruktiver Kritik begleitet hat. Ihre vielfältigen Anregungen und ihre stetige Bereitschaft, auf meine Fragen einzugehen, waren einmalig und bei der Erstellung dieser Arbeit wesentlich für mich.

Ebenfalls danke ich Professorin Dr. Renate Zwicker-Pelzer, dass sie die Zweitkorrektur übernommen hat sowie Professor Dr. Michael Vogt, der den Anstoß zu meiner Arbeit gab.

Insbesondere danke ich den Klientinnnen und Klienten für ihre Offenheit und ihr Vertrauen, mir über sich Auskunft zu geben. Von ihnen habe ich viel gelernt.

Meinen Kollegen und Kolleginnen in der Leitung und in den Beratungsstellen, die mein Forschungsprojekt unterstützt haben, danke ich ebenso wie den Mitgliedern im Kolloquium der Doktorandinnen und Doktoranden für viele lebhafte Diskussionen und wertvolle Hinweise. Sehr hilfreich waren für mich die Rückmeldungen meiner Kolleginnen und Kollegen bei der Kodierung der Interviews und in Fachdiskussionen.

Ich danke Dr. Christian Treffenstädt, der mich bei den statistischen Auswertungen geduldig unterstützte.

Meiner gesamten Familie danke ich dafür, dass sie mich in vielfältiger Weise persönlich begleitet, motiviert und mit EDV-Kenntnissen unterstützt hat. Meinem Mann danke ich sehr, dass er mir mit langjähriger Liebe und Geduld bei meinem Projekt beigestanden und mich stets ermutigt hat.